

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos doze e treze dias do mês de dezembro de dois mil e dezoito, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omiton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Tricentésima Décima Segunda Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Por definição do Pleno, esta reunião recebeu o nome de “Professor Doutor Vicente Amato Neto” em reconhecimento, homenagem e agradecimento ao professor por seus relevantes e fundamentais serviços prestados para a consolidação da saúde pública enquanto vasto campo para pesquisas epidemiológicas e clínicas. Estabelecido o quórum, às 9h05, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos com saudações aos presentes e aos internautas que acompanham a reunião pela transmissão em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 312ª Reunião Ordinária do CNS: **1)** Socializar os informes e apreciar as indicações. **2)** Assistir e apreciar sobre o tema do radar, no intuito de aprofundar o debate sobre o Programa Mais Médicos. **3)** Conhecer e deliberar acerca das demandas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **4)** Conhecer, debater e deliberar sobre o Combate das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e do HTLV. **5)** Apresentar, debater e deliberar sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **6)** Apreciar e deliberar sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde e a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. **7)** Conhecer e deliberar sobre as demandas das Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho e encaminhamentos do Pleno. **8)** Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. **9)** Debater e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN. **10)** Assistir e apreciar à Prestação de Contas 2018, o Relatório de Atividades - Gestão 2015/2018 e Relatório de Gestão 2018. **11)** Participar da entrega do Termo de Reconhecimento Público e da Comenda Zilda Arns. Na sequência, procedeu ao primeiro ponto da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 311ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. APROVAÇÃO DA PAUTA DA 312ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS -** *Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. **APROVAÇÃO DA ATA DA 311ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. Deliberação:** a ata da 311ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada, por unanimidade, sem acréscimos. **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 312ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação:** a pauta da 312ª Reunião Ordinária foi aprovada, por unanimidade, sem acréscimos. **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de dezembro. Informes. Indicações.** *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e **Ana Carolina Dantas Souza**, Secretária-Executiva do CNS. **Justificativa de ausências** – apresentaram justificativas de ausência: conselheiro **Davi Vital do Rosário**; e conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**. **Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde – Coordenadores de Plenária:** **Américo de Jesus Soares Araujo**, Maranhão; **Ana Lucia de Mattos Flores**, São Paulo; **Dione Gonçalves Lemos**, Rio Grande do Sul; **Jacildo de Siqueira Pinho**, Mato Grosso; e **Pedro Goncalves de O. Neto**, Pará. **Datas representativas para a saúde no mês de dezembro** – 1º/dez. - Dia Internacional de Luta contra a AIDS. 2º/dez. - Dia Pan-Americano de Saúde. 3º/dez - Dia Internacional do Portador de Deficiência. 5º/dez. - Dia Internacional do Voluntariado. 6º/dez. - Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência contra as Mulheres. 7º/dez. - Dia Nacional da Assistência Social. 9º/dez. - Dia do Fonoaudiólogo. 9º/dez. - Dia do Alcoólico Recuperado. 9º/dez. - Dia da Criança com Deficiência. 10º/dez. - Dia da Inclusão Social. 10º/dez. - Dia dos Direitos Humanos. 10º/dez. - Dia Internacional dos Direitos Humanos. 10º/dez. - Dia Internacional dos Povos Indígenas. 13º/dez. - Dia do Cego. 14º/dez. - Dia Nacional de Combate à Pobreza. **Informes - 1)** Informe sobre a Resolução nº 31 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de outubro de 1992, que resolve: **1.** Aprovar a "Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes" - NBCAL, a ser observada em todo o território nacional, na forma do Anexo desta Resolução. **2.** Conceder aos fabricantes o prazo de até 12 (doze) meses, contados da publicação desta Resolução para as adaptações e alterações necessárias ao cumprimento

55 das disposições desta NORMA, no que modifica a Resolução CNS nº 005, de 20/12/88. *Apresentação:*
56 conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho.** 2) Informes da Articulação Nacional de movimentos e
57 Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS - *Apresentação:* conselheira **Simone Maria Leite**
58 **Batista.** Informes: realização do encontro Nacional do curso de aperfeiçoamento em educação popular
59 em saúde em Caucaia no Ceará de 3 a 5 de dezembro com a participação de educadores e educandos
60 de 15 estados do país, aprovação de uma carta com mais de 1400 assinaturas e já entregue a SEGEPE e
61 ao ministro da saúde; realização de conferência livre sobre práticas integrativas e complementares de
62 saúde no campus da UFS em São Cristóvão/Sergipe no dia 14 de dezembro já com mais de 150 inscritos
63 entre gestores, conselheiros de saúde, estudantes, professores e servidores da UFS e movimentos
64 sociais, organizado pelo Conselho estadual de Saúde, Aneps/Mops Sergipe e Universidade Federal de
65 Saúde com apoio das secretarias de saúde; realização da reunião da comissão de prevenção, promoção,
66 prevenção e Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, mês passado onde na pauta discutimos
67 sobre CBO, Procedimentos sobre PICS na rede de saúde do SUS no país, e a importância de termos uma
68 pauta para divulgação sobre as novas PICS para fortalecermos essas práticas no SUS; participação no I
69 Encontro Nacional sobre as PICS no congresso Nacional dos enfermeiros organizando pelo COFEN
70 realizado dias 27 e 28 de novembro em Campinas onde numa mesa redonda foi divulgada a pauta do
71 Conselho Nacional de saúde e a importância das comissões de PICS nos conselhos de saúde no país;
72 em 21 de dezembro, acontecerá, em Laranjeiras/Sergipe, a mostra de educação popular em saúde com
73 20 turmas do curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde, das 8 às 16h, com a presença
74 de gestores, coordenação estadual e nacional do Edpop SUS, prefeitos, secretários de saúde,
75 conselheiros de saúde, educadores e educandos e movimentos sociais. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
76 **Santos,** Presidente do CNS, lembrou, para registro, que a Declaração Universal dos Direitos Humanos
77 completou 70 anos no dia 10 de dezembro de 2018. Tendo em vista a conclusão do expediente antes do
78 horário previsto, foi feita inversão de pauta, com início do debate do item 8. **ITEM 8 – COMISSÕES E**
79 **ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Processo Eleitoral do CNS -** Conselheiro **Geordeci Menezes de**
80 **Souza,** Presidente da Comissão Eleitoral do CNS, conduziu este ponto de pauta, começando com
81 panorama geral do processo eleitoral do CNS, realizado no dia 13 de novembro de 2018: **1)** 159 entidades
82 inscritas no processo eleitoral, sendo 104 do segmento de usuários, 48 de profissionais de Saúde e 7 de
83 prestadores de serviços; **2)** do total de inscritos, 131 habilitadas e 28 não habilitadas; **3)** das habilitadas,
84 82 do segmento de usuários, 42 de profissionais de saúde e 7 de prestadores de serviço; **4)** das não
85 habilitadas, 22 de usuários e 6 de profissionais de saúde; **5)** participação das entidades/movimentos
86 sociais: **a)** das 82 habilitadas no segmento de Usuários, 17 eleitor e 65 como eleitor/candidato; **b)** das 42
87 habilitadas no segmento de Profissionais de Saúde, todas participaram como eleitoras/candidatas; **c)** das
88 7 habilitadas no Segmento de Prestadores de Serviços de Saúde, todas participaram como eleitoras e
89 candidatas; **d)** das 131 Entidades/Movimentos sociais habilitadas para o Processo Eleitoral, 7 entidades
90 não compareceram; **6)** comparativo - habilitadas x eleitas: **a)** Usuários do SUS - 82 habilitadas e 62 eleitas
91 - 76%; profissional de saúde – 42 habilitadas e 36 eleitas - 86%; e Prestadores de Serviços – 7 habilitadas
92 e 6 eleitas - 86%; **7)** comparativo - Eleição – 2015 a 2018 x Eleição – 2018 a 2021: **a)** 2018 a 2021 161
93 inscritas, 120 habilitadas e 41 não habilitadas; e 2015 a 2018: 159 inscritas, 131 habilitadas e 28 não
94 habilitadas; **b)** comparativo - Eleição – 2015 a 2018 X Eleição – 2018 a 2021- entidades eleitas (titular,
95 1º suplente e 2º suplente): 2015 a 2018: 91; 2018 a 2021: 104 – 25 (23%) Entidades/Movimentos Sociais
96 novos para o Triênio 2018-2021 e 11 Entidades/Movimentos Sociais do Triênio 2015-2018 não
97 participaram do Triênio 2018-2021; e **8)** resultado das eleições – representação do Governo para o Triênio
98 2018-2021: *Titulares* - Jurandi Frutuoso Silva, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;
99 José Eri Borges de Medeiros, Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS;
100 Adeilson Loureiro Cavalcante, Ministério da Saúde; Francisco de Assis Figueiredo, Ministério da Saúde;
101 Gerlane Baccarin, Ministério da Saúde; Gilberto Magalhães Occhi, Ministério da Saúde; Neilton Araújo de
102 Oliveira, Ministério da Saúde; e Silvio José Cecchi, Ministério da Educação (MEC). *1º Suplente* - Haroldo
103 Jorge de Carvalho Pontes, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; Arilson da Silva
104 Cardoso, Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; Andressa Bolzan
105 Degaut, Ministério da Saúde; Karla Larica Wanderley, Ministério da Saúde; Marco Antônio Toccolini,
106 Ministério da Saúde; Jocelino Francisco de Menezes, Ministério da Saúde; Sônia Maria Feitosa Brito,
107 Ministério da Saúde; e Antônio César Silva Mallet, Ministério da Saúde. *2º Suplente* - Tereza Cristina Lins
108 Amaral, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; Rodrigo César Faleiros de Lacerda,
109 Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; Gláucia Tamayo Hassler Sugai,
110 Ministério das Cidades; Thereza de Lamare Franco Netto, Ministério da Saúde; Vânia Cristina Canuto
111 Santos, Ministério da Saúde; Daniela Buosi Rohlfs, Ministério da Saúde; Allan Nuno Alves de Sousa,
112 Ministério da Saúde; e Jumaida Pressi Moreira, Secretaria de Governo da Presidência da República. Feito
113 esse panorama geral, passou à apresentação do relatório elaborado pela Comissão, conforme define o
114 Regimento Eleitoral, com destaque para os itens mais relevantes. Começou pela composição da
115 Comissão Eleitoral: **Altamira Simões dos Santos de Sousa** - Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Bianca**
116 **Coelho** - Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Geordeci**

117 **Menezes de Souza** – Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** -
118 Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **José Eri Borges de Medeiros** - Conselho
119 Nacional dos Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro** -
120 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior
121 Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenise Aparecida Martins Garcia** - Conferência Nacional dos Bispos do
122 Brasil – CNBB; **Osvaldo Peralta Bonetti** - Rede Unida; **Vânia Cristina Canoto Santos** - SCTIE/
123 Ministério da Saúde (MS); **Vanja Andréa Reis dos Santos** - União Brasileira de Mulheres – UBM;
124 **Wanderley Gomes da Silva** - Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zaira**
125 **Maria Tronco Salerno** - Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN. Destacou a equipe técnica do
126 Conselho Nacional de Saúde responsável por assessorar a comissão: Eliana Bohland; Maicon Vinicius De
127 Camargo; Priscila Paz Godoy; Rosa Amelia Pereira Dias; Wagner De Almeida Muniz; e Willian de Lima
128 Barreto. Destacou que as contribuições específicas da Comissão para o próximo regimento eleitoral do
129 CNS são as seguintes: **1)** retirar do inciso III, §1º do art. 5º – a expressão “vedada a participação de
130 entidades de representantes de especialidades profissionais”, colocando-o em um inciso próprio no
131 mesmo parágrafo; **2)** acrescentar no §3º do Art. 6º o trecho “exceto o que dispõe o §2º do art. 5º deste
132 regimento”, permanecendo o texto: “§3º Somente poderão participar do processo Eleitoral, como eleitor ou
133 candidato, as entidades e os movimentos sociais nacionais de que tratam os incisos I a IV do art. 5º deste
134 Regimento, que atendam ao disposto no art. 7º, inciso “I”, alínea “d”, assim também conforme o disposto
135 no parágrafo único, do artigo 4º, do Decreto nº 5.839/2006, *exceto o que dispõe o §2º do art. 5º deste*
136 *regimento*”; **3)** acrescentar no art. 6º o trecho “horário de Brasília-DF”, permanecendo o texto: “Art. 6º As
137 inscrições das entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, das entidades de profissionais de
138 saúde e das entidades de prestadores de serviços de saúde, bem como das entidades empresariais com
139 atividade na área de saúde, na condição de eleitor e/ou candidato, para participarem da eleição, serão
140 feitas na Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, situada na Esplanada dos Ministérios,
141 Bloco G, Anexo, Ala B, 1º andar, Sala 115B, Brasília – DF, no período de 13 de agosto de 2018 a 11 de
142 outubro de 2018, em dias úteis, das 9 às 18 horas, *horário de Brasília-DF*”; **4)** acrescentar no art. 7º novo
143 parágrafo com a seguinte redação: “§ As Entidades/Movimentos deverão apresentar comprovante da data
144 de sua fundação.” Acrescentar inciso no art. 7º com a seguinte sugestão: “Que a documentação de
145 inscrição das entidades deverá ser apresentada em conformidade com a ordem de cada item definido no
146 regimento, de maneira a identificar o cumprimento dos requisitos dispostos”; **5)** acrescentar no § 5º do art.
147 17 o trecho “emitidos pela Comissão Eleitoral”, permanecendo o texto: “§5º Os fiscais poderão apresentar
148 recursos, em formulário próprio, *emitidos pela Comissão Eleitoral* a serem entregues ao Presidente da
149 Mesa e consignados em Ata”; **6)** nova redação para art. 20 nos seguintes termos: “§3º - *O eleitor*
150 *credenciado, representante da entidade, receberá um crachá de identificação que lhe dará direito de*
151 *acesso aos locais das plenárias de Segmento e Plenária de Votação. §5º Efetuado o credenciamento não*
152 *haverá substituição do representante da Entidade/movimentos sociais, bem como a emissão de novo*
153 *crachá*”; **7)** acrescentar um capítulo: “Da solenidade de abertura/encerramento”. Art. Após o encerramento
154 do credenciamento será instalada a solenidade de abertura, que terá o objetivo de apresentar as
155 orientações gerais do processo eleitoral. Art. Ao final das plenárias de segmento e das plenárias eleitorais
156 de segmento, será instalada a solenidade de encerramento, onde se pronunciará o resultado geral das
157 entidades e movimentos sociais eleitas”. Também destacou as contribuições gerais da Comissão: **1)** para
158 o processo Eleitoral de 2021/2024, é importante rever os critérios de exigência para a participação das
159 entidades e movimentos sociais no CNS. Com o devido respeito às especificidades, é necessário que o
160 Pleno do CNS estabeleça critérios equânimes para a inscrição no processo eleitoral; **2)** Incluir no
161 regimento eleitoral do triênio 2021/2024 que todos os documentos apresentados à Comissão Eleitoral,
162 pelas entidades/movimentos sociais, sejam referentes aos últimos 3 anos; **3)** cada exigência documental
163 necessária para sua habilitação deva ser expressa em um dispositivo normativo específico; **4)** na
164 identificação da subsegmentação dos Usuários e das entidades inscritas que não estavam contempladas
165 em nenhum dos subsegmentos, observou-se a possibilidade de distorção e desequilíbrio do processo
166 eleitoral. Nesse caso, observou-se que as entidades que não se enquadraram em nenhum subsegmento
167 teriam condição de levar a votação todas as vagas do segmento. Dessa forma, a comissão eleitoral
168 sugere ao Pleno reflexão sobre esse ponto, antes do próximo processo eleitoral visando a definição de
169 solução adequada; **5)** instituir diligência no período das inscrições, a ser encaminhada pelo presidente da
170 comissão eleitoral tendo como base uma pré-análise da assessoria responsável, com a possibilidade de
171 ser adicionado novos documentos; **6)** durante o processo eleitoral, no período de análise de processos, a
172 Comissão poderá realizar novas diligências; **7)** que seja vedada a indicação do mesmo eleitor por mais de
173 uma entidade/movimento social; **8)** A Resolução CNS nº 287/1998, que dispõe sobre as 14 categorias
174 profissionais de nível superior da saúde, deveria ser revista pelo Pleno do CNS, considerando que desde
175 sua aprovação novas categorias profissionais estão atuando na saúde. Esta Resolução não considera os
176 profissionais de nível técnico, a exemplo dos Agentes Comunitários de Saúde e de Endemias, que tem
177 sua profissão regulamentada e fazem parte do quadro de profissionais da saúde; e **9)** que o pleno estude
178 a viabilidade de votação eletrônica para o próximo processo eleitoral. **Manifestações.** Conselheira

179 **Gláucia Tamayo Hassler Sugai** saudou a comissão pelo trabalho, mas fez uma crítica sobre a
180 dificuldade de participação da Associação Brasileira de Agências de Regulação – ABAR no processo.
181 Disse que defendeu a participação da Associação na eleição, por entender que a presença desta seria
182 importante para facilitar os encaminhamentos do CNS. Explicou que a entidade foi instruída a inscrever-se
183 no segmento de prestadores de serviço, mas, no momento da eleição, não pôde fazê-lo, não participando
184 do processo. Sendo assim, para a próxima eleição, sugeriu que o Conselho promova debate para definir o
185 segmento que a ABAR poderia credenciar-se por entender que é fundamental a participação da
186 Associação no Conselho. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** cumprimentou a Comissão pelo trabalho
187 desenvolvido, inclusive com respaldo jurídico, possibilitando que o processo transcorresse com
188 tranquilidade. Conselheiro **Nelson Mussolini** também saudou a comissão pelo trabalho e esclareceu que
189 a ABAR não é prestadora de serviço, portanto, não pode inscrever-se nesse segmento para disputar
190 vaga. Inclusive, disse que conversou com o presidente da Associação no dia da eleição. Conselheira
191 **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** também destacou a importância do processo eleitoral que ocorreu com
192 tranquilidade, inclusive por conta do excelente trabalho da Comissão. Conselheira **Maria Laura Carvalho**
193 **Bicca** também cumprimentou a comissão pelo trabalho, mas avaliou que não se deve flexibilizar as
194 regras, a fim de não correr o risco de fragilizar o processo. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Geordec**
195 **Menezes de Souza**, em relação aos questionamentos do Pleno, explicou que a comissão eleitoral
196 promoveu amplo debate sobre a inscrição da ABAR e, por ser uma entidade governamental, sugeriu-se a
197 inclusão no segmento de gestores/prestadores de serviços. No prazo de três dias, não houve
198 questionamento sobre a inclusão da entidade neste segmento. Também informou que a Associação de
199 Fisioterapeutas do Brasil - AFB entrou com ação judicial, que foi negada. Todavia, a entidade entrou
200 novamente e o CNS, após se reunir com a CONJUR, respondeu à ação. Segundo a Consultoria, a ação
201 não deve prosperar porque perdeu o objeto (solicitação da Entidade para participar da eleição ou
202 suspensão do processo eleitoral, que ocorreu no dia 13 de novembro). Conselheira **Gláucia Tamayo**
203 **Hassler Sugai** solicitou que, na próxima gestão, o Pleno promova debate para assegurar a participação
204 da ABAR no próximo processo eleitoral do CNS. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** sugeriu que,
205 havendo interesse, a entidade busque o CNS para garantir a sua participação no próximo processo
206 eleitoral. Na sequência, o coordenador da Comissão Eleitoral colocou em votação o relatório da
207 Comissão. **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o relatório da comissão eleitoral com**
208 **contribuições para o próximo Regimento Eleitoral. ITEM 3 – RADAR - Programa Mais Médicos -**
209 **Apresentação: Paulo Ricardo Silva**, Coordenador Geral de Regulação e Gestão da Provisão de
210 Profissionais de Saúde – CGPS/SGETS/MS. **Coordenação: conselheiro Ronald Ferreira dos Santos**,
211 Presidente do CNS. Iniciando, o Presidente do CNS explicou que representante da Organização Pan-
212 Americana da Saúde - OPAS foi convidado a participar do debate, mas não pôde comparecer por conta
213 de evento inadiável no Rio de Janeiro. Disse que a intenção deste ponto é conhecer a situação diante da
214 mudança abrupta no Programa mais Médicos, avaliar a questão do provimento e as consequências na
215 assistência à população e definir encaminhamentos políticos do CNS. O Coordenador Geral da
216 CGPS/SGETS/MS, **Paulo Ricardo Silva**, apresentou as iniciativas do Brasil adotadas diante da decisão
217 do governo cubano de retirar quase 8.500 médicos cubanos, de forma abrupta, do Programa mais
218 Médicos. Explicou que, diante dessa situação, foram realizadas várias reuniões emergenciais para
219 encontrar solução e, como saída, foi lançado o Edital do 16º Ciclo do Programa Mais Médicos do Brasil
220 para o Brasil – PMMB, em caráter emergencial, com formato diferente da cooperação que era feita nos
221 editais anteriores. Após o lançamento, 36.490 inscrições foram iniciadas, 25.733 inscrições completas e
222 8.411 profissionais alocados. Para comparação, disse que foram 23.319 profissionais sem adesão em
223 outros ciclos, no início das inscrições; 14.163 profissionais sem adesão em outros ciclos completaram as
224 inscrições; e 4.848 profissionais sem adesão em outros ciclos completaram as inscrições e foram
225 alocados. Acrescentou que há 106 vagas, 1.332 profissionais validados a homologar e 3.315 profissionais
226 homologados. Também fez referência aos dados do Edital 17º CICLO – PMMB, intercambista e
227 estrangeiro, destacando que foram 6.797 inscrições iniciadas e 2.910 completas. **Manifestações.**
228 Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso**, em nome do CONASEMS, destacou que os secretários
229 municipais de saúde foram pegos de surpresa com essa mudança repentina, mas o CONASEMS está
230 acompanhando de perto a situação. Disse que os novos médicos têm chegado aos municípios para
231 assumir as vagas mais rápido que o esperado, todavia, algumas situações ainda persistem e carecem de
232 resposta. Perguntou, por exemplo, quando será publicado o edital para repor as 1800 vagas abertas por
233 conta da saída de profissionais médicos do Programa, antes da saída dos médicos cubanos. Além disso,
234 relatou que os municípios perderam médicos do Programa Saúde da Família para o Programa mais
235 Médicos porque o salário desse é mais atrativo que o daquele. Conselheiro **Antônio Lacerda Souto**
236 explicou que, para a CONTAG, essa mudança repentina no Programa trouxe grandes prejuízos
237 principalmente para a população do campo que residem em pequenos municípios. Disse que essa
238 situação sinaliza a importância de debater a origem do problema e identificar as causas e, nessa linha,
239 colocou para reflexão: quem cursa Medicina no Brasil? Por que os médicos não querem ir para os
240 pequenos municípios? Ressaltou que as ações do Ministério da Saúde são importantes, mas não

241 resolvem o problema estrutural, uma vez que não garantem a fixação dos médicos nos locais onde foram
242 alocados. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento**, a respeito deste tema, salientou que o CNS
243 precisa avaliar duas vertentes: a causa da saída dos médicos cubanos do Programa, ou seja, a posição
244 política do Presidente da República eleito, Jair Bolsonaro; e o impacto dessa mudança nos pequenos
245 municípios. No seu ponto de vista, a medida adotada pelo Ministério da Saúde não resolveu o problema
246 pois, boa parte dos médicos que aderiu ao Programa mais Médicos saíram do Programa Saúde da
247 Família, causando efeito negativo na atenção básica e agravando o problema do PSF. Conselheira
248 **Gláucia Tamayo Hassler Sugai** saudou o Ministério da Saúde pela resposta rápida ao problema, mas
249 solicitou atenção para possível esvaziamento do PSF por conta das medidas adotadas. Conselheiro
250 **André Luiz de Oliveira** recordou que o CNS apoiou o Programa mais Médicos desde o início e a
251 iniciativa recebeu o apoio da população (mais de 60 milhões de pessoas contempladas). Também
252 cumprimentou o Ministério da Saúde pela pronta resposta à mudança no Programa, mas reiterou a
253 preocupação com o esvaziamento de outras estratégias, como Saúde da Família, por conta das medidas
254 adotadas. Reiterou a importância de consolidar o Programa, inclusive com reposição das 1800 vagas em
255 aberto, e pensar em formas para corrigir discrepâncias (um programa paga por bolsa, o outro, salário).
256 Por fim, conclamou o novo governo a ter sensibilidade e responsabilidade para resolver a situação
257 colocada. Conselheiro **Rildo Mendes** disse que a saída dos médicos cubanos do Programa deixou um
258 vazio assistencial na Região Norte, principalmente para os povos indígenas e perguntou que medidas
259 serão adotadas para resolver essa situação. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** registrou o seu
260 respeito ao governo cubano pela posição de retirar os profissionais do Brasil, entendendo que a dignidade
261 daquele povo foi afetada e reiterou o seu respeito aos profissionais de Cuba que garantiram assistência
262 em locais onde os médicos brasileiros não foram. Também lamentou que as iniciativas adotadas
263 fomentem a competição médica e solicitou que o governo acerte essa situação. Conselheira **Sueli**
264 **Terezinha Goi Barrios** iniciou sua fala registrando o respeito da Rede Unida a Cuba e ao governo
265 cubano pela atitude porque a atitude do presidente brasileiro eleito feriu a dignidade daquele povo.
266 Afirmou que a saída dos médicos cubanos do Programa trouxe sérios prejuízos à população porque esses
267 profissionais levaram atendimento para locais no Brasil onde jamais outros profissionais brasileiros
268 estiveram, por exemplo, em regiões ribeirinhas. Conselheira **Simone Maria Leite Batista** repudiou a fala
269 do Presidente do Brasil acerca dos médicos cubanos e endossou a iniciativa do governo de Cuba em
270 retirar os profissionais do Brasil. Destacou a dificuldade enfrentada pelas prefeituras para repor
271 profissionais de saúde comprometidos com a saúde pública, porque os médicos cubanos, além do
272 atendimento, realizavam acolhimento, considerando a questão social. Disse que os médicos cubanos
273 deixaram legado de experiências exitosas, que precisam ser reconhecidas e seguidas, em que o modelo
274 de assistência considere como ponto central as pessoas e não o salário. Conselheiro **Moyses Longuinho**
275 **Toniolo de Souza** avaliou que este foi um problema técnico, político e diplomático e apelou aos
276 governantes que tenham cuidado com pronunciamentos porque repercutem na vida e nos direitos das
277 pessoas. Também manifestou preocupação com a situação dos municípios para gerenciar os médicos e
278 apontou outras variáveis a serem consideradas neste debate – corrupção, precarização da força de
279 trabalho, fragilização de programas da saúde, posições ideológicas interferindo em posições técnicas e
280 políticas. Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** avaliou que Cuba merece reconhecimento pelo
281 atendimento prestado pelos médicos cubanos neste período de crise na saúde brasileira e também por
282 formar mais médicos, inclusive indígenas, para o Brasil. Ponderou que a saída dos médicos cubanos
283 trouxe prejuízos para a população brasileira com um todo e cabe à gestão atual dar uma resposta à
284 situação. Também frisou a importância de definir estratégia para preencher vagas ociosas, principalmente
285 na Região Norte, em especial Amazonas, Rondônia, Pará e regiões indígenas. Conselheiro **Ronald**
286 **Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, disse que essa é uma situação eminentemente política em que
287 questões técnicas foram contaminadas por questões ideológicas e o CNS precisa ter cuidado na
288 construção do debate e identificação da centralidade da disputa política. Salientou que o Pleno precisa
289 debater o tamanho do papel do Estado para prover a política e os direitos e a 16ª Conferência será uma
290 oportunidade para mobilizar o povo brasileiro nessa direção. Conselheira **Altamira Simões dos Santos**
291 **de Sousa** lembrou que o Programa mais Médicos nasceu de uma demanda urgente da sociedade por
292 atendimento em locais onde não havia atendimento e recordou que o termo de cooperação entre Brasil e
293 Cuba existe desde o governo militar. Destacou que é preciso dar continuidade a essa importante iniciativa
294 que fortalece a saúde pública e a atenção básica do Brasil. Conselheiro **Breno de Figueiredo Monteiro**
295 agradeceu os médicos cubanos pelo trabalho de excelência desenvolvido no Brasil, mas avaliou que o
296 número de inscritos para esse novo clico demonstra que é factível dar continuidade à iniciativa com
297 médicos brasileiros. Lembrou que o Brasil é o país que mais forma médicos, a maioria vinda de
298 universidades públicas, assim, pontuou que é preciso discutir de que forma esses profissionais poderão
299 fazer devolutiva à sociedade. Conselheiro **Arlson da Silva Cardoso** interveio novamente para lembrar
300 que o Programa não se limita a provimento, contemplando aumento da oferta de cursos em determinados
301 locais e ampliação da residência. Recordou que os médicos cubanos possuem formação maior para
302 medicina comunitária e o atendimento contribui para maior aproximação médico/paciente. Por fim, disse

303 que é preciso intensificar a supervisão do Sistema nos municípios, inclusive para qualificar a rede
304 municipal de atenção básica. Conselheira **Francisca Rego** destacou que o Programa é fundamental para
305 a atenção básica e a Estratégia Saúde da Família e para que a assistência à população aconteça.
306 Aproveitou para ressaltar que a atenção básica necessita de mais profissionais de saúde e precisa ser
307 fortalecida. **Retorno da mesa.** O Coordenador Geral/CGPS/SGETS/MS, **Paulo Ricardo Silva**, comentou
308 as falas do Plenário destacando, inicialmente, o compromisso do governo com o Programa e, do ponto de
309 vista técnico, a responsabilidade de repor os profissionais com a maior agilidade possível. Destacou o
310 compromisso com CONASS e CONASEMS para que os médicos cumpram rigorosamente as 40h
311 exigidas pelo Programa, a fim de garantir assistência à população. Disse que foi feito e apresentado
312 estudo ao MS para reposição das 1.800 vagas e serão definidas estratégias para reposição das 8500
313 vagas em aberto. Disse que tem repassado as informações sobre o Programa e espera continuar a
314 responder as demandas de forma adequada, a fim de não prejudicar a assistência à população. Sobre a
315 ida de médicos da atenção básica para o Programa mais Médicos, explicou que não pode impedir a
316 participação dos profissionais, mas foram incluídas travas: perfis, tempo para descompatibilidade do
317 Programa, mecanismo para apurar e resolver eventuais problemas. Também solicitou aos gestores que
318 fiscalizem o cumprimento da carga horária dos médicos do Programa. No mais, informou que: as vagas
319 não preenchidas serão feitas no 17º ciclo do Programa; e 1800 vagas também deverão ser preenchidas
320 via edital específico. Após essa fala, a coordenação da mesa passou aos encaminhamentos.
321 **Deliberação: neste ponto de pauta, as deliberações foram as seguintes: 1) delegar à CTAB e à**
322 **CIRHRT o acompanhamento e monitoramento do Programa mais Médicos, em articulação com**
323 **SGEP, CONASS e CONASEMS, com vistas a garantir a manutenção desta iniciativa, que**
324 **representou um avanço; 2) recomendar à próxima gestão do CNS que realize, no primeiro**
325 **quadrimestre de 2019, evento nacional para debater a reformulação da política de atenção básica e**
326 **o impacto da reformulação do Programa mais Médicos na lógica de subsidiar o processo**
327 **preparatório da 16ª Conferência; 3) formalizar agradecimento do CNS aos profissionais médicos**
328 **cubanos participantes do Programa pelos serviços prestados à saúde do povo brasileiro; e 4)**
329 **recomendar ao MS a definição de política de fortalecimento da Estratégia Saúde Família, inclusive**
330 **com financiamento específico. ITEM 4 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP**
331 **- Apresentação:** conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP; e conselheira
332 **Francisca Valda da Silva**, coordenadora adjunta da CONEP. **Coordenação:** conselheira **Francisca Rêgo**
333 **Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. O coordenador da CONEP fez uma apresentação detalhada
334 sobre o Projeto de Lei nº. 7.082/2017, que dispõe sobre a pesquisa clínica com seres humanos e instituiu o
335 Sistema Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos, em tramitação na Comissão de
336 Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. Explicou que o Deputado Hiran Gonçalves
337 propôs documento substitutivo ao PL nº 7.082 por meio de seus pareceres, modificando totalmente o
338 Projeto (a proposta foi apresentada no intervalo de cinco dias). Inclusive, disse que apesar de movimento
339 contrário, foi realizada audiência pública no dia 6 de dezembro de 2018 e o Projeto será apreciado em
340 2019, possivelmente no mês de abril. Ressaltou que é preciso aproveitar esse período para conhecer o
341 Projeto em profundidade e dar conhecimento à sociedade sobre o mérito visando fortalecer a luta contra
342 essa iniciativa. Feito esse preâmbulo, passou à exposição, explicando, inicialmente, que a Comissão
343 Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, instituída pela Resolução do CNS 196/96 na gestão do Ministro
344 Adib Jatene, está diretamente ligada ao Conselho Nacional de Saúde. Acrescentou que a Comissão é
345 independente de influências corporativas e institucionais e uma das suas características é a composição
346 multi e transdisciplinar, contando com representantes da comunidade científica, conselheiros do segmento
347 de trabalhadores e de usuários. Lembrou que a missão da CONEP é elaborar e atualizar as diretrizes e
348 normas para a proteção dos participantes de pesquisa e coordenar a rede de Comitês de Ética em
349 Pesquisa das Instituições. No panorama geral do Sistema CEP/CONEP, disse que são 832 comitês de
350 ética em pesquisa, distribuídos em todo o país. Também fez um destaque à queda dos prazos para
351 avaliação e emissão de pareceres pela CONEP: de 330 dias em 2016 para 26 dias em setembro de 2018.
352 Sobre o atual substitutivo ao Projeto de Lei nº 7.082 de 2017, explicou que o deputado Hiran Gonçalves
353 propôs documento substitutivo ao PL nº 7.082 por meio de seus pareceres. Disse que os pareceres foram
354 emitidos na CSSF e trazem modificações substanciais no texto original aprovado na comissão de Ciência e
355 Tecnologia, Comunicação e Informática - CCTCI, sobretudo no que diz respeito à composição da CONEP
356 e às condições de acesso pós-estudo. Seguindo, apresentou as principais modificações: Do acesso ao
357 pós-estudo: O capítulo VI, que versa sobre a “continuidade do tratamento pós-pesquisa clínica” foi
358 reescrito em quase sua totalidade, representando retrocesso significativo nos direitos dos participantes de
359 pesquisa. Há claro enfraquecimento do direito de acesso pós-estudo, com favorecimento explícito do
360 patrocinador. Além do mais, as modificações propostas não contemplam o fornecimento do medicamento
361 experimental ao grupo controle no caso de benefício coletivo ao término da pesquisa. Segue abaixo a
362 análise de cada um dos artigos do Capítulo VI (exceto o Art. 46, que já constava no texto original da
363 CCTIC). “Art. 36. O patrocinador e o pesquisador deverão avaliar a necessidade da continuidade do
364 tratamento com o medicamento experimental após o término da participação de cada indivíduo no ensaio

365 clínico, antes, durante e após o término programado do ensaio, assegurando a observância dos critérios
366 determinantes para a sua aplicação, estabelecidos nesta Lei.” *Comentário:* há conflito de interesse
367 evidente ao permitir que o patrocinador decida sobre a necessidade da continuidade do tratamento. Tal
368 conflito enfraquece o participante de pesquisa nos benefícios que a pesquisa pode trazer a ele. **Art. 39.**
369 Antes do início do ensaio clínico, patrocinador e pesquisador submeterão ao CEP um plano específico
370 para cada ensaio clínico apresentando e justificando a necessidade ou não de fornecimento gratuito do
371 medicamento experimental pós-ensaio clínico. Parágrafo único. Caso necessário, patrocinador e
372 pesquisador poderão submeter à CONEP o plano estabelecido pelo *caput* deste artigo com prazo
373 determinado diferenciado para o fornecimento gratuito pós-ensaio clínico do medicamento experimental,
374 que deverá ser igualmente avaliado e aprovado pelo CEP de acordo com os critérios estabelecidos nesta
375 Lei. *Comentário:* não há garantia do pós-estudo. **Art. 43.** O pesquisador e o patrocinador avaliarão o
376 momento em que o fornecimento pós-ensaio clínico do medicamento experimental deverá ser
377 interrompido, mediante o estabelecido pelo planejamento do ensaio clínico, conforme art. 39 desta Lei.
378 Parágrafo único. Aplica-se ao *caput* deste artigo ao menos uma das seguintes condições para a
379 interrupção do fornecimento pós-ensaio clínico do medicamento experimental ao participante da pesquisa:
380 I – decisão do próprio participante da pesquisa ou, quando esse não puder expressar validamente sua
381 vontade, pelos critérios especificados no inciso I do art. 29 desta Lei; ou II – cura da doença ou do agravo
382 à saúde, alvos do ensaio clínico, ou introdução de alternativa terapêutica satisfatória disponível, fato
383 devidamente documentado pelo pesquisador; ou III – quando o uso continuado do medicamento
384 experimental não trazer benefício ao participante da pesquisa, considerando-se a relação risco-benefício
385 fora do contexto do ensaio clínico, ou aparecimento de novas evidências de riscos relativos ao perfil de
386 segurança do medicamento experimental, fato devidamente documentado pelo pesquisador; ou IV –
387 quando houver reação adversa que, a critério do pesquisador, inviabilize a continuidade do medicamento
388 experimental, mesmo diante de eventuais benefícios; ou V – impossibilidade de obtenção ou fabricação
389 do medicamento experimental por questões técnicas ou de segurança, devidamente justificadas; ou VI –
390 após, no máximo, dois anos da disponibilidade comercial do medicamento experimental no país; ou VII –
391 após cinco anos da disponibilidade comercial do medicamento experimental no país destinado a doenças
392 raras e ultrarraras, conforme estabelecido pela Organização Mundial de Saúde; ou VIII – quando o
393 medicamento experimental estiver disponível na rede pública de saúde. *Comentários:* Inciso II: ao definir
394 que o medicamento experimental poderá ser descontinuado quando houver “alternativa terapêutica
395 satisfatória disponível”, o patrocinador exime-se da obrigação de manter o tratamento, mesmo havendo
396 benefício clínico aos participantes da pesquisa com o medicamento experimental. Tal proposição está em
397 desacordo com as normas de ética em pesquisa no país e que favorece única e exclusivamente o
398 patrocinador. *Comentários:* Inciso VI: ao definir o prazo máximo de dois anos de acesso pós-estudo (após
399 a disponibilização comercial), o patrocinador limita significativamente o direito dos participantes de
400 pesquisa. Além disso, este máximo não está garantido. O patrocinador pode propor estudos sem pós-
401 estudo. Deve-se recordar que a maioria dos participantes no país são atendidos no SUS e a interrupção
402 do fornecimento do medicamento experimental poderá trazer prejuízo aos participantes, sobretudo se o
403 medicamento estiver disponível somente na esfera privada e tiver custo elevado. Há aqui um risco
404 elevado de judicialização para se conseguir acesso ao medicamento. *Comentários:* Inciso VII: É
405 totalmente anulado pelo inciso VI. Vale lembrar que basta um inciso ser positivo, pelo *caput* do parágrafo,
406 para o pós-estudo ser suspenso. Na compreensão da CONEP, o patrocinador é responsável pelo
407 fornecimento pós-estudo pelo período que for necessário, mesmo que o medicamento já esteja disponível
408 na rede pública. Não há razão para o patrocinador transferir a sua responsabilidade às contas do
409 Ministério da Saúde, especialmente num quadro de verbas congeladas e flagrante falta de medicamentos
410 que já vem ocorrendo. Esta proposta agrava esta carência. **DO USO DO PLACEBO EM PESQUISA**
411 **CLÍNICA.** O **Art. 35** diz respeito ao uso de placebo em pesquisa clínica e traz modificação no texto
412 originalmente proposto pela CCTIC. **Texto original da CCTIC (após emenda do Deputado Afonso**
413 **Motta):** “O uso exclusivo de placebo só é admitido quando inexistirem métodos comprovados de
414 profilaxia, diagnóstico ou tratamento para a doença objeto da pesquisa clínica, conforme o caso, e desde
415 que os riscos ou os danos decorrentes do uso de placebo não superem os benefícios da participação na
416 pesquisa. Parágrafo único. Em caso de uso de placebo combinado com outro método de profilaxia,
417 diagnóstico ou tratamento, o participante da pesquisa não pode ser privado de receber o **melhor**
418 **tratamento ou procedimento que seria realizado na prática clínica**”. **Texto proposto no substitutivo:**
419 “O uso exclusivo de placebo só é admitido quando inexistirem métodos comprovados de profilaxia,
420 diagnóstico ou tratamento para a doença objeto da pesquisa clínica, conforme o caso, e desde que os
421 riscos ou os danos decorrentes do uso de placebo não superem os benefícios da participação na
422 pesquisa. Parágrafo único. Em caso de uso de placebo combinado com outro método de profilaxia,
423 diagnóstico ou tratamento, o participante da pesquisa não pode ser privado de receber o **melhor**
424 **tratamento ou no mínimo o preconizado pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do**
425 **Ministério da Saúde ou documento equivalente**”. Embora a proposta de mudança esteja alinhada com
426 o item III. 3.b da Resolução CNS nº 466 de 2012 (que versa sobre a ética do uso de placebo em

427 pesquisa), há falta de especificidade do que representaria o “documento equivalente” ao PCDT citado no
428 Art. 35 do substitutivo, abrindo margem a interpretações dúbias, incluindo a realização de tratamentos não
429 admitidos pelo Ministério da Saúde ou conhecidamente ineficazes. **DA COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO**
430 **NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA CLÍNICA:** Os artigos 8º a 14, que versam sobre a composição da
431 CONEP, não estavam presentes no texto original aprovado pela CCTIC, sendo, portanto, novas inserções
432 propostas no substitutivo. Todos os artigos inseridos foram baseados originalmente na Resolução CNS nº
433 446 de 2011, havendo, contudo, modificações deliberadas para remover a participação do Conselho
434 Nacional de Saúde, passando a responsabilidade integralmente à Secretaria de Ciência, Tecnologia e
435 Insumos Estratégicos - SCTIE do Ministério da Saúde pela escolha e nomeação dos membros, abolindo a
436 atual Comissão Paritária entre a CONEP e o Ministério para analisar os currículos enviados pelos CEP. A
437 composição proposta é a seguinte: “Art. 9º. A CONEP terá composição multi e transdisciplinar e será
438 composta por 30 (trinta) membros titulares e respectivos suplentes, sendo os titulares distribuídos da
439 seguinte forma: I – 10 (dez) representantes de Comitês de Ética em Pesquisa – CEP; (redução de 22 para
440 10 membros, correspondendo a 55% - observação nossa); II – 3 (três) representantes da Secretaria de
441 Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS; III – 1 (um) representante da Secretaria de
442 Atenção à Saúde – SAS/MS; IV – 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS;
443 V – 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS; VI – 1
444 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; VII – 1
445 (um) representante do Conselho Federal de Medicina – CFM; VIII – 1 (um) representante da Sociedade
446 Brasileira de Bioética – SBB; IX – 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária –
447 Anvisa; X – 4 (quatro) representantes do Conselho Nacional de Saúde – CNS; XI – 1 (um) representante
448 do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações – MCTIC; XII – 1 (um) representante
449 dos participantes de pesquisas; XIII – 4 (quatro) representantes de Sociedades Médicas.” Chama a
450 atenção a modificação proposta pelo substitutivo acerca da composição da Conep (Art. 9º do PL 7.082)
451 em relação ao estabelecido originalmente na Resolução CNS nº 446 de 2011, propondo redução
452 substancial da participação dos Comitês de Ética em Pesquisa e do Conselho Nacional de Saúde, e
453 ampliando a participação do Ministério da Saúde, além de outras entidades que não têm vínculo com o
454 Sistema CEP/Conep, mas com representação política, como os representantes do Conselho Nacional de
455 Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
456 (CONASEMS) e do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações – MCTIC. Por fim, o
457 Art. 14 define que “A CONEP será coordenada pelo Secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia e
458 Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde que indicará o Secretário executivo que exercerá a gestão
459 administrativa da Comissão”. Essas modificações demonstram a explícita intenção do legislador em
460 remover a independência da Comissão, anular o controle social e transformá-la inapropriadamente em
461 uma comissão política, em detrimento dos direitos dos doentes que participam nas pesquisas clínicas. **DA**
462 **REMUNERAÇÃO DO PARTICIPANTE DE PESQUISA:** O Art. 24, §9º, estabelece que a “participação em
463 pesquisa clínica poderá ser remunerada de acordo com o interesse do participante da pesquisa, mediante
464 aprovação prévia do CEP”. Tal proposta, além de estar em conflito com o Art. 26 do próprio documento,
465 coloca em risco a autonomia do participante, haja vista que a decisão de participar ou não do ensaio
466 clínico poderá ser influenciada por fatores econômicos. Tal situação agrava-se ao se considerar que a
467 maior parte dos participantes está no âmbito do SUS e que o pagamento pela participação na pesquisa
468 acentuará ainda mais a vulnerabilidade. Por fim, trata-se de proposição que é contrária ao que estabelece
469 a Resolução CNS nº 466 de 2012, que proíbe o pagamento pela participação em pesquisa, exceto nos
470 ensaios clínicos fase I e nos estudos de bioequivalência. **DA REPRESENTAÇÃO DO USUÁRIO. Art. 2º**
471 (item XLII) define representante dos usuários como “pessoa capaz de expressar pontos de vista e
472 interesses de indivíduos ou grupos de determinada instituição”. Ainda, o Art. 15 (inciso I, item c)
473 estabelece que o CEP deve ter “pelo menos um representante dos usuários da instituição na qual será
474 realizada a pesquisa”. Pelo exposto, percebe-se, mais uma vez, a intenção do legislador em limitar a
475 participação do controle social, atribuindo este papel a um representante da instituição, que pode ser mais
476 vulnerável a pressões oriundas de conflitos de interesse. Os usuários não se organizam por instituição e
477 sim por doenças. Restringir a representação à instituição cria uma norma burocrática desnecessária que
478 dificulta substancialmente a participação de usuários nos CEP. Ao invés de promover a melhoria
479 necessária desta participação, ela trabalha na direção oposta. Essa proposta havia sido suprimida na
480 comissão anterior e o relator a retomou. Para ilustrar a situação, mostrou dados da distribuição global de
481 Pesquisas Clínicas constantes na plataforma *Clinical Trials.gov*: Estados Unidos – 40%; Europa – 28%; e
482 demais países – 32%. Acrescentou que o Brasil está em 5º lugar em distribuição de pesquisa clínica. No
483 que se refere à quantidade de participantes em projetos de pesquisa clínica (Declarados pelo pesquisador
484 na aprovação do projeto), disse que em 2017 foram 459.225. Na linha da reflexão, deixou a seguinte
485 pergunta: O que o Brasil ganharia avaliando de forma mais negativa os seus Centros de Pesquisa e o
486 trabalho dos seus Pesquisadores, do que a análise realizada pelo próprio governo norte-americano e
487 divulgada pelo seu site oficial? Também mostrou fotos de desastres ocorridos na Índia quando o país
488 passou por uma situação de mudança na regulação ética de pesquisas. Destacou que: “Desde que a

489 regulamentação na Índia foi alterada em 2005, em uma tentativa de liberar a realização de ensaios
490 clínicos de drogas, as empresas têm se direcionado para lá devido à diversidade genética da população.
491 No entanto, os ensaios no país têm sido envolvidos em escândalos. Dados do governo mostram que mais
492 de 2.600 pacientes que participaram de ensaios clínicos na Índia morreram no período entre 2005 e 2012,
493 e quase 12 mil sofreram efeitos adversos sérios. Destes, 80 mortes e mais de 500 efeitos adversos sérios
494 foram diretamente atribuídos à droga que está sendo testada”. Por fim, frisou que é preciso máximo
495 cuidado com essa nova proposta que, entre outros aspectos, prioriza a profissão Médica em detrimento
496 das demais profissões da saúde. Na sequência, conselheira **Francisca Valda da Silva** fez um informe
497 sobre o V Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa - ENCEP, realizado nos dias 26 e 27 de
498 novembro de 2018, em Brasília. Explicou que o evento contou com 635 participantes inscritos e premiu
499 quatro experiências nas categorias - inovação, educação, monitoramento e novas estratégias para o CEP.
500 Disse que o PL também foi discutido e foi aprovada moção de repúdio que contou com 349 assinaturas.
501 Além disso, o Encontro aprovou uma carta manifestando a posição dos participantes em relação ao
502 Projeto de Lei nº 7.082/2017, que tramita na Câmara dos Deputados, originalmente PL 200/2015,
503 proposto pelo Senado Federal. A respeito do Projeto, defendeu a aprovação da seguinte agenda de luta:
504 reenviar a carta aprovada no V ENCEP aos conselheiros para servir de mobilização contra o PL nº.
505 7.082/2017; delegar à assessoria de comunicação do CNS que, junto com a assessoria parlamentar deste
506 Conselho, produza documentos direcionados à mídia contra o referido Projeto, entendendo que esta é um
507 potente instrumento de mobilização contra o PL; solicitar que as entidades integrantes do CNS também se
508 manifestem publicamente contra o Projeto; e enviar material aos Conselhos Estaduais e Municipais de
509 Saúde e aos Comitês de Ética em Pesquisa - CEP na lógica de fortalecer ação conjunta contra o PL.
510 **Manifestações.** Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza** manifestou preocupação com o PL,
511 entendendo que, entre outros aspectos, acarretará em aumento da judicialização. Também avaliou que
512 outras instituições importantes devem ser envolvidas na luta contra a proposta como Médicos sem
513 Fronteira, REBRIC. Conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**, em nome do CEBES, também
514 manifestou posição contrária ao PL uma vez que, entre outros aspectos, não assegura a autonomia dos
515 centros de pesquisa. Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello** manifestou satisfação com a luta
516 da CONEP pela manutenção dos direitos dos participantes de pesquisa, em especial o movimento contra
517 o PL que representa um risco extremo aos participantes. Falou também da questão dos protocolos,
518 destacando a demora na atualização (alguns demoram até seis anos) e o fato de algumas patologias não
519 possuírem esse importante documento. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** cumprimentou a
520 CONEP pela luta contra o PL e avaliou que esta iniciativa visa reduzir a capacidade do CNS em realizar o
521 controle ético daqueles que representam os usuários. Salientou que é necessário garantir que a
522 sociedade continue a atuar, por meio da CONEP, para não deixar prevalecer os interesses financeiros em
523 detrimento da saúde das pessoas. Conselheiro **Dylson Ramos Bessa Junior** explicou que no ENCEP
524 houve debate sobre a participação dos usuários nos Comitês e foi destacada a necessidade de debater o
525 PL nas escolas, instituições de ensino. Retorno da mesa. O coordenador da CONEP agradeceu os
526 elogios e o apoio ao trabalho da CONEP e pontuou que a consequência prática do Projeto será falta ainda
527 maior de medicamentos, agravando a situação dos participantes de pesquisa. Conselheira **Francisca**
528 **Valda da Silva** chamou a atenção para o impacto negativo do PL na vida dos brasileiros e apelou aos
529 conselhos de saúde e à plenária que somem força e se mobilizem para desenvolver ação coletiva contra
530 essa proposta. Considerando o momento difícil pelo qual o país está passando, avaliou que é importante
531 da visibilidade a pequenas vitórias e, nessa linha, citou o arquivamento do PL conhecido como “Escola
532 sem partido”. O coordenador da CONEP sugeriu reenviar a carta aprovada no VI ENCEP aos
533 conselheiros para servir de mobilização contra o novo PL. **Deliberação: neste ponto, o Pleno decidiu:**
534 **a) reenviar a carta aprovada no V ENCEP aos conselheiros para servir de mobilização contra o PL**
535 **nº. 7.082/2017; b) delegar à assessoria de comunicação do CNS que, junto com a assessoria**
536 **parlamentar deste Conselho, produza documentos direcionados à mídia contra o referido Projeto,**
537 **entendendo que esta é um potente instrumento de mobilização contra o PL; c) solicitar que as**
538 **entidades integrantes do CNS também se manifestem publicamente contra o Projeto; d) enviar**
539 **material aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e aos Comitês de Ética em Pesquisa -**
540 **CEP na lógica de fortalecer ação conjunta contra o PL; e e) realizar plenária livre com as**
541 **universidades e pesquisadores para definir posição contra o PL a ser levada para a 16ª CNS.**
542 Definido esse ponto, a mesa interrompeu para o almoço. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e
543 conselheiras: *Titulares* - **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina
544 Veterinária – CFMV; **Altamira Simões dos Santo de Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da
545 População Negra e Aids; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
546 **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras
547 Familiares – CONTAG; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Antônio Muniz da Silva** Organização
548 Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Arlison da Silva Cardoso** Conselho Nacional dos Secretários
549 Municipais de Saúde – CONASEMS; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das
550 Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Breno de Figueiredo Monteiro** Confederação Nacional

551 de Saúde – CNS; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da
552 Mama – FEMAMA; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO;
553 **Dylson Ramos Bessa Junior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF;
554 **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO;
555 **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geordeci Menezes de Souza**,
556 Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira
557 de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical
558 – FS; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Lenir dos**
559 **Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Alberto Catanoso**,
560 Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDNAPI/FS; **Luiz Aníbal Vieira**
561 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**,
562 Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
563 Assistentes Sociais – FENAS; **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta
564 Contra a AIDS – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**,
565 Confederação Nacional da Indústria – CNI; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região
566 Sul – ARPIN-SUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR;
567 **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Wanderley Gomes da Silva**,
568 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zaira Maria Tronco Salerno**,
569 Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN. *Suplentes* - **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**,
570 Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras – SUPERANDO; **Deise Araújo**
571 **Souza**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC; **Elaine Junger Pelaez**,
572 Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das
573 Associações de Moradores – CONAM; **Giovanna de Saboia Bastos**, Sociedade Brasileira de
574 Fonoaudiologia – SBFa; **Gláucia Tamayo Hassler Sugai**, Ministério das Cidades; **Heleno Rodrigues**
575 **Corrêa Filho**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho
576 Federal de Enfermagem – COFEN; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores
577 do Brasil – CGTB; **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-
578 Administrativos das Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Lenise Aparecida**
579 **Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria Angélica Zollin de Almeida**,
580 Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**,
581 Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Shirley Marshal Diaz Morales**,
582 Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de
583 Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Sueli Terezinha Goi Barrios**,
584 Associação Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA. **ITEM 5 – O COMBATE DAS INFECÇÕES**
585 **SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, DO HIV/AIDS E DO HTLV** - *Apresentação*: conselheiro **Moyses**
586 **Longuinho Toniolo de Souza**, representante da Articulação Nacional de Aids – ANAIDS; **Adijeane**
587 **Oliveira de Jesus**, representante da Associação HTLVida; e **Adele Schwartz Benzaken**, diretora do
588 Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais –
589 DIAHV/SVS/MS. *Coordenação*: conselheiro **Nelson Augusto Mussolini**, da Mesa Diretora do CNS.
590 Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**, representante da ANAIDS, fez uma explanação
591 sobre o SUS e os direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Iniciou com estatísticas globais de mortes
592 relacionadas à AIDS: as mortes por causas relacionadas à AIDS caíram 48% em 2016, desde o pico em
593 2005; e 1 milhão de pessoas morreram por causas relacionadas à AIDS em todo o mundo, em
594 comparação a 1,9 milhão em 2005 e 1,5 milhão em 2010. Sobre pessoas vivendo com HIV, explicou que
595 em 2016 havia 36,7 milhões de pessoas, sendo 34,5 milhões de adultos e 17,8 milhões de mulheres (15
596 anos ou mais) e 2,1 milhões de crianças (> de 15 anos). Também apresentou dados regionais (2016) da
597 América Latina: pessoas vivendo com HIV AIDS: 1,8 milhão; novas infecções por HIV: 97.000; mortes
598 relacionadas à AIDS: 36.000; e número total com acesso à terapia antirretroviral: 1 milhão. Também falou
599 sobre o perfil epidemiológico do HIV/AIDS, destacando que no Brasil novas infecções por HIV cresceram
600 11% (no mundo, caem 27,6%) e 150 mil pessoas não sabem que tem o vírus do HIV. Disse que os novos
601 números da epidemia revelam que, de 1980 a junho de 2018, foram identificados 926.742 casos de AIDS
602 no Brasil, um registro anual de 40 mil novos casos. Em 2012, a taxa de detecção de AIDS era de 21,7
603 casos por cada 100 mil habitantes e, em 2017, foi de 18,3 (queda de 15,7%). Em quatro anos também
604 houve queda de 16,5% na taxa de mortalidade pela doença, passando de 5,7 por 100 mil hab., em 2014,
605 para 4,8 óbitos em 2017. Destacou a importância de defender o SUS, porque, sem o Sistema, a maioria
606 da população estaria desprotegida. Fez um destaque ainda ao crescimento da forma de transmissão da
607 AIDS entre homens que fazem sexo com homens (nos últimos anos, houve aumento de 33% na
608 transmissão). Entre as mulheres, a AIDS cresce na faixa de 15 a 19 anos e com mais de 60 anos; e nas
609 demais faixas, apresenta queda. Entre homens, a AIDS cresce em jovens de até 29 anos e cai na
610 população de 30 a 59 anos. Também falou sobre os programas IST AIDS, explicando que foi criado em
611 1985, pré-SUS, como programa vertical, mas se desenvolveu dentro do SUS buscando integração
612 (movimento pressionou e fez reação paralela à Reforma Sanitária, pelo direito a saúde). Até 2002 o

613 Ministério da Saúde, por meio do Programa de DST/Aids, mantinha convênios com as 27 UF e 150
614 municípios - financiamento direto de projetos de OSC, independente da abrangência geográfica. Lembrou
615 que a Constituição Federal de 1988, no art. 196, define que “A saúde é um direito de todos e um dever do
616 Estado a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças
617 e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção,
618 proteção e recuperação”. Também destacou a publicação da Portaria n.º 2.313, de 19 de dezembro de
619 2002, que define normas relativas ao incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do
620 Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST, considerando as seguintes dimensões: Pacto pela Vida;
621 Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão. No que diz respeito à regionalização, destacou os
622 seguintes aspectos: respeito às realidades locais – critérios para o desenho das regiões (PAM, CIB,
623 Conselhos); contexto socioeconômico e cultural; território vivo; fatores de risco e de proteção
624 (Transmissão Vertical, UDI, LGBT, Prostitutas, etc); vulnerabilidades (individual, social, programática,
625 potencial); e protagonistas no processo (PVHA, LGBT, Mulheres, Negros, Jovens). A respeito da Política
626 de Incentivo, inovação no âmbito do Programa Nacional de DST/AIDS, ressaltou: financiamento -
627 mecanismo regular e automático fundo a fundo, amplia de R\$ 68 milhões para R\$ 129,5 milhões; adesão:
628 pleito do gestor e aprovação em CIB; e descentralização: com prioridade epidemiológica, amplia de 150
629 (2001) para 497 SMS (2010). No que se refere à promoção da saúde, salientou que não é de
630 responsabilidade exclusiva do setor de saúde, sendo necessária uma atuação intersetorial e
631 interdisciplinar. Também falou sobre o Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de
632 setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento
633 da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências Art. 2 - VII -
634 Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que,
635 em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e Art. 5 - IV - atenção
636 ambulatorial especializada (HIV/Aids) e hospitalar (HIV/Aids). Também citou novas portarias de ajustes: **a)**
637 Portaria n.º 1.378, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para
638 execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e
639 Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância
640 Sanitária. Art. 4 - III - a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; Art. 6 – VIII – g -
641 insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, indicados pelos
642 programas, nos termos pactuados na CIT e CIB; Art. 17 - II - incentivo às ações de vigilância, prevenção e
643 controle das DST/AIDS e hepatites virais; Art. 20. O incentivo para as ações de Vigilância, Prevenção e
644 Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais será composto pela unificação dos seguintes incentivos: I -
645 Qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde as DST/AIDS e Hepatites Virais; II - Casas de
646 Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS; e III - Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao
647 HIV. Parágrafo único. As Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios que, na data da
648 publicação desta Portaria, recebam os incentivos de que trata o "caput", garantirão a manutenção do
649 conjunto das ações programadas na oportunidade de sua instituição, incluindo o apoio a organizações da
650 sociedade civil para o desenvolvimento de ações de prevenção e/ou de apoio às pessoas vivendo com
651 HIV/AIDS e hepatites virais; **b)** Portaria n.º 3.276, de 26 de dezembro de 2013, que regulamenta o
652 incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites
653 Virais, previsto no art. 18, inciso II, da Portaria n.º 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição de
654 critérios gerais, regras de financiamento e monitoramento. Art. 2º. Objetivo - garantir aos Estados, Distrito
655 Federal e Municípios prioritários a manutenção das ações de vigilância, prevenção e controle das
656 DST/AIDS e Hepatites Virais, incluindo-se o apoio às organizações da sociedade civil, a manutenção de
657 Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e a aquisição de fórmula infantil para crianças
658 verticalmente expostas ao HIV. Art. 5º - O valor do incentivo financeiro de custeio, de que trata esta
659 Portaria, recebido pelos entes federativos, bem como os recursos financeiros atualmente disponíveis,
660 poderão ser utilizados para financiar quaisquer ações de custeio de vigilância, prevenção e controle das
661 DST/AIDS e Hepatites Virais, incluindo-se o apoio às organizações da sociedade civil, a manutenção de
662 Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e a aquisição de fórmula infantil para crianças
663 verticalmente expostas ao HIV. Art. 8º - O detalhamento das ações de vigilância, prevenção e controle das
664 DST/AIDS e Hepatites Virais deverá ser inserido pelo ente federativo beneficiário na Programação Anual
665 de Saúde (PAS), observadas as diretrizes constantes nos Planos de Saúde. Art. 9º - O Ministério da
666 Saúde, por meio da SVS/MS, efetuará o monitoramento sistemático e regular das ações de vigilância por
667 intermédio dos sistemas de informação de base nacional, previstos no art. 33 da Portaria n.º
668 1.378/GM/MS, de 2013, para fins de manutenção do recebimento do incentivo financeiro de custeio
669 mensal. Destacou a aprovação da Recomendação n.º 58, de 8 de novembro de 2018, que recomendação
670 ao Ministério da Saúde, com vistas a orientar o processo de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da
671 Política Nacional de ISTs/Aids e Hepatites Virais (HV), objetivando manter o foco sobre a execução
672 financeira específica no orçamento geral da União no SUS, mantendo assim o compromisso das metas
673 pactuadas perante a UNAIDS. Citou outros instrumentos: **a)** Lei n.º 9.313, de 13 de novembro de 1996,
674 art. 1º, que define que “Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS

675 (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a
676 medicação necessária a seu tratamento.”. § 1º - O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde,
677 padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença
678 (PCDT), com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde. § 2º -
679 A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer
680 necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos
681 medicamentos no *mercado*; **b)** Lei ° 12.984, de 2 de junho de 2014, que define que “o crime de
682 discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de Aids”. Art. 1º -
683 Constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, as seguintes condutas
684 discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de aids, em razão da sua condição de portador ou de
685 doente: I – recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno
686 em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado; II – negar
687 emprego ou trabalho; III – exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego; IV – segregar no ambiente de
688 trabalho ou escolar; V – divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de aids, com intuito de
689 ofender-lhe a dignidade; e VI – recusar ou retardar atendimento de saúde (destaque). Também pontuou
690 outras questões a observar no debate deste tema: **a)** direito à informação - deveres do cidadão, usuário
691 dos serviços públicos – aspectos punitivos: - Lei 6.799: Código Penal, Art. 331: Desacatar funcionário
692 público no exercício da função ou em razão dela; Pena: Detenção de 06 meses a 02 anos, ou multa; e Lei
693 12.527 - 18/11/2011 - Presidência da República — assegura o direito fundamental ao Acesso à
694 Informação; **b)** Declaração dos Direitos Fundamentais das PVHA – 1989 - 10 Fundamentos sobre a
695 dignidade das pessoas afetadas pela epidemia; Reflexão sobre a Declaração dos Direitos Fundamentais
696 do Homem, na perspectiva relacionada com a Aids; Valorização do ser humano – contra o estigma e a
697 discriminação; **c)** ENONG 1989 – Declaração da Rede Brasileira de Solidariedade – “Direitos
698 Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids”; Carta dos Direitos e Deveres das Pessoas
699 Usuárias da Saúde (CNS 2017 - avanço) e relação com a Carta de Direitos das PVHA; e Onde ficam os
700 Deveres? Exemplo de Portugal com o Estatuto – amadurecimento da discussão (ENONG / Vivendo /
701 Redes de PVHA) e advocacy parlamentar. Também citou: Lei Federal nº. 13.019/2014 – define os
702 processos de fortalecimento da participação social; Recomendação 200 da OIT – 10/06/2010 –
703 Recomendações sobre Aids no Mundo do Trabalho – Extinção do Ministério do Trabalho e Reforma
704 Trabalhista” - Michel Temer - 2018; Resolução CFM n. 1.359/1992 – proíbe a Testagem Compulsória para
705 o HIV. Pontuou ainda outras questões relacionadas: prevenção e tratamento de HIV/Aids é uma questão
706 de saúde pública e suspender essa intervenção em infectados seria assumir o risco de aumentar
707 consideravelmente a transmissão e levar a epidemia a níveis incontroláveis; sabe o quanto antirretrovirais
708 são essenciais para a manutenção da qualidade de vida de milhares de pessoas? Sabe que o
709 Tratamento é importante para conter a disseminação do vírus na comunidade?; tendência de
710 responsabilização pela transmissibilidade da infecção – criminalização das PVHA; fundamentalismo
711 Religioso - Grupos no Congresso querem dizer “quem merece ou não usar a TARV” – viés moralista e
712 excludente das pessoas consideradas “promiscuas”. Falou sobre futuro da intervenção sobre patologias e
713 populações com destaque para: Projeto de Lei nº. 7.082 (PL 200) – pretende mudar o sistema de Ética
714 em Pesquisa brasileiro, retirando do Controle Social (CONEP – CNS), e retirando direitos dos sujeitos de
715 pesquisa; e os novos medicamentos e a cura?...; Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que define
716 novas formas de Repasse de verbas da União para Estados/Municípios; quebra Blocos de Financiamento
717 (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do
718 SUS, Investimentos); Portaria 2.436/2017 – promove a Revisão da Política Nacional de Atenção Básica
719 (PNAB), modificando critérios das Unidades Básicas de Saúde, UBS, e sobre papel ACS e ACE;
720 PREVENCAO; Portaria 3.588/2017 – promove mudanças no modelo da Rede de Assistência Psicossocial
721 (RAPS) e Instituições de Internamento Saúde Mental; Portaria 1.482/2016 - inclui na Tabela do Cadastro
722 Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES) o tipo 083 – Polo de Prevenção de Doenças e Agravos
723 de Promoção da Saúde; inclui Comunidades Terapêuticas nesta modalidade; Portaria 1.482/2016 —
724 institui Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde para discutir e elaborar recomendações a criação de
725 Planos de Saúde Acessíveis na ANS. Além desses aspectos, destacou os efeitos negativos da EC nº.
726 95/2016 que foram sentidos já no exercício de 2017, com crescimento exponencial dos empenhos a pagar
727 do exercício (acima de 80% em relação a 2016 ou cerca de R\$ 14 bilhões) e dos Restos a Pagar total
728 inscritos e reinscritos para 2018. Tal fato se refletiu no baixo nível de liquidação de despesas com vacinas
729 e vacinação, medicamentos para o tratamento de HIV/DST/AIDS, dentre outros. No que se refere à Aids pós
730 2019, destacou: avaliação da atuação Política do Movimento Aids no governo pós “golpe” 2016 – posições
731 individuais e coletivas em mobilizações, eventos; eleições gerais 2018 – documento com pauta da
732 ANAIDS para candidatos – socialização, coleta de apoios; e Como será a relação do Movimento e
733 representações no Ministério da Saúde na defesa da Política, Serviços e Financiamento dos espaços de
734 participação – CNS, CNAIDS, DIAHV? Sobre tratamento e prevenção no futuro, recordou que, em 2010, o
735 então deputado federal Jair Bolsonaro falou ao programa CQC a respeito das declarações do papa sobre
736 o uso da camisinha e polemizou em relação aos casos de HIV. Sobre o tratamento de HIV, Bolsonaro

737 chegou a dizer que “o Estado deve tratar de doentes infortúnios e não de vagabundos que se drogam ou
738 adquirem Aids por vadiagem”. Em uma entrevista antiga, Jair Bolsonaro fala que “o Estado não deve
739 custear os medicamentos antirretrovirais para os portadores de HIV” e afirma textualmente: “Não é
740 problema meu”. Citou ainda trecho do Guia Gay São Paulo, de 27 de novembro de 2018, “O Brasil deixará
741 de contar com a principal forma de aumentar a consciência da população sobre aids. O futuro ministro da
742 Saúde, do governo Jair Bolsonaro (PSL), Luiz Henrique Mandetta (DEM), afirmou que o certo é que “o
743 assunto seja tratado dentro das famílias, não pelo governo”. O atual deputado federal pelo Mato Grosso
744 do Sul continuou: “Há pessoas que não querem usar preservativo. Mudar esse comportamento exige
745 diálogo entre gerações, dentro das famílias.” Ainda de acordo com a reportagem, tal postura do futuro
746 ministro somada à crítica de Bolsonaro à distribuição de medicamento para controle do vírus da AIDS é
747 preocupante. Em seguida, expôs a representante da Associação HTLVida, que iniciou agradecendo a
748 oportunidade e explicando que, em 28 de setembro de 2010, foi fundada a Associação HTLVIDA - Grupo
749 de Apoio ao Portador do Vírus HTLV- I e II do Estado da Bahia com o objetivo de contribuir para a
750 promoção da saúde, atendimento aos portadores do vírus, além de empreender medidas a fim de
751 esclarecer a população em geral acerca do HTLV, principalmente com medidas preventivas. Explicou que
752 o vírus HTLV (sigla na língua inglesa indica vírus que infecta células humana), é um retrovírus isolado em
753 1980, a partir de um paciente com um tipo raro de leucemia de células T. Disse que o HTLV é
754 considerado uma Infecção Sexualmente Transmissível - IST e possui dois tipos: HTLV – I, que está
755 implicado em doença neurológica e leucemia e o HTLV II, que está pouco evidenciado como causa de
756 doença. Segundo Dourado *et al* (2003), são cerca de 20 milhões de pessoas infectadas pelo vírus
757 linfotrófico de células T humanas do tipo 1 (HTLV-1) em todo o mundo e áreas com elevadas
758 prevalências de infecção são encontradas no sudeste do Japão e nas áreas pobres do Caribe, da África e
759 da América Latina. Galvão *et al* (1997) demonstra que estudos entre doadores de sangue apontam que a
760 prevalência no Brasil é de 0,41%; e, em Salvador, 1,35% (estima-se que cerca de 40.000 pessoas nessa
761 cidade possuem o vírus). Acrescentou que são 15 a 20 milhões de pessoas infectadas pelo HTLV-1 no
762 mundo e 2,5 milhões de pessoas infectadas pelo HTLV-1 no Brasil. Salvador e São Luiz são as cidades
763 que apresentam as maiores prevalência e, nas regiões endêmicas, a prevalência aumenta com a idade e
764 é maior no sexo feminino; a maioria dos indivíduos infectados pelo HTLV-1 permanece assintomática. O
765 Boletim dezembro de 2017 apontou que no período de 2016 a 35ª semana epidemiológica de 2017
766 (31/08/2017), no Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalo Moniz (LACEN/Bahia), foram
767 registradas 56.183 amostras para pesquisa de HTLV, oriundas de 384 municípios do estado da Bahia.
768 Dentre estas, 949 apresentaram sorologias reagentes (Prevalência=16,8‰), com predomínio do sexo
769 feminino (76%) e da faixa etária de 31 a 50 anos (33,5%). Explicou que o contágio se dá por aleitamento
770 materno e parto, relação sexual desprotegida e transfusão de sangue contaminado ou compartilhamento
771 de seringas e agulhas. No que diz respeito ao diagnóstico, disse que o teste mais utilizado na triagem
772 sorológica do HTLV é o ensaio imunoenzimático (EIA) também conhecido como *Elisa* (SABINO;
773 CARVALHO, 2010). A positividade no teste de triagem (ELISA) é encaminhada a um novo teste
774 confirmatório chamado *Western blotting* (KURIEN; SCOFIELD, 2006). Também falou sobre o teste rápido,
775 sorológico, realizado em período inferior a 30 minutos que está disponível nas unidades de saúde, nos
776 centros de testagem e aconselhamento e há iniciativas (eventos, intervenções urbanas, mobilização,
777 parcerias, unidades móveis) que levam o teste rápido para mais perto do cotidiano das pessoas. Sobre os
778 sintomas e manifestações, explicou que três síndromes estão diretamente associadas ao vírus HTLV-1: a
779 Leucemia-linfoma de células T do adulto (LLcTA), a Mielopatia e/ou HAM/TSP e a Uveíte (SILVA *et al*,
780 2002). Detalhou os sintomas e manifestações do HTLV: Síndrome seca (olhos, boca); Polimiosite;
781 Tireoidite; Pneumonia; Estrongiloidiase; Lepra; Sarna; Bronquiectasia; Síndrome de Sjögren; AAH/Artrite
782 reumatoide (Artropatia Associada ao HTLV-1); e dermatite infectiva. Sobre o tratamento, explicou que a
783 cura do HTLV permanece desconhecida e atualmente existem poucas opções de tratamento, que
784 funcionam apenas como paliativos às manifestações patológicas causadas pelo vírus. Disse que uma
785 combinação de AZT e interferon- α mostrou-se efetiva em alguns pacientes com ATLL (células que
786 causam o linfoma). Entretanto, nenhum procedimento em particular foi aprovado para o tratamento da
787 infecção por HTLV-I (MURRAY, 2006). Frisou que é necessário equipes multidisciplinares para garantir o
788 tratamento, contemplando infectologista, neurologista, enfermeiro, dermatologista, oftalmologista,
789 ginecologista, obstetra, psicólogo, fisioterapeuta, urologista, dentista, exames, insumos, medicamentos,
790 apoios para locomoção. Falou sobre a linha do cuidado às pessoas com HTLV no Estado, destacando
791 que Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais - DIAHV do Ministério da Saúde realizará pesquisa
792 nacional e revisará publicação com diretrizes clínicas para o HTLV (<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/diahv-ira-realizar-pesquisa-nacional-e-revisar-publicacao-com-diretrizes-clinicas-para-o>).
793 Apresentou como encaminhamentos: 1º) entre as propostas discutidas durante a videoconferência, a
794 criação de um comitê técnico para revisar o Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV, lançado em
795 2013, e transformá-lo em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). O comitê será composto
796 por *experts*, representantes de sociedades médicas, profissionais de saúde, gestores e organizações da
797 sociedade civil que representam os portadores de HTLV. Depois de revisado o documento será
798

799 disponibilização para consulta pública da sociedade; 2º) o DIAHV informou que será realizada, em
800 parceria com o Hospital Moinho de Ventos, uma pesquisa nacional para levantar a prevalência do HTLV
801 entre as parturientes. Atualmente os estudos de prevalência disponíveis sobre o agravo são de
802 abrangência regional. No dia 29 de setembro, reunião institui comissão assessora para o manejo da
803 HTLV - DIAHV debate com especialistas da comissão a possibilidade de criação de um Protocolo Clínico
804 e Diretrizes Terapêuticas para o agravo ([http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/reuniao-institui-comissao-](http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/reuniao-institui-comissao-assessora-para-o-manejo-da-htlv)
805 [assessora-para-o -manejo-da-htlv](http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/reuniao-institui-comissao-assessora-para-o-manejo-da-htlv)). Para além do PCDT-HTLV, pontuou as seguintes questões: Quanto
806 tempo levará para revisar o guia de manejo?; implantação e efetivação do PCDT-HTLV; falta Pesquisas
807 para tornar o HTLV indetectável, não transmissível e sem sintomas; campanhas nacionais para alertar
808 sobre o HTLV; cura/minimizar efeitos do HTLV; testagem, notificação, prevenção eficaz, assistência
809 multidisciplinar; e a via de parto. Sobre a transmissão vertical do HTLV, disse que a taxa é de 238%. Por
810 fim, disse que o HTLV mata e mata muito e 10 de novembro é o dia mundial de enfrentamento ao vírus.
811 Conselheiro **Nelson Mussolini** disse que o tema ainda é desconhecido e carece de aprofundamento. A
812 última expositora foi a diretora do DIAHV/SVS/MS, **Adele Schwartz Benzaken**, que fez uma
813 apresentação abordando infecções sexualmente transmissíveis, HIV/Aids e HTLV. Sobre as infecções
814 sexualmente transmissíveis, apresentou as estratégias mundiais da OMS para IST – 2016-2021: Sífilis:
815 reduzir a incidência de *T. pallidum* em todo o mundo em 90%; Sífilis Congênita: reduzir para 0,5
816 caso/1.000 nascidos vivos em 80% dos países; Gonorreia: reduzir a incidência de *N. gonorrhoeae* em
817 todo o mundo em 90%; e HPV: assegurar que os países com PNI e incorporação da vacina contra HPV
818 mantenha cobertura de 90% em nível nacional e 80% em cada distrito (ou unidade administrativa
819 equivalente). Detalhou também as Estratégias Regionais da Organização Pan-Americana da Saúde -
820 OPAS para IST – 2016-2021: Sífilis Congênita: reduzir a incidência para 0,5 caso/1.000 nascidos vivos;
821 Gonorreia: aumentar número de países que monitoram a resistência gonocócica de acordo com as
822 recomendações da OPAS/OMS; e HPV: reduzir o número estimado de novos casos de câncer do colo
823 uterino. Disse que foi publicado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às
824 Pessoas com IST e novo protocolo será publicado. A respeito da Gonorreia, falou sobre o Projeto
825 Sengono que visa avaliar a sensibilidade das cepas de *Neisseria gonorrhoeae* circulantes no país para
826 definição dos antimicrobianos eficazes a serem prescritos para o tratamento da infecção. Trata-se de
827 vigilância da resistência antimicrobiana das cepas de *Neisseria gonorrhoeae* circulantes no Brasil, com
828 utilização de antibióticos: Penicilina, Ceftriaxona, Ciprofloxacina, Azitromicina, Cefixima e Tetraciclina.
829 Acrescentou que a edição 2015-2017 contemplou as seguintes cidades: Manaus, Salvador, Brasília, Belo
830 Horizonte, São Paulo, Florianópolis e Porto Alegre. Disse que a coleta foi feita até novembro 2016, mas o
831 projeto foi até 2017. Em relação à resistência das cepas de *Neisseria gonorrhoeae* circulantes no Brasil,
832 destacou: 550 amostras - isolados viáveis com identificação de gênero e espécie; Alta resistência a
833 Penicilina e Tetraciclina; Alta resistência a Ciprofloxacina (47 – 78%); Emergência de resistência
834 Azitromicina (4 – 10%); 100 % sensibilidade a Ceftriaxona e a Cefixima; e Antibiótico efetivo - taxa de
835 resistência antimicrobiana <5%. Ainda neste tema, falou sobre a vigilância da resistência antimicrobiana
836 das cepas de *Neisseria gonorrhoeae* circulantes no Brasil, destacando a atualização do tratamento de
837 infecção gonocócica não complicada - Ceftriaxona 500mg IM + Azitromicina 1g VO. Explicou que o
838 desafio refere-se ao número reduzido de fabricantes de ceftriaxona 500mg IM no Brasil e não há registro
839 disponível para cefixima na ANVISA. Destacou os seguintes aspectos da nova edição – 2018/2019:
840 inclusão de novos sítios de coleta; coleta de dados epidemiológicos; amostras genitais de mulheres, anal
841 e orofaríngea (homens); inclusão de novos antimicrobianos (gentamicina e espectinomicina); e etiologia
842 do corrimento uretral e das úlceras genitais. Além disso, destacou a inclusão dos testes de biologia
843 molecular para detecção de clamídia e gonorreia no SUS e atualização do PCDT-IST com a incorporação
844 do teste de biologia molecular para clamídia e gonorreia. Seguindo, falou sobre o HPV, destacando que
845 foi aprovada na CONITEC incorporação da podofilotoxina 1,5 g/mg creme e imiquimode 50 g/mg creme
846 no tratamento ambulatorial de verrugas anogenitais (deliberação na CIT). Além disso, mostrou um quadro
847 com o processo de implantação da vacina contra HPV, salientando que 2018 foram contemplados:
848 meninas de 9 a 14 anos, meninos de 11 a 14 anos e 15 a 26 anos - imunodeprimidos (pessoas vivendo
849 com HIV, transplantados de órgãos sólidos, medula óssea e câncer). Lembrou que a vacina HPV
850 quadrivalente protege contra 4 tipos de vírus e a meta é vacinar, pelo menos, 80% de adolescentes (de
851 2014 a 2018, foram distribuídas 37.586.244 doses). Também disse que a UNASUS, em parceria com a
852 UFPE, lançou atualização do curso de vacinação contra o HPV. Falou sobre a prevalência de HPV na
853 população geral: revisão sistemática (108 artigos foram selecionados e 42% dos estudos realizados na
854 região Sudeste): cervical: 25,6% (20% a 35%, conforme a região); peniano: 40% (19% a 55%); anal: 25%
855 (20% a 42%); e oral: 11% (1% a 38%). Citou também o estudo epidemiológico sobre a prevalência do
856 HPV no Brasil - POP-BRASIL, realizado em 27 capitais, 119 UBS, 217 profissionais, com 5.568 mulheres
857 e 2.125 homens entrevistados e 7.693 amostras coletadas. Do total de amostras, 6.388 foram válidas para
858 HPV, com prevalência significativamente maior na região Nordeste e Centro-Oeste, quando comparado à
859 Região Sul. Continuando, falou sobre a Sífilis, começando pela taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa
860 de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico.

861 Brasil, 2010 a 2017, destacando o crescimento, de 2% para 58,1%. Também mostrou gráfico com taxa de
862 detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos,
863 segundo UF. Brasil, 2017, sendo 8,6 congênita e 17,2 em gestantes (Meta da OMS/Opas é $\leq 0,5$ caso de
864 SC por 1.000 nascidos vivos para eliminação). Neste ponto, destacou a resistência dos profissionais de
865 saúde em aplicar a penicilina. Falou da Agenda de Ações Estratégicas para a Redução da Sífilis no Brasil,
866 citando, em outubro de 2016, o lançamento agenda de sífilis congênita em parceria com Conass,
867 Conasems, associações, sociedades e conselhos de classe. Em outubro de 2017, renovação da Agenda
868 de sífilis e ampliação das parcerias e lançamento do Projeto resposta rápida à sífilis nas Redes de
869 Atenção à Saúde. Sobre o Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção à Saúde, explicou tratar-se de
870 projeto interfederativo, com o objetivo de reduzir a sífilis adquirida e em gestantes e eliminar a sífilis
871 congênita no Brasil. A Emenda Parlamentar aprovou o orçamento adicional de R\$ 200 milhões para
872 redução da sífilis no país. Ainda na linha do enfrentamento da Sífilis, destacou as seguintes ações:
873 Previna, Teste, Trate, Notifique e Cure. Lembrou, inclusive, que as mulheres são mais atingidas que os
874 homens de infecções assintomáticas e o rastreamento de assintomáticos (pessoas sexualmente ativas)
875 interrompe a cadeia de transmissão e previne complicações das infecções a longo prazo. Na linha da
876 prevenção - Previna - destacou as seguintes estratégias: abordagem da saúde sexual e reprodutiva nas
877 consultas e salas de espera; atendimento centrado na pessoa com vida sexual ativa; informação e
878 comunicação em IST; acesso fácil à camisinha e testagem rápida; ações extra muros - educação entre
879 pares (populações-chave); e Saúde nas Escolas. No que se refere à testagem - Teste, destacou testes
880 para sífilis - teste treponêmico reagente e teste não treponêmico reagente. No que se refere à gestante,
881 destacou: Pré-natal: 1ª consulta do pré-natal e 3º trimestre de gestação (28ª semana); Maternidade: parto
882 e aborto; e história de exposição de risco/violência sexual. Salientou que o tratamento deve ser iniciado
883 com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo
884 teste. Também detalhou como deve ser o rastreamento de sífilis: anual - adolescentes e jovens (<30
885 anos) ;sSemestral - gays, HSH, profissionais do sexo, travestis, pessoas trans, pessoas privadas de
886 liberdade, pessoas que usam álcool e outras drogas, PVHIV, pessoas com prática sexual anal receptiva
887 sem uso de preservativo; e trimestral - pessoas em uso de PrEP. Para o tratamento - Trate - da sífilis,
888 explicou como se dá: Sífilis Primária, Sífilis Secundária ou latente precoce (<2 anos): Penicilina Benzatina
889 - 2,4milhões UI (dose única); Sífilis latente tardia (>2anos), Terciária ou duração ignorada: Penicilina
890 Benzatina - 7,2milhões UI (2,4milhões UI 1x/sem por 3 sem). Em seguida, deve-se dar seguimento clínico
891 sorológico. Caso o intervalo entre as doses ultrapasse 14 dias (OMS), o esquema deverá ser reiniciado.
892 Ainda na linha do tratamento, destacou que é preciso prescrever a penicilina adequadamente para fase
893 clínica. Citou os casos em que o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente: 1)
894 gestantes; 2) pessoas com risco de perda do seguimento; 3) casos de violência sexual; e 4) pessoas com
895 sinais/sintomas de sífilis. Em relação aos desafios acerca da sífilis, destacou o desabastecimento da
896 Penicilina no Brasil. Acerca da notificação de sífilis, destacou a atualização das definições de caso - Nota
897 Informativa nº 2, de setembro de 2017, detalhando o período de notificação da gestante: durante o pré-
898 natal, parto e/ou puerpério. Na linha da cura - Cure, citou: seguimento pós-tratamento - avaliar possível
899 reinfecção, falha ao tratamento e foco não tratado (ex. neurosífilis); e abordagem de parcerias sexuais -
900 esforço para a testagem e tratamento das parcerias sexuais; interromper a cadeia de transmissão e
901 reinfecção; e busca ativa. Falou ainda sobre a atenção à criança exposta ou com sífilis congênita,
902 destacando o modelo de linha de cuidado neste caso: atenção básica - pré-natal; maternidade - casa de
903 parto; atenção básica - coordenador do cuidado; e serviços de especialidade. Continuando, falou sobre
904 HIV/Aids, explicando que o principal erro é não fazer a notificação do HIV. Destacou queda de 16% da
905 detecção de Aids e HIV nos últimos cinco anos (notificação obrigatória a partir de 2014) e, em 2017,
906 registrou-se a maior queda na mortalidade de AIDS depois da introdução do coquetel. Disse que, desde
907 2013, o tratamento é assegurado para todos assim que confirmado o diagnóstico. Lembrou que
908 diagnóstico precoce e início do tratamento antecipado reduziram a mortalidade. Explicou que se trata de
909 uma epidemia masculina, jovem, prevalente no grupo de homens que fazem sexo com outros homens -
910 HSH. Entre homens, AIDS cresce em jovens de até 29 anos e cai a partir de 30 anos. Entre mulheres,
911 AIDS cresce na faixa de mais de 60 anos e em todas as outras faixas apresenta queda. Além disso, a
912 forma de transmissão é maior entre HSH, com aumento de 36% na transmissão por HSH. Destacou ainda
913 a redução de 43% de AIDS em crianças menores de 5 anos, nos últimos 10 anos (em 2016, cerca de
914 4.800 crianças com AIDS). Nos últimos 7 anos, redução de 56% de infecções de HIV em crianças
915 expostas. Até setembro deste ano, 585 mil pessoas com HIV/AIDS estavam em tratamento. Explicou que
916 pessoas vivendo com HIV iniciaram tratamento com dolutegravir, um dos melhores antirretrovirais do
917 mundo. Em relação ao tratamento ofertado anteriormente, o dolutegravir aumenta em 42% a chance de
918 indetecção viral. Após três meses de uso desse medicamento, 87% das pessoas com HIV/AIDS já
919 apresentavam carga viral inferior a 50 cópias/mL. Falou também sobre o teste rápido, lembrando que a
920 detecção precoce é importante para início do tratamento. Nessa linha, disse que é crescente a distribuição
921 de teste rápido para unidades de saúde do SUS (12,5 milhões em 2018). Salientou que a prevalência do
922 HIV é maior na população chave (mulheres trans, travestis, gays, homens que fazem sexo com outros

923 homens). Como novidade, informou que o autoteste de HIV, já disponível na rede privada, estará no SUS
924 a partir de janeiro de 2019. Disse que 400 mil autotestes serão distribuídos em unidades de saúde que
925 executam o teste rápido de HIV para populações-chave e pessoas/parceiros em uso de Prep. O projeto
926 piloto será realizado nas cidades de São Paulo, Santos, Piracicaba, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto
927 e São Bernardo do Campo, Rio de Janeiro, Curitiba, Florianópolis, Salvador, Porto Alegre, Belo Horizonte
928 e Manaus. Além disso, comunicou que o medicamento pré-exposição foi inserido no SUS no início do ano:
929 63 serviços em 90 municípios em 21 estados e DF; falta iniciar a oferta os Estados do Acre, Alagoas,
930 Sergipe, Mato Grosso do Sul e Piauí. Disse que têm acesso à PrEP: homens que fazem sexo com
931 homens, gays, travestis, transexuais, profissionais do sexo e casais sorodiferentes em situação de
932 vulnerabilidade e comportamento sexual de risco; PrEP é um medicamento de uso contínuo, o usuário
933 precisa tomar o comprimido diariamente para ficar protegido do HIV; e será indicada após testagem do
934 paciente para HIV. Ressaltou que o Brasil já cumpriu meta da Unaid 90/90/90: 92% das pessoas em
935 tratamento tiveram supressão viral – 503 mil pessoas. Em 2017, 866 mil pessoas vivendo com HIV; 731
936 mil pessoas diagnosticadas (84%); e 548 mil pessoas em tratamento (75%) - Meta 90% - alcançada em
937 2016. Falou também da Agenda que busca ampliação do acesso e cuidado integral das populações com
938 maior vulnerabilidade desde janeiro de 2017: ações de diagnóstico e de acesso a Prevenção Combinada
939 pelo Viva Melhor Sabendo; implantação do “A Hora é Agora” (São Paulo), Clínica do Homem para
940 Atendimento as IST (Curitiba e Recife)- parceria com CDC e AHF; ações de formação sobre Prevenção
941 Combinada para jovens pertencentes às populações chave e para trabalhadores da saúde; elaboração de
942 Materiais de Comunicação específicos; oficinas de Comunicação em Redução de Danos; Seminário Zero
943 Discriminação em parceria com UNAIDS; Seminário de Saúde Integral da População Negra. No que se
944 refere à agenda com a sociedade civil, destacou a Agenda Poptrans e, nos projetos desenvolvidos por
945 Organizações da Sociedade Civil (OSC) com apoio do DIAHV, citou o Projeto Viva Melhor Sabendo, que
946 realizou 173 mil testes. Seguindo, falou sobre o HTLV, problema de saúde pública “invisível”, destacando
947 que pessoas infectadas pelo HTLV-1 têm sido negligenciadas: pouca publicidade, necessidade de
948 diretrizes clínicas bem estabelecidas, baixo investimento financeiro em desenvolvimento de
949 medicamentos, ensaios clínicos, insumos para diagnóstico. Em todo o mundo, e também no Brasil, são as
950 mulheres mais vulneráveis à infecção pelo HTLV-1 e de suas doenças associadas: mais chances de
951 infecção por via sexual sem preservativo; e transmissão vertical por meio da amamentação. Sobre
952 prevenção, explicou que diferentes estratégias de prevenção tem sido identificadas para reduzir o risco de
953 transmissão de outros vírus transmissíveis pelo sangue e sexualmente transmissíveis. Porém,
954 paradoxalmente, não foram completamente estendidos à infecção pelo HTLV. Disse que a as
955 recomendações para a prevenção da Transmissão Vertical do HTLV- PCDT PTV: uso de preservativos
956 em todas as relações sexuais; oferta de redução de danos para pessoas que usam drogas injetáveis; e
957 contra-indicação à amamentação em mães vivendo com HTLV. Destacou que nos últimos anos o
958 DIAHV/SVS/MS tem apoiado em eventos científicos e da sociedade civil: viagens para congressos,
959 seminários e reuniões nacionais e internacionais; produção de mídia voltada para famílias e pessoas com
960 HTLV; e ações de prevenção. Além disso, publicações com informação voltada para população e pessoas
961 com HTLV. Também informou que será realizado encontro da OMS no primeiro semestre de 2019, no
962 Brasil, visando: aumentar a conscientização pública para pauta: renovar o interesse nas implicações da
963 epidemia do HTLV-1; e consolidar e ampliar a evidência: pesquisas em andamento pelas instituições;
964 compreender melhor implicações para saúde pública; e identificar grandes lacunas no conhecimento que
965 exigem mais pesquisa. Conselheiro **Nelson Mussolini** agradeceu os expositores e lamentou que o Brasil
966 não produza mais a matéria prima para penicilina – hifa e que os laboratórios públicos brasileiros não
967 produzam a penicilina. **Manifestações.** Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello** agradeceu
968 pelas exposições e solicitou maiores informações sobre o HTLV. Também falou sobre o trabalho de
969 prevenção do HIV, realizado com caminhoneiros em Ribeirão Preto e manifestou preocupação com
970 aumento de casos em idosos, dada a dificuldade de trabalhar. Conselheira **Carolina Abad** agradeceu por
971 ter pautado este tema e solicitou material para divulgar informação. Conselheira **Altamira Simões dos**
972 **Santos de Sousa** perguntou se há protocolo específico de gestão da unidade em relação a grávida com
973 HIV e sentiu falta de ações voltadas para mulheres. Conselheiro **Artur Custódio Moreira de Sousa**
974 saudou os expositores e sugeriu a aprovação de Recomendação do CNS aos CES para que pautem o
975 debate sobre sífilis, HTLV, HIV. Conselheira **Elaine Junger Pelaez**, neste ponto, destacou a importância
976 de financiamento das políticas, fortalecimento de ações de educação em saúde e frisou que é
977 fundamental debater este tema. Conselheira **Lenir Santos** destacou a importância do trabalho
978 desenvolvido por organizações da sociedade civil para o desenvolvimento de ações de prevenção e de
979 apoio às pessoas vivendo com HIV e outras patologias. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** saudou os
980 expositores e sugeriu a aprovação de moção de reconhecimento, homenagem e agradecimento ao
981 Professor Doutor Vicente Amato Neto, por seus relevantes e fundamentais serviços prestados para a
982 consolidação da saúde pública enquanto vasto campo para pesquisas epidemiológicas/clínicas e para o
983 avanço da saúde enquanto direito constitucional. Conselheira **Simone Maria Leite Batista** manifestou
984 preocupação com os altos índices de sífilis no Brasil e destacou a importância de ações para enfrentar

985 essa situação. Também sugeriu que o CNS recomende aos CES a composição de Comissões de
986 DST/AIDS, a fim de ampliar a discussão deste tema. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**,
987 Presidente do CNS, manifestou sua preocupação com o momento que se vive no país e destacou, por
988 exemplo, que o Supremo Tribunal Federal retirou da pauta o projeto sobre a criminalização da homofobia.
989 Conselheiro **Nelson Mussolini** lembrou que a reunião não estava sendo transmitida e o tema precisaria
990 retornar à pauta. **Retorno da mesa.** A diretora do DIAHV/SVS/MS, **Adele Schwartz Benzaken**, fez as
991 seguintes considerações acerca das falas do Pleno: é importante garantir a testagem onde é preciso; é
992 essencial estabelecer linha de cuidado para a sífilis; o incentivo continua sendo repassado e é preciso o
993 monitoramento da sociedade civil; é preciso garantir tratamento do HTLV para evitar transmissão vertical
994 e estabelecer diagnóstico antes da notificação; o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde apresenta
995 dados com recorte. A representante da Associação HTLVida, **Adijeane Oliveira de Jesus**, agradeceu a
996 oportunidade de tratar deste tema no CNS e solicitou aos conselheiros que divulguem as informações
997 sobre o HTLV nas suas bases. Também se colocou à disposição para debater o tema em outra
998 oportunidade. Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**, representando a ANAIDS, destacou a
999 importância deste debate e solicitou a atenção para doenças negligenciadas que ainda não tem PCDT. Na
1000 sequência, conselheiro **Nelson Augusto Mussolini**, da Mesa Diretora do CNS, passou aos
1001 encaminhamentos. **Deliberação: neste ponto, foram aprovadas as seguintes propostas: a) elaborar**
1002 **recomendação do CNS aos CES para que pautem o tema “combate das infecções sexualmente**
1003 **transmissíveis, do HIV/AIDS e do HTLV” e que estes conselhos repassem a recomendação de**
1004 **pauta aos Conselhos Municipais; b) aprovar o mérito de moção de reconhecimento, homenagem e**
1005 **agradecimento ao Professor Doutor Vicente Amato Neto por seus relevantes e fundamentais**
1006 **serviços prestados para a consolidação da saúde pública enquanto vasto campo para pesquisas**
1007 **epidemiológicas/clínicas e nomear a 312ª como “Vicente Amato Neto”(a minuta foi apreciada no**
1008 **item das comissões); e c) solicitar ao MS que encaminhe ao CNS o PCDT do HTLV, assim que**
1009 **estiver pronto, para que este Conselho elabore recomendação apoiando a causa das pessoas com**
1010 **HTLV. ITEM 6 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM -**
1011 *Apresentação:* conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**, Vice-Presidente do Centro Brasileiro de
1012 Estudos de Saúde – CEBES; e **Francisco Norberto Moreira da Silva**, Coordenador Nacional de Saúde
1013 do Homem - CNSH/DAPES/SAS/MS. *Coordenação:* conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa
1014 Diretora do CNS. O primeiro expositor foi o conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**, Vice-Presidente
1015 do CEBES, iniciou a sua fala salientando que é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do
1016 Homem precisa ser debatida de forma ampla e, no cenário de involução do pensamento preventivo,
1017 paradoxalmente, a saúde do homem vem crescendo. Todavia, ponderou que as políticas de atenção à
1018 saúde do homem, bem como outras ações importantes, serão prejudicadas com a EC nº. Emenda
1019 Constitucional Nº 95/2016. Nesses dez anos da **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do**
1020 **Homem** Saúde do Homem (população masculina adulta (20-59 anos), salientou que é preciso considerar
1021 os seguintes aspectos: acesso e acolhimento – considerar os serviços de saúde também como espaços
1022 masculinos e os homens como sujeitos; e saúde sexual e reprodutiva – sensibilizar gestores e
1023 profissionais para direitos. No que diz respeito à Política do SUS, pontuou os seguintes eixos: paternidade
1024 e cuidado – sensibilizar gestores e profissionais para envolvimento ativo na gestação e cuidados,
1025 fortalecendo vínculos entre parceiras(os) crianças e homens; doenças prevalentes na população
1026 masculina – fortalecer assistência básica com qualidade; e prevenção de violências e acidentes – atenção
1027 para espaços urbanos, de trabalho e convívio com a população em geral. Também salientou que é
1028 preciso enfrentar vulnerabilidades e determinantes sociais de saúde, incluindo raça/cor; etnia; orientação
1029 sexual; ambiente; condições sociais; trabalho; moradia; deficiência; e faixa etária. Além disso, considerar
1030 nesta pauta processos de trabalho e modo de vida, ações de prevenção para cuidado e autocuidado,
1031 direito de saber - mecanismos de informação e comunicação e acolhimento - formação para acolher e
1032 atender. Pontuou ainda como compromissos acerca da saúde do homem: [conhecimento] produzir e
1033 disseminar valorizando práticas e saberes; [participação] fortalecer articulação e participação social;
1034 [difusão] materiais informativos e educativos; [integração] articular agendas conjuntas transversais
1035 temáticas em saúde sexual e reprodutiva; linhas de cuidado integral; violências e acidentes; paternidade e
1036 cuidados; e vulnerabilidades e masculinidades. Por fim, salientou que é preciso enfrentar as “anti-
1037 políticas”: desresponsabilização de oferta de serviços aos trabalhadores pelo SUS (projeto de emenda
1038 Constitucional); obstáculos à participação social na vigilância em saúde – proibição de espaços e de
1039 notificação com investigação mediante suspeita; e negação de relações de agravamento e causalidade
1040 em doenças relacionadas com o trabalho – precário, informal, perigoso. O segundo expositor foi o
1041 Coordenador da CNSH/DAPES/SAS/MS, **Francisco Norberto Moreira da Silva**, que abordou a Política
1042 Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH, nos termos do Anexo XII da Portaria de
1043 Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 - (Origem: PRT MS/GM 1944/2009), que trata da
1044 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Iniciou com destaque à diretriz “promover
1045 ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina
1046 nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de

1047 desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e
1048 Municípios”. Também citou o objetivo de facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população
1049 masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos
1050 aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero, contribuindo de modo efetivo para a
1051 redução da morbimortalidade e a melhoria das condições de saúde. Contextualizando, explicou que a
1052 população total do Brasil é de 209,2 milhões de pessoas e a população masculina de 103,4 milhões
1053 (49.6%). A Política possui como população alvo homens de 20 a 59 anos, ou seja, 29,2 milhões que
1054 representa 14% do total e 28,2% da população masculina. Disse tratar-se de uma política transversal
1055 direcionada a todos os homens e uma similar existe apenas na Austrália e Irlanda. Apresentou dados de
1056 dados de morbimortalidade masculina: apesar do esforço, os homens vivem 7,1 anos a mais que
1057 mulheres; a cada três mortes de adultos, 2 são homens; a cada 5 pessoas que morrem entre 20 e 30 anos,
1058 4 são homens. Sobre morbidade, explicou que está relacionado a hábitos de vida: doenças do coração
1059 (infarto, AVC); doenças mentais e sofrimento psíquico; Cânceres (pulmonar, próstata, pele); colesterol
1060 elevado; e pressão alta. Seguindo, apontou linhas de ação da PNAISH: reconhecimento da diversidade;
1061 sensibilização e capacitação da equipe de saúde; desenvolvimento de campanhas; apoio de ações e
1062 atividades de promoção de saúde; articulação entre os diferentes níveis de atenção; e inclusão de
1063 homens como sujeitos nos programas de saúde. Destacou os eixos da PNAISH: doenças prevalentes na
1064 população masculina; acesso e acolhimento; prevenção de violência e acidentes; paternidade e cuidado;
1065 e saúde sexual e saúde reprodutiva. Detalhou que o eixo “acesso e acolhimento” visa sensibilizar os
1066 trabalhadores da saúde e os homens quanto à necessidade destes buscarem os serviços de atenção
1067 básica - e serem atendidos e cuidados com qualidade, evitando a procura pela assistência especializada
1068 quando alguma doença já estiver instalada, considerando as peculiaridades sociais, econômicas e
1069 culturais da população masculina. Por outro lado, destacou as barreiras socioculturais e institucionais a
1070 serem enfrentadas: estereótipos de gênero; o pensamento mágico; o papel de provedor; o papel de
1071 “cuidar”; medo de descobrir doenças; estratégias de comunicação não privilegiam os homens; horários de
1072 funcionamento inadequados; dificuldades de acesso; e não liberação do trabalho. Ainda na linha do
1073 acesso e acolhimento, destacou: Linha de Cuidado em Doenças Prostáticas; Documento Orientador sobre
1074 Linha de Cuidado Integral em Saúde do Homem Participativa com base em Itinerários Terapêuticos e
1075 Educação Popular; participação em Agendas estratégicas, como AcolheSUS, Grupo de Trabalho PSE,
1076 dentre outros; e Caderno de Atenção Básica de Saúde do Homem. Sobre a prevenção de violências e
1077 acidentes, destacou que visa orientar ações voltadas para a redução da morbimortalidade da população
1078 masculina por causas externas. Além disso, é feito trabalho contra a cultura do machismo e violência. Na
1079 linha da prevenção de violências e acidentes, destacou os seguintes documentos: Boletim Epidemiológico
1080 de Violência na população masculina; publicação com foco nos Autores de Violência na Saúde; Capítulo
1081 referente a Violências, Acidentes e Atenção à Saúde – CAB; Cartaz sobre Violência e Acidentes para a
1082 população (status - processo gráfico); e articulação com outras estratégias vigentes no MS e áreas afins
1083 (Comando de Saúde nas Rodovia, Grupos Técnicos, Comitê); Portaria nº 3.479/GM/MS, de 18 de
1084 dezembro de 2017, que institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de
1085 Prevenção do Suicídio no Brasil; curso de atenção a homens e mulheres em situação de violência por
1086 parceiros íntimos. Na linha da Paternidade e Cuidado na PNAISH, explicou que visa envolver ativamente
1087 o homem em todo o processo de planejamento reprodutivo, gestação, parto, puerpério e desenvolvimento
1088 infantil, proporcionando oportunidades para criação de vínculos mais fortes e saudáveis entre pai, mãe e
1089 filhos. Nas ações, destacou inclusão de informações do pai/parceiro na caderneta da gestante; realização
1090 da pesquisa nacional saúde do homem, paternidade e cuidado (4ª etapa); lançamento de materiais
1091 educativos (cartilhas, folder, vídeos). A respeito de saúde sexual e saúde reprodutiva, explicou que visa
1092 abordar as questões sobre a sexualidade masculina, nos campos psicológico, biológico e social, bem
1093 como respeitar o direito e a vontade do indivíduo de planejar, ou não, ter filhos. Acerca das ações, citou a
1094 realização do II Seminário Internacional de Saúde do Homem Tríplice Fronteira Brasil, Paraguai e
1095 Argentina - “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado”; Boletim
1096 Epidemiológico da Sífilis; Boletim Epidemiológico - Sífilis; e Boletim Epidemiológico – HIV/AIDS. No que
1097 se refere ao eixo “Doenças Prevalentes na População Masculina”, explicou que tem por objetivo a
1098 prevenção e promoção da saúde por meio de ações educativas, organização de serviços e capacitação
1099 dos trabalhadores em saúde para os fatores comportamentais de risco que afetam em maior proporção a
1100 população masculina. Nas ações, citou a publicação de material informativo, realização de campanhas –
1101 Novembro Azul; produção de materiais para mídias sociais. Seguindo, falou sobre a *revisão da Política de*
1102 *Atenção, pontuando as seguintes reflexões para revisão da PNAISH: algumas lacunas e necessidades de*
1103 *aperfeiçoamento identificadas, em especial no que se refere a promoção e prevenção da saúde, como*
1104 *cuidado e qualidade de vida; o Sistema Único de Saúde – SUS ampliou a atenção primária e implementou*
1105 *outras políticas de saúde; a mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, caracterizado*
1106 *pelo aumento progressivo da prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis, como*
1107 *diabetes, doenças coronarianas, entre outros; e o aumento da mortalidade por causas externas, entre as*
1108 *quais destacam-se acidentes, homicídios e suicídios em que o homem tem prevalência maior; a*

população masculina apresenta altos índices de morbimortalidade que representam problemas de saúde pública; e os dados epidemiológicos devem reportar uma análise relacional de gênero (masculino/feminino), identificando as vulnerabilidades sociais e culturais da população masculina, e evidenciando como impactam na saúde dos homens. Além disso, salientou que a política deve incluir os ciclos de vida – desde a infância até o envelhecimento, considerando a integralidade e fazendo o recorte das masculinidades e os determinantes sociais e de saúde devem reconhecer as vulnerabilidades socioculturais das masculinidades como: trabalho, ambiente, raça/etnia, orientação sexual, identidade de gênero, idade, deficiências, entre outros. Salientou ainda que as ações de promoção e prevenção da saúde devem ampliar o acesso aos serviços de saúde por parte dessa população buscando desenvolver estratégias de acolhimento que favoreçam os homens a se cuidarem. Nessa lógica, Para tanto, é necessário qualificar dos profissionais e gestores de saúde para o atendimento específico da população masculina e estimular e incentivar os gestores a desenvolverem ações e estratégias específicas, bem como buscar parcerias para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, inclusive com a possibilidade de recursos financeiros e metas específicas definidas nos planos municipais, estaduais e nacional de saúde. Por fim, mostrou como se dá o repasse de recurso para implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem: Portaria nº 3.209, de 18 de dezembro de 2009 – R\$ 75.000,00; Portaria nº 1.008, de 04 de maio de 2010 - R\$ 75.000,00; e Portaria nº 2.708, de 17 de novembro de 2011 - R\$ 75.000,00 para estados e DF e R\$ 55.000,00 a 52 municípios. Acrescentou que o último repasse foi feito em 2011 e está sendo feito levantamento sobre o que foi feito com esses recursos (em alguns locais, recurso está parado). Aberta a palavra ao Pleno, foram pontuadas as seguintes questões: é preciso garantir a participação do CNS no processo de revisão da – PNAISH; é necessário ampliar o debate deste tema aprofundando o debate sobre ações concretas para prevenção da violência e enfretamento da cultura do machismo na sociedade; as ações de saúde devem priorizar a prevenção e a promoção do cuidado; no processo de revisão da Política, é preciso enfrentar o desafio de pensar saúde do homem, cultura do machismo, violência e saúde mental, pois a misoginia e o sexicismo matam; e diante da desestruturação da atenção básica, é preciso definir ações para evitar impacto negativo nas ações de saúde. **Retorno da mesa.** O Coordenador da CNSH/DAPES/SAS/MS, **Francisco Norberto Moreira da Silva**, comentou as intervenções destacando que: ao trabalhar o tema violência, será feito, primeiro, o levantamento de dados; a CNSH realiza trabalho conjunto com a área de saúde da mulher, inclusive por conta do aumento do feminicídio; na linha da prevenção e promoção do cuidado, é preciso empoderar os homens para o autocuidado, o que demanda ações educativas; o envolvimento da família é essencial pois os pais devem ter o compromisso de ensinar as crianças a cuidar do corpo; a CNSH/DAPES também trabalha em articulação com a área de saúde do trabalhador para definição de ações; importância do cuidado em saúde do homem voltado à educação popular; é preciso enfrentar o desafio da cultura da masculinidade; na revisão da Política, será contemplada a questão da saúde mental. Conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**, Vice-Presidente do CEBES, destacou a importância de debater este tema na 16ª Conferência, lembrando que a proposta de saúde do homem é uma iniciativa proposta libertária. Concluídas as falas dos expositores, foi aberta a palavra para encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno decidiu: enviar a apresentação do Coordenador Nacional de Saúde do Homem - CNSH/DAPES/SAS/MS aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde solicitando que o tema seja debatido de forma transversal; e estabelecer estratégia para garantir a participação do CNS, por meio da Comissão de Ciclos de Vida, no processo de revisão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. ITEM 7 – 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA – Apresentação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; conselheiro **Rildo Mendes**, da Mesa Diretora do CNS. **Coordenação:** conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. **6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA –** Conselheiro **Rildo Mendes** atualizou o CNS sobre a realização das etapas distritais da 6ª CNSI, destacando a mudança da data da conferência de Atalaia do Norte para os dias 29 e 30 de dezembro de 2018. Não houve deliberação. **16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE –** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que neste ponto o Pleno deveria apreciar os documentos essenciais para subsidiar as etapas municipais da 16ª Conferência, que se iniciam em janeiro de 2019: Documento Orientador, Diretrizes Metodológicas e Regulamento. Inclusive, informou que a comissão organizadora da 16ª Conferência reuniu-se no dia anterior para ajustes finais nesses documentos. Primeiro, falou sobre o Regulamento, explicando que a minuta foi submetida à consulta pública e a comissão organizadora incorporou algumas das sugestões apresentadas. Dito isso, a assessora técnica do CNS, **Maria Eugênia Cury**, apresentou as modificações feitas na minuta de Regulamento: Art. 24, Inciso I: inclusão da palavra “diretrizes”, permanecendo o texto: “I - serão consideradas aprovadas as *diretrizes* e propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais de votos favoráveis em pelo menos metade mais um (1) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático, compondo o Relatório Final da 16ª CNS (=8ª+8). Art. 24, inciso II: inclusão de “as diretrizes”, permanecendo o texto: “II - as *diretrizes* e propostas que obtiverem mais de 50% (cinquenta por cento) e menos de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo menos metade mais um (1) dos Grupos

1171 de Trabalho de cada Eixo Temático, serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária
1172 Deliberativa”. Art. 24, inciso III – excluir o trecho: “50% (cinquenta por cento) 70% (setenta por cento) e
1173 menos de” e incluir “70% (setenta por cento)”; substituir “4 Grupos de Trabalho” por “5 Grupos de
1174 Trabalho”; e exclusão do trecho “e obtiver em pelo menos 1 (um) Grupo de Trabalho 70% (setenta por
1175 cento) ou mais de votos favoráveis”, permanecendo o texto da seguinte forma: III – as diretrizes e
1176 propostas que obtiverem mais de 70% (*setenta por cento*) de votos favoráveis em pelo menos 5 (*cinco*)
1177 (ao invés de “4 (dois)”) Grupos de Trabalho serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária
1178 Deliberativa. Art. 24, inciso IV: exclusão do item, a saber: IV – as propostas que obtiverem mais de 50%
1179 (cinquenta por cento) e menos de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo menos 3 (três)
1180 Grupos de Trabalho e obtiver em pelo menos 2 (dois) Grupos de Trabalho 70% (setenta por cento) ou
1181 mais de votos favoráveis serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Deliberativa. Art. 25
1182 – inclusão de “até três minutos” no lugar de “dois minutos”, permanecendo o texto: “Art. 25 A Mesa
1183 Coordenadora do Grupo de Trabalho avaliará e poderá assegurar às Delegadas e aos Delegados uma
1184 intervenção pelo tempo improrrogável *de até 3 (três) minutos, nas seguintes situações*”: (...). Concluída
1185 apresentação, o Presidente do CNS colocou em apreciação a minuta de Regulamento com as
1186 modificações. **Deliberação: não havendo manifestações contrárias, o Regulamento da 16ª CNS foi**
1187 **aprovado, por unanimidade.** Definido esse ponto, passou à apresentação das diretrizes metodológicas,
1188 destacando as modificações feitas: “2 - As atividades preparatórias não têm caráter deliberativo e deve
1189 anteceder as etapas Municipal, Estadual/Distrito Federal e Nacional. 2.1 - As atividades preparatórias da
1190 Etapa Municipal devem ser organizadas com vistas a potencializar a participação popular nos debates dos
1191 eixos da Conferência e ampliar as vozes e representações sociais em torno da defesa da consolidação do
1192 SUS e do seu financiamento adequado e suficiente, *podendo as mesmas serem organizadas pelos*
1193 *conselhos de saúde, ou pelas instituições, entidades ou movimentos sociais.* 2.3 - As atividades
1194 preparatórias da Etapa Estadual e do Distrito Federal devem ser organizadas, em articulação regional ou
1195 com municípios específicos do estado, com vistas a potencializar a participação popular nos debates dos
1196 eixos da Conferência e ampliar as vozes e representações sociais em torno da defesa da consolidação do
1197 SUS e do seu financiamento adequado e suficiente, *podendo as mesmas serem organizadas pelos*
1198 *conselhos de saúde, ou pelas instituições, entidades ou movimentos sociais.* **III – DA PARTICIPAÇÃO.** 4
1199 – Em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) será assegurada acessibilidade
1200 plena, considerando aspectos arquitetônicos, atitudinais, programáticos e comunicacionais, de acordo
1201 com (exclusão do trecho: “o Manual de Acessibilidade para a 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8),
1202 recomendado pela Comissão Intersectorial de Atenção a Saúde das Pessoas com Deficiência
1203 (CIASPD/CNS)”, e inclusão “a legislação vigente, tais como”, a Lei nº 10.098/2000, o Decreto nº
1204 5.296/2004 e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, promulgada pelo
1205 Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. **V – DA ELEIÇÃO DA DELEGAÇÃO ESTADUAL E DO**
1206 **DISTRITO FEDERAL PELA VIA HORIZONTAL.** Inclusão do item 4 nos seguintes termos: “4 - Cabe ao
1207 Conselho Estadual e do Distrito Federal definir em instrumento normativo os prazos e os documentos
1208 necessários para viabilizar as inscrições dos candidatos/as a eleição pela via horizontal”. **V –**
1209 **DIRETRIZES PARA A ETAPA MUNICIPAL.** 3 – A Etapa Municipal deverá ser antecedida por atividades
1210 preparatórias, não deliberativas, compreendidas como: Conferências livres, Debates, Encontros e
1211 Plenárias para promover a participação nesta etapa, *“podendo as mesmas serem organizadas pelos*
1212 *conselhos de saúde, ou pelas instituições, entidades ou movimentos sociais.”* **VI – DIRETRIZES PARA A**
1213 **ETAPA ESTADUAL E DO DISTRITO FEDERAL.** 2 – A Etapa Estadual, e do Distrito Federal, deverá ser
1214 antecedida por atividades preparatórias, não deliberativas, compreendidas como: Conferências livres,
1215 Debates, Encontros e Plenárias para promover a participação nesta etapa, *podendo as mesmas serem*
1216 *organizadas pelos conselhos de saúde, ou pelas instituições, entidades ou movimentos sociais.* 8.1 – O
1217 Relatório Final a que se refere o item 8 deve conter uma (01) Diretriz “referente ao Tema Central”; uma
1218 (01) Diretriz para cada um dos três (03) eixos temáticos e até cinco (05) Propostas por Diretriz, aprovadas
1219 na Plenária Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal. **VII – DIRETRIZES PARA A ETAPA**
1220 **NACIONAL.** 1 – A Etapa Nacional deverá ser antecedida por atividades preparatórias, não deliberativas,
1221 compreendidas como: Conferências livres, Debates, Encontros e Plenárias para promover a participação
1222 nesta etapa, *podendo as mesmas serem organizadas pelos conselhos de saúde, ou pelas instituições,*
1223 *entidades ou movimentos sociais.* **III – Redação original:** III – as diretrizes e propostas que obtiverem
1224 mais de 50% (cinquenta por cento) e menos de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo
1225 menos 4 (dois) Grupos de Trabalho e obtiver em pelo menos 1 (um) Grupo de Trabalho 70% (setenta por
1226 cento) ou mais de votos favoráveis serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária
1227 Deliberativa. Nova redação: III – as diretrizes e propostas que obtiverem mais de 70% (*setenta por cento*)
1228 de votos favoráveis em pelo menos 5 (*cinco*) Grupos de Trabalho serão encaminhadas para apreciação e
1229 votação na Plenária Deliberativa. Exclusão do item IV: “IV – as diretrizes e propostas que obtiverem mais
1230 de 50% (cinquenta por cento) e menos de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo menos 3
1231 (três) Grupos de Trabalho e obtiver em pelo menos 2 (dois) Grupos de Trabalho 70% (setenta por cento)
1232 ou mais de votos favoráveis serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Deliberativa”.

1233 Aberta a palavra ao Pleno, foi sugerido incluir no item III: normas técnicas. **Deliberação: aprovadas as**
1234 **adequações feitas nas diretrizes metodológicas da 16ª CNS.** Seguindo, o Presidente do CNS falou
1235 sobre o Documento Orientador da 16ª Conferência, explicando que a versão final incorporou os ajustes
1236 feitos na reunião da comissão organizadora realizada no dia anterior. Acrescentou que vários documentos
1237 serão incluídos no Documento como anexos para subsidiar o debate. Feitos esses esclarecimentos,
1238 conselheira **Maria Eugenia Cury** passou à apresentação das modificações feitas no texto do Documento
1239 Orientador da 16ª Conferência (alterações destacadas em itálico): “O documento aborda as questões
1240 relacionadas ao tema central e aos eixos temáticos definidos para a 16ª CNS (=8ª+8) a partir do acúmulo
1241 do que foi produzido no âmbito do CNS nos últimos anos e da consulta a documentos oficiais e produções
1242 acadêmicas relacionadas. *Ao final do texto relacionados a cada um dos temas, estão sugeridas duas*
1243 ***Perguntas Estimuladoras para o Debate.***”; “Também, o Conselho Nacional de Saúde promoveu as
1244 seguintes atividades temáticas, que foram coordenadas pelas suas Comissões Intersetoriais: Simpósio
1245 Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência *Farmacêutica*; 1ª Conferência Nacional Livre de Juventude
1246 e Saúde; 1º Seminário de Saúde Mental; 2º Seminário Nacional de Saúde das Mulheres; Seminário
1247 Nacional da Pessoa com Deficiência “Garantia da Assistência Integrada”, Oficinas sobre o financiamento
1248 em parceria com a CGU; 5º *Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa (ENCEP).*”; “*Os*
1249 *resultados e produtos destas atividades, e outros documentos que venham a ser produzidos com o*
1250 *objetivo de aprofundar ou apresentar recortes em relação aos temas da conferência ficarão disponíveis na*
1251 *página eletrônica da 16ª CNS (=8ª+8) (conselho.saude.gov.br/16cns/) para contribuir com os debates e na*
1252 *formulação de diretrizes e propostas para a Etapa Nacional da conferência.* (parágrafo incluído)”;
1253 “Também, o Conselho Nacional de Saúde promoveu as seguintes atividades temáticas, que foram
1254 coordenadas pelas suas Comissões Intersetoriais: Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e
1255 Assistência *Farmacêutica*; 1ª Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde; 1º Seminário de Saúde
1256 Mental; 2º Seminário Nacional de Saúde das Mulheres; Seminário Nacional da Pessoa com Deficiência
1257 “Garantia da Assistência Integrada”, Oficinas sobre o financiamento em parceria com a CGU; 5º *Encontro*
1258 *Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa (ENCEP).*”; “*Os resultados e produtos destas atividades, e*
1259 *outros documentos que venham a ser produzidos com o objetivo de aprofundar ou apresentar recortes em*
1260 *relação aos temas da conferência ficarão disponíveis na página eletrônica da 16ª CNS (=8ª+8)*
1261 *(conselho.saude.gov.br/16cns/) para contribuir com os debates e na formulação de diretrizes e propostas*
1262 *para a Etapa Nacional da conferência.*”; “O desafio atual é conseguir a contribuição de cada usuário,
1263 profissional de saúde, gestor e prestador, para que a gestão participativa, vestida da bandeira da
1264 Democracia e Saúde, possa ser uma poderosa guardiã da *Constituição Federal na defesa do Direito*
1265 *Humano Fundamental à Saúde.*”; “*Defender o SUS significa defender ações e serviços de saúde para a*
1266 *totalidade da população brasileira, sendo que para mais de 75% desta população o SUS é a única opção*
1267 *de assistência à saúde, (acesso às ações e serviços de saúde para mais 155 milhões de brasileiros –*
1268 *exclusão) e defender conquistas que são exemplos para o mundo.*”; “As consequências dessas disputas
1269 podem ser o avanço civilizacional ou uma tragédia humanitária, pois seus desdobramentos impactam
1270 diretamente em vidas humanas. A escolha é: Todos têm Direito à Vida? Alguns podem ser elimináveis? O
1271 conhecimento humano, a ciência e a tecnologia impactarão nas relações de produção da vida; no avanço
1272 ou na tragédia, no local e no global. É possível ver o espectro da morte cobrir vastos territórios pelo
1273 mundo, *como tem sido divulgado nos diversos meios de comunicação nacional e internacional: são as*
1274 *gaiolas com crianças na fronteira dos Estados Unidos; são os novos navios negreiros no Mediterrâneo; é*
1275 *a xenofobia e a intolerância ganhando força no Brasil e no mundo; é a violência como solução de*
1276 *conflitos; é uma brutal e cruel concentração de riqueza no mundo, diante disso, a defesa da vida passa a*
1277 *ter um caráter civilizatório na contemporaneidade.*”; “*Objetivamente, (A resultante destas – exclusão)*
1278 *essas disputas travadas (enquanto vivíamos – exclusão) num amplo processo de construção do Estado*
1279 *Democrático de Direito (foi positiva – exclusão) proporcionam avanços e conquistas, como os que*
1280 *experimentamos nas três últimas décadas e resultam em aprimoramento e fortalecimento do SUS.*
1281 *Contudo, diante das ameaças a direitos, da redução de investimentos, da retração das políticas públicas*
1282 *sociais, tanto o processo de construção do SUS está em xeque quanto a própria consolidação da*
1283 *democracia. (Basta comparar, por meio dos indicadores básicos de saúde, o que tínhamos no início dos*
1284 *anos 90 e o que temos hoje, em relação às ações e serviços públicos de saúde.*”; - exclusão) **Democracia**
1285 **Representativa os cidadãos devem escolher representantes políticos através de eleições. Assim,**
1286 **os indivíduos eleitos passam a ser responsáveis por representar, em tese, os interesses do povo**
1287 **na tomada das decisões de âmbito público; Democracia Participativa Direta os cidadãos debatem e**
1288 **votam diretamente sobre as principais questões de seu interesse, sem a necessidade de haver**
1289 **intermediários. A população tem o direito de participar diretamente das tomadas de decisões;**
1290 “Para esses segmentos de população, nas cidades e no campo, a assistência *centrada nas doenças* era
1291 feita em serviços filantrópicos, quando disponíveis, ou com o pagamento dos serviços. Ou seja, *essa*
1292 *assistência*, que vulnerabilizavam as pessoas, gerava ainda mais vulnerabilidade, com maior afastamento
1293 ao trabalho e fragilização econômica. Pertence ao registro da história da saúde no Brasil, principalmente
1294 em populações do campo e das periferias urbanas, a necessidade de venda de patrimônio pessoal e

1295 familiar, inclusive aquele que garantia o sustento, para acessar meios de tratamento das doenças.”;

1296 “Quais obstáculos/dificuldades são percebidos no *seu* território para que as pessoas tenham o direito à

1297 saúde? (*A condição – exclusão*)–*Os condicionantes da saúde (trabalho, educação, transporte, ...)* (de

1298 saúde – *exclusão*) *estão acessíveis* a todas as pessoas? As especificidades de cada pessoa são

1299 respeitadas? As condições e fatores que expõe as pessoas a condições de vulnerabilidade são

1300 reconhecidas?”; “Como tem sido *a sua participação e do seu grupo social (a atuação do controle social -*

1301 *exclusão)* na garantia do direito a saúde no território?”; “Neste modelo, a gestão estratégica e participativa

1302 do SUS está fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios,

1303 cabendo às três esferas de governo, de maneira conjunta, *operar e executar as ações e serviços de*

1304 *saúde*; definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde; monitorar o nível de saúde da

1305 população e seus indicadores”; “Considerando os complexos fenômenos econômicos, ambientais, sociais,

1306 *culturais* e biológicos”; “Nestes anos de implementação, a ESF alcançou melhoria de indicadores da

1307 cobertura vacinal, redução da desnutrição, da morbimortalidade infantil e da mortalidade materna,

1308 melhoria do acesso a serviços odontológicos, redução das internações desnecessárias, *acesso às*

1309 *Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Educação Popular em Saúde*, redução do

1310 número de mortes por causas evitáveis, ampliação do acesso a medicamentos pelo Programa Farmácia

1311 Popular, entre outros.”; Perguntas estimuladoras para o debate – “*Que (alterações seriam necessárias –*

1312 *exclusão)*–*práticas, saberes e tecnologias devem ser incorporadas* nos modelos de atenção no território

1313 para que as ações do SUS (*atingam os resultados positivos – exclusão*) *produzam melhorias* na saúde das

1314 pessoas? Quais são os grandes desafios para a gestão estratégica e participativa do SUS (no século

1315 XXI? – *exclusão*) *Nos próximos anos?*”; “Apesar de estar previsto em lei, tanto na Constituição Federal

1316 como na Lei Orgânica da Saúde que preveem fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em

1317 saúde e a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo, o financiamento do SUS

1318 tem sido instável e insuficiente, caracterizando (*aquilo que entendemos ser um verdadeiro – exclusão*) o

1319 *real* subfinanciamento do SUS, desde a sua criação.”; “Vale ressaltar que, ao mesmo tempo em que o

1320 financiamento da saúde pública é precarizado, as sucessivas renúncias fiscais e subvenções de dinheiro

1321 público, *inclusive (...)*”; PLC 1/2003 – União: Aplicação de, no mínimo, 10% das Receitas Correntes

1322 Brutas; Estados e DF: Aplicação de, no mínimo 12% das Receitas de Impostos e de transferências

1323 constitucionais; e Municípios e DF: Aplicação de, no mínimo, 15% das Receitas de Impostos e de

1324 transferências constitucionais; “Quais são as principais consequências (*da falta de – exclusão*) do

1325 *financiamento insuficiente (que são percebidas no – exclusão)* do sistema público de saúde na realidade

1326 local, regional e nacional?”; “Quais são as principais ações possíveis para a superação do

1327 subfinanciamento da saúde?”. Concluída a apresentação, não houve acréscimo à proposta. Sendo assim,

1328 a mesa colocou o Documento em votação. **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o Documento**

1329 **Orientador da 16ª Conferência.** Seguindo, o Presidente do CNS apresentou a proposta da Mesa Diretora

1330 do CNS de incorporar a XI Biental da UNE, que ocorrerá em fevereiro de 2019, em Salvador, às atividades

1331 de mobilização para o processo preparatório da 16ª Conferência. **Deliberação: aprovada, por**

1332 **unanimidade, a proposta de incorporar a XI Biental da UNE às atividades de mobilização para o**

1333 **processo preparatório da 16ª Conferência.** Concluída a apreciação dos documentos, conselheiro

1334 **André Luiz de Oliveira** cumprimentou a assessora técnica **Maria Eugênia** pelo trabalho de finalização

1335 desses três documentos essenciais para a 16ª Conferência. O Presidente do CNS também registrou a sua

1336 admiração ao trabalho da assessora **Maria Eugênia**. Conselheira **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**

1337 interveio para registrar o seu protesto à proposta do novo governo eleito de transformar a SEPPIR em um

1338 departamento dentro da Secretaria da Cidadania/Secretaria Especial dos Direitos Humanos. O Presidente

1339 do CNS sugeriu a aprovação de moção de repúdio do CNS a essa medida e o chamamento da sociedade,

1340 durante a 16ª Conferência, para combater o racismo. Finalizado este ponto, a mesa fez um intervalo para

1341 o lanche. Retomando, a mesa foi composta para o item 8 da pauta. **ITEM 8 – COMISSÕES E**

1342 **ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Câmaras Técnicas. Processo Eleitoral do CNS. Grupos de**

1343 **Trabalho - Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e

1344 conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS, **1) Recomendação ad**

1345 **referendum.** O texto é o seguinte: “Recomendação nº 055, de 26 de novembro de 2018. O Presidente do

1346 Conselho Nacional de Saúde CNS, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas

1347 pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº

1348 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo

1349 Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República

1350 Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando o teor da Portaria nº

1351 3.659, de 14 de novembro de 2018 do Ministério da Saúde, que suspende o repasse do recurso financeiro

1352 destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Serviços

1353 Residenciais Terapêuticos (STR), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em

1354 Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de

1355 procedimentos nos sistemas de informações do SUS; considerando que a RAPS estabelece os pontos de

1356 atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de

1357 crack, álcool e outras drogas e que, portanto, a suspensão imediata do repasse da verba de custeio aos
1358 seus serviços provoca abrupto impacto, sem precedentes, na manutenção e continuidade do cuidado,
1359 uma vez que inviabiliza ou até mesmo encerra os serviços, desassistindo os (as) usuários(as) e seus
1360 familiares; considerando que a suspensão do repasse do recurso financeiro para a destinação acima
1361 destacada no preâmbulo decorre, nos termos da Portaria nº 3.659, de 2018, de irregularidade do registro
1362 da produção dos sistemas de informação em saúde na alimentação dos bancos de dados, conforme
1363 preconizam o Capítulo II, da Seção VIII, da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de
1364 2017 e a Portaria nº 3.992/GM/MS, de 28 de dezembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a
1365 transferência dos recursos federais para as ações e serviços públicos de saúde do Sistema Único de
1366 Saúde SUS; considerando que o restabelecimento do repasse do incentivo financeiro está condicionado à
1367 regularização do registro de produção dos sistemas de informação em saúde dos estabelecimentos da
1368 Rede de Atenção Psicossocial e que tais procedimentos são de responsabilidade exclusiva dos (as)
1369 gestores(as) municipais e estaduais, não cabendo, portanto, quaisquer medidas que prejudiquem os (as)
1370 usuários (as) dos serviços que não podem, jamais, serem responsabilizados(as) por tais atos ou
1371 omissões; e considerando que o critério para o restabelecimento desse repasse do incentivo financeiro
1372 repercute em dano irreversível aos serviços de RAPS e, por consequência, a saúde mental da população
1373 assistida. *Recomenda ad referendum* do Pleno: 1) Ao Ministério da Saúde a suspensão da Portaria nº
1374 3.652, de 2018, que ao repercutir, de imediato, na descontinuidade dos serviços de RAPS, desassistindo
1375 os (as) usuários (as) desses serviços, demonstra, em seu teor, falta de comprometimento com a política
1376 pública e, sobretudo, com os direitos humanos até que se possa melhor opinar acerca de suas condições
1377 e legalidades das instituições envolvidas; e 2) À Defensoria Pública da União que proceda às providências
1378 cabíveis para que sejam cessados os efeitos da referida Portaria até a apuração efetiva dos reais motivos,
1379 bem como sejam responsabilizadas as devidas instâncias de gestão, sem que haja qualquer prejuízo na
1380 garantia de assistência aos (as) usuários (as). **Deliberação: aprovada a recomendação com um voto**
1381 **contrário. 2) Recomendação ad referendum nº 054, de 26 de novembro de 2018.** O texto é o
1382 seguinte: “O Presidente do Conselho Nacional de Saúde CNS, no uso de suas competências regimentais
1383 e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
1384 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13
1385 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da
1386 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e
1387 considerando que tramita na Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina (ALESC) o Projeto de
1388 Lei nº 253, de 2018, que institui o Código de Vigilância Sanitária do Estado e estabelece outras
1389 providências; considerando que o inciso II do Art. 12 do Projeto de Lei nº 253/2018 veta aos
1390 representantes de associações ou conselhos de classe a atuação como autoridade de vigilância sanitária;
1391 considerando que em sua 8ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 22 e 23 de novembro de 2018,
1392 Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde (CIVS), ao tomar conhecimento da tramitação do Projeto
1393 de Lei nº 253/2018 – ALESC, considerou que o inciso II do Art. 12, além de confrontar a Constituição da
1394 República Federativa do Brasil, não atende ao que se considera essencial para a implementação da
1395 Política Nacional de Vigilância em Saúde; considerando que tal proposta afronta ao disposto nos incisos
1396 XII e XIII do Art. 5º e no Art. 8º da Constituição da República Federativa do Brasil que asseguram a plena
1397 liberdade de associação para fins lícitos e vedam a interferência estatal para o seu funcionamento, bem
1398 como expressamente advertem que é livre a associação profissional ou sindical; considerando que a
1399 legislação em vigor apenas estabelece e autoriza restrições para o exercício profissional apenas e
1400 somente nos casos em que houver conflito de interesses privados com a atividade profissional
1401 desenvolvida; considerando o papel do Conselho Nacional de Saúde, por meio da sua CIVS, de
1402 acompanhar a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde definida por este órgão do
1403 controle social a partir das deliberações da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde;
1404 considerando a definição da Vigilância Sanitária como um conjunto de ações capazes de eliminar,
1405 diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da
1406 produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde, e colocar este campo
1407 de saberes, processos e práticas articulado com as demais vigilâncias (epidemiológica, saúde ambiental e
1408 em saúde do trabalhador); considerando que a Política Nacional de Vigilância em Saúde ao destacar as
1409 atividades de análise e intervenção em riscos aos quais a sociedade está sujeita aponta para a
1410 essencialidade do trabalho da vigilância sanitária, não havendo, portanto, conflito de interesse no
1411 cumprimento das atividades dos integrantes da autoridade sanitária com o fato de serem representantes
1412 de associações ou conselhos de classe. *Recomenda ad referendum* do Pleno: que a Assembleia
1413 Legislativa de Santa Catarina suprima o inciso II do Art. 12º do Projeto de Lei nº 253/2018. **Deliberação: a**
1414 **Recomendação ad referendum foi aprovada com uma abstenção. 3) Recomendação elaborada pela**
1415 **Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CISTT.** O texto é o seguinte:
1416 “Recomendação nº 000, de 13 de dezembro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde CNS,
1417 em sua Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de dezembro de
1418 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de

1419 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13
1420 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da
1421 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando
1422 a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988) que, em seu Art. 196, determina que
1423 a promoção da saúde, bem como sua proteção e recuperação deve ser garantida pelo Estado, mediante
1424 políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso
1425 universal e igualitário às ações e serviços de saúde; considerando o Art. 197 da Constituição Federal de
1426 1988, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde SUS;
1427 considerando a Lei nº 13.103, de 02 de março de 2015 (Lei do Motorista), que dispõe sobre o exercício da
1428 profissão de motoristas e tornou obrigatória a realização de exames toxicológicos de “larga janela de
1429 detecção”; considerando as normas do Código de Trânsito Brasileiro que regem os processos de
1430 obtenção e renovação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), Resolução nº 691, 27 de setembro de
1431 2017; considerando a Consolidação das Leis Trabalhistas, no que tange à admissão e demissão de
1432 motoristas, conforme previsto na Portaria 116/2015; considerando a Nota Técnica do Ministério da
1433 Saúde, de 08 de novembro de 2013 por meio da qual “o Ministério da Saúde não recomenda a adoção da
1434 obrigatoriedade da realização de exame de larga janela de detecção no ato da habilitação ou renovação
1435 da Carteira Nacional de Habilitação, como apontado na Nota Técnica 32/CGIE/Denatran”; considerando a
1436 Resolução do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) nº 691, de 27 de setembro de 2017, determina
1437 em seu Art.11, §1º que “a coleta deverá ser realizada pelo credenciado junto ao DENATRAN ou por Posto
1438 de Coleta Laboratorial (PCL), formalmente contratado pelo laboratório credenciado pelo DENATRAN,
1439 desde que possua registro no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) específico para
1440 esta atividade e alvará de funcionamento concedido pela autoridade de vigilância sanitária competente”;
1441 considerando os inúmeros questionamentos sem resposta acerca das fragilidades ou inexistência de
1442 evidências científicas quanto à eficácia do atual modelo de exame “de larga janela”, suas metodologias e
1443 tipos de amostra; considerando que tanto as manifestações do Ministério da Saúde, quanto do Conselho
1444 Nacional de Saúde não são contra a adoção de exames de verificação toxicológica, mas aos modos como
1445 estes estão sendo exigidos; considerando que o Projeto de Lei 6187/2016, em tramitação na Comissão de
1446 Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara dos Deputados, propõe estender a
1447 obrigatoriedade para todos os candidatos à primeira habilitação, bem como lhes transferir os custos desse
1448 procedimento; considerando a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 5322/2015, ajuizada pela
1449 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Transportes Terrestres (CNTTT), com pedido de liminar,
1450 para questionar a Lei nº 13.103/2015, que regulamenta o exercício da profissão de motorista profissional
1451 nas atividades de transporte rodoviário de cargas e passageiros; considerando os debates havidos no
1452 Pleno do CNS, em sua 310ª Reunião Ordinária, ocorrida nos dias 10 e 11 de outubro de 2018, no item 3
1453 “exame toxicológico no trânsito e a sua repercussão na saúde do trabalhador e da trabalhadora”; e
1454 considerando a Resolução CNS nº 585, de 10 de maio de 2018, que reafirmou o papel estratégico da
1455 agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável e como promotora de equidade, contribuindo para que o
1456 Brasil tenha, novamente, papel destacado em virtude de suas ações para o cumprimento das metas e
1457 reforçou que o controle social é o instrumento fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de
1458 Desenvolvimento Sustentável. Recomenda: ao Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) e ao
1459 Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN): 1) Que suspendam administrativamente, em atenção à
1460 legislação referida nesta recomendação, a obrigatoriedade do exame toxicológico “de larga janela”, até
1461 que se obtenha evidências científicas mais concretas; 2) Que o debate em torno dessa matéria seja
1462 ampliado com toda a sociedade, por meio da realização de seminários, audiências públicas, com
1463 participação de todas as instituições e segmentos envolvidos; e 3) Que seja proposto Projeto de Lei
1464 substitutivo ao PL nº 6187/2016 contendo proposição de revogação do exame nos termos dispostos na
1465 Lei nº 13.103, de 2 de março de 2015. Aberta a palavra ao Pleno, foram apresentadas as seguintes
1466 contribuições: na primeira recomendação, incluir evidências científicas concretas para sua validação; e
1467 CONTRAN e DENATRAN devem trabalhar juntos para proposição de PL. **Deliberação: a recomendação
1468 foi aprovada com alteração e uma abstenção. 4) Moção de Apoio nº 000, de 13 de dezembro de
1469 2018.** O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde CNS, em sua Trecentésima
1470 Décima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de dezembro de 2018, em Brasília, no
1471 uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28
1472 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de
1473 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de
1474 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988 prevê, em seu
1475 Art. 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e
1476 econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e
1477 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”; considerando que cerca de
1478 40 mil pessoas foram atendidas no Sistema Único de Saúde SUS após serem expostas a agrotóxicos nos
1479 últimos dez anos, segundo um levantamento inédito feito com base nos dados do Ministério da Saúde;
1480 considerando que desse total, 26 mil pacientes tiveram intoxicação confirmada por médicos, com sinais

1481 clínicos como náuseas, diarreias ou problemas respiratórios, ou mesmo alterações bioquímicas no sangue
1482 e urina detectadas por exames laboratoriais; considerando que o levantamento foi feito com base em
1483 registros de 2007 a 2017 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da
1484 Saúde, e que os dados revelam também Recém Nascidos com mal formação congênita e uma grande
1485 quantidade de tentativas de suicídio por agrotóxicos e milhares de envenenamentos no ambiente de
1486 trabalho; considerando que os casos de envenenamentos acidentais em ambiente de trabalho com uso de
1487 agrotóxicos podem provocar sequelas após o tratamento e mortes por intoxicação; considerando que os
1488 trabalhadores rurais são especialmente vulneráveis às intoxicações não apenas porque lidam diretamente
1489 com os agrotóxicos, mas também porque as intoxicações crônicas – que ocorrem após anos de exposição
1490 às substâncias – dificilmente são percebidas pelo sistema de saúde; considerando que os agravos
1491 relacionados a intoxicação de trabalhadores e trabalhadoras por produtos químicos nocivos à saúde
1492 humana, dentre eles os agrotóxicos, são de difícil comprovação por apresentarem efeitos cumulativos, e
1493 portanto, demoram a apresentarem manifestações e sintomas, o que prejudica de serem reclamados na
1494 justiça; considerando que a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ªCNSMu) indicou a
1495 necessidade de fiscalização quanto ao uso de agrotóxicos e outras substâncias químicas nocivas à saúde
1496 humana; considerando que a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) aprovou a
1497 necessidade de fortalecer e articular intra e intersetorialmente o sistema de vigilância em saúde
1498 envolvendo os diversos setores da saúde, da agricultura, do trabalho, do meio ambiente e do Ministério
1499 Público para abordar o uso indiscriminado de agrotóxicos assegurando sanções penais aos infratores;
1500 considerando que o CNS, no cumprimento de suas funções relativas ao direito à saúde da população
1501 brasileira e da defesa do SUS, já se posicionou sistematicamente de forma contrária a medidas que
1502 resultem no aumento da exposição das populações aos agrotóxicos por meio das recomendações nº 003,
1503 de 15/06/16, nº 008 de 16/09/16, nº 541 de 17/02/17 e nº 579 de 22/02/18; considerando que este
1504 documento deriva da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Conselho
1505 Nacional de Saúde (CISTT/CNS), que aprovou o seu inteiro teor para indicação e encaminhamentos
1506 necessários, por meio do plenário do 9º Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do
1507 Trabalhador e da Trabalhadora; e considerando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da
1508 Organização das Nações Unidas (ONU), em especial o de nº 3, que indica o dever de “assegurar uma
1509 vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, visando “atingir a cobertura
1510 universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de
1511 qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços
1512 acessíveis para todos”. Vem a público: apoiar a luta dos intoxicados no Brasil e reforçar a necessidade de
1513 mudanças na matriz produtiva agrícola, aumentando nossos esforços sociais e institucionais para reverter
1514 o quadro atual e debater intersetorialmente tais demandas. **Deliberação: a moção de apoio foi**
1515 **aprovada por unanimidade. 5) Recomendação elaborada pela Comissão Intersetorial de Atenção à**
1516 **Saúde nos Ciclos de Vida – CIASCV/CNS.** O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, de 13 de
1517 dezembro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde CNS, em sua Trecentésima Décima
1518 Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de dezembro de 2018, e no uso de suas
1519 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei
1520 nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo
1521 Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República
1522 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que cerca de 29 milhões
1523 de brasileiros têm 60 anos ou mais, o que equivale a 14,3% da população total (PNAD, 2015) e as
1524 projeções apontam que, em 2030, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes de 0 a 14
1525 anos; considerando a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, em função
1526 do seu processo de envelhecimento, que se apresenta como uma conquista social que garante que o
1527 aumento da expectativa de vida seja acompanhado de uma maior qualidade de vida representa um
1528 desafio para as políticas públicas; considerando que cerca de 70% da população idosa brasileira é
1529 exclusivamente atendida no Sistema Único de Saúde SUS e que, entre 2015 e 2017, os gastos totais do
1530 SUS relativos a internações de idosos aumentaram aproximadamente 10%, passando de R\$
1531 4.533.291.204,92 para R\$ 4.977.538.419,95; considerando que, em 2017, 28% das internações
1532 hospitalares pagas pelo SUS de pessoas idosas foram internações por causas sensíveis a atenção
1533 básica, representando um custo da ordem de R\$ 1.381.308.963,47; considerando que em 2015, 49% dos
1534 óbitos prematuros de idosos entre 60 e 69 anos ocorreu devido ao conjunto das quatro principais Doenças
1535 do Aparelho Circulatorio (DCNT), quais sejam, câncer; diabetes e doenças respiratórias crônicas; e que
1536 nesse mesmo ano, os gastos com internação de pessoas idosas representaram 33% do total dos gastos
1537 com internação no SUS em todas as faixas etárias; considerando os Objetivos de Desenvolvimento
1538 Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), em especial o de nº 3, que indica o dever
1539 de “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”; e
1540 considerando os debates havidos durante a última Reunião Ordinária da Comissão Intersetorial de
1541 Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida (CIASCV/CNS), realizada nos dias 23, 24 e 25 de outubro de 2018,
1542 no item 7 da pauta, que debateu, entre outros, a linha de cuidados de atenção integral ao idoso.

1543 Recomenda: ao Ministério da Saúde, que realize as ações para inserção da saúde da pessoa idosa como
1544 área estratégica da Atenção Básica, assim como são estratégicas as áreas materno-infantil, incluindo
1545 assim, informações sobre as condições de saúde da pessoa idosa coletados na Atenção Básica por meio
1546 do Prontuário Eletrônico, para que seja realizado o acompanhamento da população idosa na atenção básica.
1547 Contribuição: que sejam coletados dados na atenção básica para não se limitar a prontuário eletrônico.
1548 **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade com a modificação sugerida. 6)**
1549 **Recomendação.** O texto é o seguinte “Recomendação nº 000, de 13 de dezembro de 2018. O Plenário
1550 do Conselho Nacional de Saúde CNS, em sua Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária,
1551 realizada nos dias 12 e 13 de dezembro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e
1552 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de
1553 dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11
1554 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988,
1555 da legislação brasileira correlata; e considerando o que prevê o Art. 200 da Constituição Federal e as
1556 metas de redução de mortalidade infantil são operadas nos Estados e municípios havendo prazo para
1557 definição de metas por Unidades da Federação; considerando o disposto no Art. 16 da Lei nº 8.080, de 19
1558 de setembro de 1990 e a divisão de responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS; considerando o
1559 Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a
1560 organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
1561 considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do
1562 Adolescente; considerando a Portaria nº 1.693/GM/MS, de 12 de julho de 2007, que implementa o Método
1563 Canguru; considerando a Resolução - RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os
1564 requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva; considerando a Portaria nº
1565 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de
1566 Atenção à Saúde no âmbito do SUS; considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011,
1567 que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS; considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho
1568 de 2011, que institui a Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS; considerando a Portaria nº 930,
1569 de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e
1570 humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação
1571 de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; considerando que a
1572 estratégia QualiNEO, criada em 2017 pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde
1573 da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS), visa reduzir as taxas de mortalidade neonatal
1574 (até 28 dias de vida), integrar as estratégias do ministério e qualificar a atenção ao recém-nascido nas
1575 maternidades reforçando a perspectiva do cuidado em rede; considerando os Objetivos de
1576 Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), em especial o de nº 3,
1577 que indica o dever de “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as
1578 idades”; considerando a necessidade de ampliar o acesso e qualificar a atenção dos Cuidados Neonatal
1579 aos usuários do SUS; e considerando os debates havidos durante a última Reunião Ordinária da
1580 Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida - CIASCV/CNS, realizada nos dias 23. 24
1581 e 25 de outubro de 2018, no item 6 da pauta, que debateu, entre outros, a mortalidade materna e infantil.
1582 Recomenda ao Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e ao Conselho
1583 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS: que realizem articulação entre as secretarias
1584 municipais e estaduais dos 10 estados que concentram as maiores taxas de mortalidade neonatal no
1585 país, integrantes da Estratégia QualiNEO (Amazonas, Amapá, Bahia, Maranhão, Mato Grosso, Pará,
1586 Piauí, Roraima e Sergipe), para o desenvolvimento de atividades de divulgação e de estímulo à
1587 implementação da Estratégia em seus territórios, por acreditarmos ser esta uma potente oportunidade
1588 para redução da mortalidade neonatal, destacando a necessidade de ampliação para todos os estados do
1589 Brasil. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. 7)** Resolução elaborada pela
1590 Câmara Técnica de Atenção Básica. O texto é o seguinte: “Resolução nº 000, de 13 de dezembro de
1591 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde CNS, em sua Trecentésima Décima Segunda Reunião
1592 Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de dezembro de 2018, em Brasília, no uso de suas atribuições
1593 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
1594 pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006,
1595 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação
1596 brasileira correlata; e considerando a declaração da *Astana Global Conference on Primary Health Care*,
1597 Astana/2018, a Câmara Técnica da Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde (CTAB/CNS), após
1598 apreciação e amplo debate, reafirma o posicionamento brasileiro e apoia a declaração Alternativa da
1599 Sociedade Civil - Astana sobre cuidados primários de saúde, que reafirma o compromisso com a Atenção
1600 Primária à Saúde (APS); considerando a insuficiência de clareza quanto ao modelo e o papel da APS nos
1601 sistemas universais de saúde; considerando que os determinantes sociais são pensados como prioritários
1602 na definição do processo saúde-doença nos sistemas universais de saúde e que, por isso, a carta aberta
1603 de Astana reduz a determinação social em vulnerabilidades individuais; considerando que a tecnologia
1604 tem potencial para qualificar os serviços de saúde e diminuir desigualdades e que a carta de Astana não

1605 amplia a visão da tecnologia, para além da instrumental; considerando que em relação aos avanços
1606 sociais contratados no Brasil, em relação à responsabilização do estado, como financiador do sistema
1607 universal de saúde, e a saúde como direito de cidadania, a carta de Astana não avançou o suficiente na
1608 perspectiva de responsabilizar o estado; considerando que o financiamento à APS é o melhor
1609 investimento da gestão dos sistemas universais de saúde garantindo a prevenção, promoção e maior
1610 cobertura da população, e a necessária defesa da priorização da alocação de recursos financeiros à APS;
1611 considerando que o estado democrático de direito possibilita diferentes formas de expressão e
1612 participação do indivíduo na sociedade e que a carta de Astana reduz a participação da sociedade civil na
1613 corresponsabilidade do indivíduo pela sua saúde; e considerando que o controle social reafirma a
1614 Constituição de 1988 no que tange a seguridade social. Resolve: aprovar o entendimento da Declaração
1615 Alternativa da Sociedade Civil - Astana sobre cuidados Primários de Saúde, conforme documento anexo.”
1616 O Presidente do CNS sugeriu a aprovação do conteúdo do documento e, após a tradução juramentada, o
1617 envio do texto para homologação. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** solicitou um prazo para análise
1618 do texto antes da aprovação, inclusive para possibilitar consulta à área técnica do Ministério da Saúde
1619 sobre o mérito. O Presidente do CNS explicou que o documento foi elaborado pela Câmara Técnica de
1620 Atenção Básica e que o representante do Ministério da Saúde participou do debate. De todo modo,
1621 sugeriu apreciar o documento posteriormente a fim possibilitar o esclarecimento de eventuais dúvidas. **8)**
1622 **Recomendação elaborada pela Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS.** O texto é o
1623 seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde CNS, na sua Trecentésima Décima Segunda
1624 Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 de 13 de dezembro de 2018, no uso de suas atribuições
1625 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
1626 pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006,
1627 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação
1628 brasileira correlata; e considerando que o Plenário do CNS em sua 81ª Reunião Ordinária, de 7 de
1629 outubro de 1998, aprovou a Resolução CNS nº 287, que considerou profissionais de saúde Médicos
1630 Veterinários, reconheceu a imprescindibilidade das ações realizadas pelos profissionais de saúde de nível
1631 superior com avanço à concepção de saúde e a integralidade da atenção, contemplando os princípios e
1632 diretrizes do SUS, e a importância da ação interdisciplinar na saúde; considerando que consultórios,
1633 clínicas, ambulatórios e hospitais veterinários não são reconhecidos como estabelecimentos de saúde
1634 pelos órgãos de regulação; considerando que consultórios, clínicas, ambulatórios e hospitais veterinários
1635 atendem diversas demandas de saúde pública (zoonoses), principalmente no diagnóstico, tratamento e
1636 procedimentos em doenças infecciosas e parasitárias de caráter zoonótico contagioso e outros agravos,
1637 que respondem por 62% das Doenças de Notificação Compulsória; considerando que grande parte
1638 desses estabelecimentos faz uso de radiações ionizantes, quimioterápicos, contrastes e medicamentos de
1639 uso humano de controle especial, que são sujeitos à fiscalização e normalização por parte do Sistema
1640 Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), pois podem causar problemas ambientais e sanitários;
1641 considerando que alguns dos medicamentos utilizados na Medicina Veterinária podem causar riscos à
1642 saúde do trabalhador, do proprietário do animal e sua família, bem como ao meio ambiente, ou seja,
1643 riscos à saúde pública, destacando-se aqueles usados para tratamento de câncer (antineoplásicos) que
1644 têm potencial de causar má formação fetal, mutação genética e o próprio câncer; considerando que o
1645 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é base para operacionalizar os Sistemas de
1646 Informação em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS e visa
1647 dar transparência à sociedade de toda a infraestrutura de serviços de saúde, bem como da capacidade
1648 instalada existente e disponível no país; considerando que consultórios, clínicas, ambulatórios e hospitais
1649 veterinários não têm a obrigatoriedade de registro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos
1650 de Saúde (SCNES) e desta forma não há obrigatoriedade de fiscalização pela Vigilância Sanitária;
1651 considerando que o SCNES visa automatizar todo o processo de coleta de dados feita nos estados e
1652 municípios sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos
1653 estabelecimentos de saúde e equipes de saúde da família, subsidiando os gestores (Ministério da Saúde,
1654 Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, entre outros) com dados de abrangência nacional, para
1655 efeito de planejamento de ações em saúde; considerando que a moção que apoia o reconhecimento de
1656 consultórios, clínicas, ambulatórios e hospitais veterinários como estabelecimentos de saúde foi aprovada
1657 na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e estimulou o Pleno do Conselho Nacional de Saúde
1658 em sua 308ª Reunião Ordinária, ocorrida nos dias 8 e 9 de agosto de 2018, a solicitar à Comissão
1659 Intersetorial de Vigilância em Saúde (CIVS) o debate sobre o assunto; considerando a realização da
1660 discussão sobre reconhecimento de consultórios, clínicas, ambulatórios e hospitais veterinários como
1661 estabelecimentos de saúde na 8ª Reunião Ordinária da CIVS, realizada nos dias 22 e 23 de novembro de
1662 2018; considerando que a RDC nº 153 ANVISA, de 26 de abril de 2017, define no Art. 4º, inciso VII, o grau
1663 de risco como o nível de perigo potencial de ocorrência de danos à integridade física e à saúde humana,
1664 ao meio ambiente em decorrência de exercício de atividade econômica, estabelecendo ainda a publicação
1665 de lista de CNAEs (Classificação Nacional de Atividades Econômicas) por grau de risco; considerando
1666 que a lista de CNAEs acima mencionada está descrita na Instrução Normativa ANVISA nº 16, de 26 de

1667 abril de 2017, na qual o grau de risco é determinado conforme a resposta a algumas questões, tendo
1668 como risco alto, estabelecimento em que o exercício da atividade inclui uso de medicamentos controlados,
1669 o funcionamento de equipamentos de diagnóstico por imagem e a realização de procedimentos invasivos,
1670 situações estas existentes em consultórios, clínicas, ambulatórios e hospitais veterinários; considerando a
1671 Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e
1672 medicamentos sujeitos a controle especial, principalmente os artigos 25, 35, 51, 62 a 65, 87, 93, 94 e 99
1673 que, de forma direta ou indireta, envolvem aspectos relacionados à aquisição, prescrição e uso por
1674 consultórios, clínicas, ambulatórios e hospitais veterinários e/ou profissionais médicos-veterinários;
1675 considerando que, nas atividades da Medicina Veterinária, são utilizadas grandes quantidades de
1676 medicamentos ou substâncias sob controle especial registradas no Ministério da Saúde, de indispensável
1677 valor terapêutico, dada a inexistência destes na indústria farmacêutica veterinária (exemplo: Diazepam
1678 injetável, Gabapentina, Amitriptilina e Morfina, dentre outros); considerando que os serviços de assistência
1679 médico-veterinária e demais serviços voltados à saúde e bem-estar animal não podem ser caracterizados
1680 como ações e serviços públicos de saúde ou considerados para fins de apuração dos percentuais
1681 mínimos das despesas com ações e serviços públicos de saúde, conforme prevê a Lei Complementar nº
1682 141, de 13 de janeiro de 2012; e considerando a Portaria GM/MS nº 2.022, de 7 de agosto de 2017, que
1683 altera o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no que se refere à metodologia de
1684 cadastramento e atualização cadastral, no quesito Tipo de Estabelecimentos de Saúde. **Recomenda:** 1.
1685 Ao Ministério da Saúde: I – Que os consultórios, clínicas, ambulatórios e hospitais veterinários sejam
1686 cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e submetidos,
1687 obrigatoriamente, ao licenciamento e fiscalização sanitária junto aos órgãos de vigilância sanitária; II – A
1688 alteração da Portaria GM/MS nº 2.022, de 7 de agosto de 2017, com a inclusão, na tipificação e
1689 classificação de estabelecimentos de saúde, dos consultórios, clínicas, ambulatórios e hospitais
1690 veterinários, como serviços de assistência médico-veterinária; e III – Que os serviços de assistência
1691 médico-veterinária e demais serviços voltados à saúde e bem-estar animal não sejam caracterizados
1692 como ações e serviços públicos de saúde ou considerados para fins de apuração dos percentuais
1693 mínimos das despesas com ações e serviços públicos de saúde, conforme prevê a Lei Complementar nº
1694 141, de 13 de janeiro de 2012, com exceção dos recursos necessários para a implantação,
1695 implementação e manutenção de unidades de zoonoses integradas ao Sistema Único de Saúde SUS. 2.
1696 À Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa que, em conjunto com a Comissão Intergestores
1697 Tripartite - CIT, defina a regulamentação dos aspectos operacionais envolvidos no Sistema Nacional de
1698 Vigilância Sanitária, em prazo de 180 (cento e oitenta dias), prorrogável mediante justificativa.”
1699 **Deliberação: a recomendação foi aprovada com uma abstenção. 9) Recomendação elaborada pela**
1700 **Comissão Intersectorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD.** O texto é o
1701 seguinte: “Recomendação nº 000, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2018. O Plenário do Conselho Nacional de
1702 Saúde CNS, em sua Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de
1703 dezembro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080,
1704 de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº
1705 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições
1706 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e
1707 considerando as propostas advindas do Seminário Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com
1708 Deficiência, realizado em Brasília-DF, em 4 de dezembro de 2018; considerando as discussões feitas na
1709 reunião da Comissão Intersectorial de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência do CNS
1710 (CIASPD/CNS), em 5 de dezembro de 2018; considerando o que dispõe a Constituição Federal da
1711 República Federativa do Brasil de 1988, em especial os seus artigos 196 a 198; considerando a definição
1712 de determinantes sociais de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto à influência
1713 das condições de vida, de qualquer natureza, na ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à
1714 população; considerando o Art. 7º da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 que afirma
1715 “Todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito a igual proteção da lei. Todos têm direito a
1716 proteção igual contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer
1717 incitamento a tal discriminação”; considerando a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei
1718 Brasileira de Inclusão, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos
1719 direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e
1720 cidadania; considerando que o controle social é uma diretriz e princípio do SUS, como mecanismo de
1721 participação da comunidade nas ações de saúde em todas as esferas de governo garantido pela Lei nº
1722 8142/1990; e considerando o Regimento Interno do Conselho Nacional que estabelece que “as
1723 Comissões são organismos de assessoria ao Plenário do CNS, que resgatam e reiteram os princípios do
1724 SUS e do controle social”. **Recomenda:** Às/aos gestoras/es da Saúde, que os temas das Pessoas com
1725 Deficiência sejam incorporados nas Políticas de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde,
1726 Estados e Municípios, considerando as especificidades de cada deficiência.” Concluída a leitura, foi
1727 apresentada a seguinte sugestão ao texto: substituir “considerando as especificidades de cada
1728 deficiência” por “Considerando a temática da pessoa com deficiência”. **Deliberação: a recomendação foi**

1729 **aprovada com a alteração proposta e uma abstenção. 10) Recomendação elaborada pela Comissão**
1730 **Intersectorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD.** O texto é o seguinte:
1731 “Recomendação nº 000, de 13 de dezembro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde CNS,
1732 em sua Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de dezembro de
1733 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
1734 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13
1735 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da
1736 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando
1737 as propostas advindas do Seminário Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, realizado
1738 em Brasília-DF, em 4 de dezembro de 2018; considerando as discussões feitas na reunião da Comissão
1739 Intersectorial de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência do CNS (CIASPD/CNS), em 5 de dezembro
1740 de 2018; considerando o que dispõe a Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988,
1741 em especial os seus artigos 196 a 198; considerando a definição de determinantes sociais de saúde dada
1742 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto à influência das condições de vida, de qualquer
1743 natureza, na ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população; considerando o Art. 7º da
1744 Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 que afirma “Todos são iguais perante a lei e, sem
1745 distinção, têm direito a igual proteção da lei. Todos têm direito a proteção igual contra qualquer
1746 discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação”;
1747 considerando a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão, destinada a
1748 assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades
1749 fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania; considerando que o
1750 controle social é uma diretriz e princípio do SUS, como mecanismo de participação da comunidade nas
1751 ações de saúde em todas as esferas de governo garantido pela Lei nº 8142/1990; e considerando o
1752 Regimento Interno do Conselho Nacional que estabelece que “as Comissões são organismos de
1753 assessoria ao Plenário do CNS, que resgatam e reiteram os princípios do SUS e do controle social”.
1754 Recomenda: ao Congresso Nacional, que ao pautar Projetos de Lei *que tratam dos temas relativos à*
1755 *Pessoa com Deficiência*, estabeleça diálogo com o controle social, espaços legítimos de formulação da
1756 Política, especialmente na Comissão Intersectorial de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, do
1757 Conselho Nacional de Saúde - CIASPD/CNS e no Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com
1758 Deficiência CONADE.” Como contribuição ao texto, foi apresentada a seguinte sugestão: substituir “que
1759 tratam dos temas relativos à” por “Que trata da temática relativa à pessoa. **Deliberação: a**
1760 **recomendação foi aprovada com alteração. 11) Recomendação elaborada pela Comissão**
1761 **Intersectorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD.** O texto é o seguinte:
1762 “Recomendação nº 000, de 13 de dezembro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde CNS,
1763 em sua Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de dezembro de
1764 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
1765 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13
1766 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da
1767 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando
1768 as propostas advindas do Seminário Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, realizado
1769 em Brasília-DF, em 4 de dezembro de 2018; considerando as discussões feitas na reunião da Comissão
1770 Intersectorial de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência do CNS (CIASPD/CNS), em 5 de dezembro
1771 de 2018; considerando o que dispõe a Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988,
1772 em especial os seus artigos 196 a 198; considerando a definição de determinantes sociais de saúde dada
1773 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto à influência das condições de vida, de qualquer
1774 natureza, na ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população; considerando o Art. 7º da
1775 Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 que afirma “Todos são iguais perante a lei e, sem
1776 distinção, têm direito a igual proteção da lei. Todos têm direito a proteção igual contra qualquer
1777 discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação”;
1778 considerando a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão, destinada a
1779 assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades
1780 fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania; considerando que o
1781 controle social é uma diretriz e princípio do SUS, como mecanismo de participação da comunidade nas
1782 ações de saúde em todas as esferas de governo garantido pela Lei nº 8142/1990; e considerando o
1783 Regimento Interno do Conselho Nacional que estabelece que “as Comissões são organismos de
1784 assessoria ao Plenário do CNS, que resgatam e reiteram os princípios do SUS e do controle social”.
1785 Recomenda: ao Ministério da Saúde, a elaboração, articulada com o Conselho Nacional de Saúde,
1786 através da Comissão Intersectorial de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, de material educativo
1787 à população e às/aos profissionais de saúde acerca dos direitos da Pessoa com Deficiência. **Deliberação:**
1788 **a recomendação foi aprovada por unanimidade. 12) Recomendação elaborada pela Comissão**
1789 **Intersectorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida – CIASCV.** O texto é o seguinte: “Recomendação
1790 nº 000, de 13 de dezembro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde CNS, em sua

1791 Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de dezembro de 2018, e no
1792 uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de
1793 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de
1794 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da
1795 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que cerca de 29
1796 milhões de brasileiros têm 60 anos ou mais, o que equivale a 14,3% da população total (PNAD, 2015) e
1797 as projeções apontam que, em 2030, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes de 0 a
1798 14 anos; considerando a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, em
1799 função do seu processo de envelhecimento, que se apresenta como uma conquista social e que garantir o
1800 aumento da expectativa de vida seja acompanhado de uma maior qualidade de vida representa um
1801 desafio para as políticas públicas; considerando que cerca de 70% da população idosa brasileira é
1802 exclusivamente atendida no Sistema Único de Saúde SUS e que, entre 2015 e 2017, os gastos totais do
1803 SUS relativos a internações de idosos aumentaram aproximadamente 10%, passando de R\$
1804 4.533.291.204,92 para R\$ 4.977.538.419,95; considerando que em 2017 cerca de 28% das internações
1805 hospitalares pagas pelo SUS de pessoas idosas foram internações por causas sensíveis a atenção
1806 básica, representando um custo da ordem de R\$ 1.381.308.963,47; considerando que em 2015, 49% dos
1807 óbitos prematuros de idosos entre 60 e 69 anos ocorreu devido ao conjunto das quatro principais Doenças
1808 do Aparelho Circulatório (DCNT), quais sejam, câncer; diabetes e doenças respiratórias crônicas; e que
1809 nesse mesmo ano, os gastos com internação de pessoas idosas representaram 33% do total dos gastos
1810 com internação no SUS em todas as faixas etárias; considerando os Objetivos de Desenvolvimento
1811 Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), em especial o de nº 3, que indica o dever
1812 de “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”; e
1813 considerando os debates havidos durante a última Reunião Ordinária da Comissão Intersetorial de
1814 Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida (CIASCV/CNS), realizada nos dias 23. 24 e 25 de outubro de 2018,
1815 no item 7 da pauta, que debateu, entre outros, a linha de cuidados de atenção integral ao idoso.
1816 Recomenda: ao Ministério da Saúde: que realize as ações para inserção da saúde da pessoa idosa como
1817 área estratégica da Atenção Básica, assim como são estratégicas as áreas materno-infantil, incluindo
1818 assim, informações sobre as condições de saúde da pessoa idosa coletados na Atenção Básica por meio
1819 do Prontuário Eletrônico, para que seja realizado o acompanhamento da população idosa na atenção básica.
1820 **Deliberação: a recomendação foi aprovada. 13) Moção de reconhecimento nº 000 de 13 de**
1821 **dezembro de 2018.** O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde CNS, em sua
1822 Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de dezembro de 2018, em
1823 Brasília, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº
1824 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo
1825 Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República
1826 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando o falecimento do professor
1827 Vicente Amato Neto, Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
1828 (FMUSP), ocorrido na data 11 de dezembro de 2018, aos 91 anos de idade; considerando que o professor
1829 Vicente Amato Neto graduou-se pela Faculdade de Medicina da USP em 1951 e foi o primeiro médico
1830 residente da especialidade no Brasil, tendo cumprido seu treinamento na Clínica de Moléstias Infecciosas
1831 e Parasitárias do Hospital das Clínicas da FMUSP; considerando que dedicou sua longa e ativa vida
1832 profissional às Doenças Infecciosas e Parasitárias e à Medicina Tropical, envolvendo-se em atividades de
1833 pesquisa, de ensino em todos os níveis da formação médico-científica e de extensão universitária;
1834 considerando que como chefe da Clínica de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas
1835 de São Paulo de 1976 a 1997, esteve à frente da formação de diversos médicos especialistas, hoje
1836 líderes em serviços médicos e acadêmicos em várias regiões do país; considerando que sua profícua
1837 produção intelectual na área tem como destaques a caracterização da forma aguda e da transmissão
1838 transfusional da doença de Chagas, a caracterização clínica da toxoplasmose adquirida, aspectos
1839 diagnósticos e terapêuticos das enteroparasitoses e as imunizações e que foi autor de 348 artigos
1840 científicos, 22 cartas e 6 livros didáticos; considerando que esteve à frente do Instituto de Medicina
1841 Tropical de São Paulo, como Diretor entre 1985 e 1988, e que foi responsável pela instalação e ampliação
1842 de serviços de atenção à saúde na área de especialidade das doenças infecciosas e parasitárias em
1843 várias instituições públicas paulistas, tais como o Hospital do Servidor Público Estadual de SP, o Hospital
1844 das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas e o Hospital das Clínicas da Faculdade de
1845 Medicina da USP; e considerando que se ocupou da gestão de políticas públicas em saúde,
1846 como Superintendente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (1987-92) e como
1847 Secretário de Estado da Saúde de São Paulo (1992-93), sendo, inclusive, sócio fundador e Presidente da
1848 Sociedade Brasileira de Medicina Tropical e da Sociedade Brasileira de Imunizações. Vem a público:
1849 manifestar reconhecimento, homenagem e agradecimento ao Professor Doutor Vicente Amato Neto, por
1850 seus relevantes e fundamentais serviços prestados para a consolidação da saúde pública enquanto vasto
1851 campo para pesquisas epidemiológicas/clínicas e para o avanço da saúde enquanto direito
1852 constitucional.” Concluída a leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões: substituir “dedicou-se às

1853 doenças” por “ao ensino, prevenção de doenças”; e incluir “primeiro residente de moléstia infecciosa do
1854 país”. **Deliberação: a moção foi aprovada, por unanimidade, com acréscimos. 14) Recomendação.**
1855 O texto é o seguinte: “Recomendação nº 063, de 13 de dezembro de 2018. O Plenário do Conselho
1856 Nacional de Saúde CNS, em sua Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias
1857 12 e 13 de dezembro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela
1858 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei
1859 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006;
1860 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação
1861 brasileira correlata; e considerando o que dispõe a Constituição Federal da República Federativa do
1862 Brasil, em especial os seus artigos 196 a 198; considerando que o texto constitucional determina que são
1863 de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei,
1864 sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou
1865 através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Art. 197 da CF/1988);
1866 considerando que a Lei nº 13.504, de 7 de novembro de 2017, institui a Campanha Nacional de
1867 Prevenção ao HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis - ISTs (Dezembro Vermelho);
1868 considerando que a campanha tem foco na prevenção, assistência, proteção e promoção dos direitos
1869 humanos das pessoas que vivem com HIV/Aids, em que serão realizadas, ao longo do mês de dezembro,
1870 atividades e mobilizações tais como iluminação de prédios públicos com luzes na cor vermelha,
1871 veiculação de campanhas de mídia, palestras e atividades educativas e promoção de eventos;
1872 considerando que as ações do Dezembro Vermelho serão realizadas em parcerias entre o poder público,
1873 sociedade civil e organismos internacionais, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde
1874 SUS, ou seja, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regula, em todo o território nacional, as
1875 ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual,
1876 por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado para enfrentamento da Aids e outras ISTs;
1877 considerando a Portaria nº 3.276, de 26 de dezembro de 2013, em especial os artigos 1º, 2º, 6º, 7º, 8º e
1878 11, que regulamenta o incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das
1879 Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)/AIDS e Hepatites Virais (HV) no âmbito do SUS, bem como
1880 ainda considerando a necessidade de ampliar a descentralização para o fortalecimento das ações de
1881 vigilância no âmbito das ISTs, Aids e Hepatites Virais para Estados, Distrito Federal e Municípios e para
1882 responder às características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no território nacional;
1883 considerando os debates havidos, os dados trazidos, bem como a tentativa de qualificação no
1884 enfrentamento das invisibilidades durante esta Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária deste
1885 CNS, no item de pauta “O combate das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/AIDS e do HTLV
1886 (doença negligenciada)”; e considerando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da
1887 Organização das Nações Unidas (ONU), em especial o de nº 3, que indica o dever de “assegurar uma
1888 vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Recomenda aos Conselhos
1889 Estaduais e Municipais de Saúde que promovam atividades e articulações, mesas redondas, painéis e
1890 reuniões, dentre outras, para divulgar de forma ampla e ostensiva o papel e a importância de
1891 conscientizar a respeito do Dezembro Vermelho em todas as instâncias do controle social no SUS, o que
1892 desencadeará um processo de conhecimento, aproximação, promoção, prevenção e proteção no combate
1893 ao HIV/AIDS e às Infecções Sexualmente Transmissíveis otimizando seus resultados.” **Deliberação: a
1894 recomendação foi aprovada. Na sequência, a mesa retomou o debate sobre a recomendação que
1895 aprova o entendimento da Declaração Alternativa da Sociedade Civil - Astana sobre cuidados
1896 Primários de Saúde. Deliberação: a recomendação foi aprovada. 15) Recomendação.** O texto é o
1897 seguinte: “Recomendação nº 000, de 13 de dezembro de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de
1898 Saúde CNS, em sua Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de
1899 dezembro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080,
1900 de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº
1901 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições
1902 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e
1903 considerando as propostas advindas do Seminário Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com
1904 Deficiência, realizado em Brasília-DF, em 4 de dezembro de 2018; considerando as discussões feitas na
1905 reunião da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência do CNS
1906 (CIASPD/CNS), em 5 de dezembro de 2018; considerando o que dispõe a Constituição Federal da
1907 República Federativa do Brasil de 1988, em especial os seus artigos 196 a 198; considerando a definição
1908 de determinantes sociais de saúde dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto à influência
1909 das condições de vida, de qualquer natureza, na ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à
1910 população; considerando o Art. 7º da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 que afirma
1911 “Todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito a igual proteção da lei. Todos têm direito a
1912 proteção igual contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer
1913 incitamento a tal discriminação”; considerando a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei
1914 Brasileira de Inclusão, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos

1915 direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e
1916 cidadania; considerando que o controle social é uma diretriz e princípio do SUS, como mecanismo de
1917 participação da comunidade nas ações de saúde em todas as esferas de governo garantido pela Lei nº
1918 8142/1990; e considerando o Regimento Interno do Conselho Nacional que estabelece que “as
1919 Comissões são organismos de assessoria ao Plenário do CNS, que resgatam e reiteram os princípios do
1920 SUS e do controle social”. Recomenda: aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, a criação e/ou
1921 fortalecimento de comissões intersetoriais de atenção à saúde das pessoas com deficiência. **Deliberação:**
1922 **a recomendação foi aprovada por unanimidade.** Concluída a apreciação desses documentos, o
1923 Presidente do CNS fez a leitura do documento Frente em Defesa do SUS: “CARTA DE PRINCÍPIOS.
1924 Criada no dia 19 de agosto de 2016, a *Frente em Defesa do SUS* reúne entidades dos diversos setores e
1925 tem como objetivo impedir o desmantelamento do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente nos
1926 dias atuais, quando o direito democrático à saúde pública está sendo ameaçado. Devemos nos preparar
1927 também para o novo cenário político que se aproxima, no qual o presidente eleito, Jair Bolsonaro, e o
1928 Congresso Nacional poderão aprovar, logo no primeiro semestre de 2019, a **REFORMA DA**
1929 **PREVIDÊNCIA**, afetando a Seguridade Social. **Não podemos aceitar nenhum tipo de retrocesso.**
1930 Conquista de décadas de lutas sociais, a Saúde passou a ser “Direito de todos e dever do Estado”
1931 conforme a Constituição Federal de 1988. Regulamentada em 1990, por meio das Leis Federais 8.080/90
1932 e 8.142/90, o SUS tem como princípios a **UNIVERSALIDADE** (saúde como direito de todos e dever do
1933 Estado, com base em um sistema único, público e gratuito), **EQUIDADE** (mais cuidado e atenção para
1934 quem mais precisa, no sentido da construção da igualdade e da justiça social), **INTEGRALIDADE** (plena
1935 integração das ações e serviços, desde a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos,
1936 tratamento e reabilitação) e fundamentalmente, a diretriz constitucional **PARTICIPAÇÃO POPULAR**
1937 (marca distintiva do SUS frente a todos os demais sistemas públicos de saúde do mundo, desde a
1938 formulação das políticas até o seu controle). Assim, o Sistema Único de Saúde incluiu e acolheu todas as
1939 brasileiras e brasileiros, ao contrário do que ocorria até então, quando somente os trabalhadores com
1940 registro em carteira, assegurados pelo antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência
1941 Social (INAMPS), tinham direito aos serviços de saúde próprios e credenciados. **Assim, defendemos um**
1942 **sistema universal e 100% público.** Mesmo com o grave quadro de subfinanciamento e a necessidade
1943 de avanços na gestão pública, nosso SUS se desenvolveu, tornou-se referência no cuidado da Atenção
1944 Básica e média e alta complexidade. Somos reconhecidos mundialmente pela atuação da Estratégia
1945 Saúde da Família (ESF), pela ampliação dos Programas Nacionais de Imunizações (PNI) e de HIV/AIDS e
1946 por ser um dos países que mais realiza transplantes de órgãos no mundo, entre outros. Precisamos
1947 preservar tudo o que foi construído até agora e não foi pouco. Os nossos direitos tão duramente
1948 conquistados estão sendo colocados em xeque, no caminho da destruição de todas estas conquistas.
1949 **Não devemos apenas resistir, mas avançar!** Entendemos que não é tempo para ações isoladas. É
1950 necessária e urgente a articulação dos diversos movimentos de resistência. Já sofremos retrocessos
1951 como a aprovação da **Emenda Constitucional 95 (EC 95)**, que congela por 20 anos o orçamento público,
1952 incluindo os gastos com a Saúde. Além disso foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a **REFORMA**
1953 **TRABALHISTA** e a **Terceirização** que desestruturarão ainda mais as Políticas Públicas de Saúde.
1954 **Precisamos de uma articulação plural, ampla e forte para enfrentar àqueles que querem**
1955 **desmantelar a Saúde Pública e o SUS, transformando Saúde em Negócio.** Por isso, a **Frente em**
1956 **Defesa do SUS** tem as seguintes finalidades e propostas: 1. Diante da atual conjuntura, com a eleição de
1957 um presidente conservador, é fundamental chamar a atenção da sociedade para o risco de um Estado
1958 Autoritário. A compreensão atenta dos atuais acontecimentos nos obriga a atuar na defesa intransigente
1959 da Democracia, do Estado Democrático de Direito e da Saúde Pública com qualidade. 2. Rejeitar a
1960 Política Econômica imposta pelo governo ilegítimo do presidente Temer e corroborada pelo presidente
1961 eleito. Para isso, temos que lutar para a revogação da EC 95 que já repercute na Saúde da população
1962 brasileira, como exemplo o aumento da mortalidade materno-infantil (mortes de mães e crianças), da
1963 tuberculose, hanseníase, AIDS/DSTs e diminuição da cobertura vacinal (volta do sarampo, febre amarela
1964 e outras). 3. Rejeitar as Políticas Públicas de todos os entes federativos que aprofundem a privatização e
1965 terceirização do Estado, retirando direitos dos trabalhadores e diminuindo a qualidade dos serviços. 4.
1966 Realizar Auditoria da Dívida Pública a fim de reduzir os valores pagos anualmente, além dos gastos com
1967 os juros (um dos maiores do mundo!). 5. Garantir que os gastos do Governo Federal com o SUS tenham
1968 como piso 10% da Receita Corrente Bruta (*Saúde +10*), mantendo os 12% para os Estados e 15% para
1969 os municípios. 6. Enfrentar a crise de representatividade vigente no Brasil, ao ampliar e estimular a
1970 Participação Popular com respeito à autonomia das entidades e movimentos, reconhecendo o Controle
1971 Social como método de governo (Conselhos, Conferências e Audiências Públicas), como espaços
1972 estratégicos de gestão participativa e seu caráter democrático, paritário e deliberativo. 7. Derrubar a
1973 proposta ilusória de “*Plano de Saúde Acessível*”, que coloca na mão dos empresários de Planos e
1974 Seguros de Saúde o poder de decidir o acesso da população brasileira, limitando-o ao lucro e aos
1975 interesses corporativos, contrariando os princípios e diretrizes do SUS. 8. Revogar as medidas de
1976 retiradas de recursos da Seguridade Social e nela o SUS, como a Desvinculação de Receitas da União

1977 (DRU), rede de saúde dos militares e outros. 9. Promover, a partir de articulações das entidades, uma
1978 Reforma Tributária Progressiva (quem mais tem mais paga) e descentralizada (que os recursos estejam
1979 disponíveis de forma equânime). 10. Revogar as leis brasileiras que garantem as renúncias fiscais de
1980 planos de saúde, particulares e corporativos, indústrias de medicamentos e entidades filantrópicas. 11.
1981 Garantir os Direitos Sociais expressos na Constituição Brasileira para, assim, promover o crescimento
1982 econômico, fundamentalmente por meio da ampliação do investimento público nas políticas de Bem-Estar
1983 Social. **Subscvem as seguintes entidades:** - Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas.
1984 Associação Paulista de Saúde Pública (APSP). Arquidiocese de São Paulo – Pastoral da Saúde. Comitê
1985 Defesa do SUS. Comitê em Defesa do SUS de Campo Limpo e M'Boi . CUT/SP. Federação dos
1986 Trabalhadores na Administração e do Serviço Público Municipal no Estado de São Paulo (Fetam/SP).
1987 Fórum de Saúde Campo Limpo da Cidade de São Paulo. Fórum de Saúde da Zona Noroeste da Cidade
1988 de São Paulo. Fórum Suprapartidário em Defesa do SUS. Grito dos Excluídos Continental. Jubileu Sul
1989 Brasil. CNBB – Pastoral da Saúde Regional Sul 1. Plenária Municipal de Saúde de São Paulo. Plenária
1990 Estadual de Saúde/SP. Setorial Saúde PT. Sindicato dos Enfermeiros. Sindicato dos Farmacêuticos.
1991 Sindicato dos Médicos de Campinas. Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp). Sindicato dos
1992 Psicólogos de São Paulo. Sindicato dos Trabalhadores da Administração Pública e Autarquias no
1993 Município de São Paulo (Sindsep). Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde no Estado de São
1994 Paulo (Sindsaúde). União dos Moradores do Parque Bristol e Jardim São Savério. União de Movimentos
1995 Populares da Saúde da cidade de São Paulo (UMPS). Movimento Popular de Saúde da Zona Norte.
1996 Movimento Popular de Saúde da Cidade Ademar. Movimento Popular de Saúde da Zona Leste.
1997 Movimento Popular de Saúde do Centro. Coordenação Estadual de Plenária de Conselhos de Saúde de
1998 São Paulo/SP. Na sequência, foi aberta a palavra para breves informes das comissões dado o avançado
1999 da hora. **Informes das Comissões do CNS - 1) Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição –**
2000 **CIAN.** Conselheira **Zaira Salerno** informou que a CIAN elaborou relatório das suas atividades e destacou
2001 os seguintes aspectos do documento: em 2017, a Comissão propôs 13 recomendações e uma moção e
2002 participou de 8 eventos externos; em 2018, apresentou 6 recomendações e participou de 22 eventos
2003 externos para tratar da temática alimentação e nutrição; a Comissão constituiu um GT para debater temas
2004 relacionados à alimentação e nutrição visando a 16ª Conferência; e a Comissão solicita ao MS que adote
2005 a Portaria sobre cuidados com a alimentação na 16ª CNS. **2) Comissão Intersetorial de Promoção,**
2006 **Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPSPICS** - Conselheira **Simone**
2007 **Maria Leite Batista** fez um breve informe sobre a reunião da Comissão realizada em novembro,
2008 destacando que foram debatidos os temas: CBO, procedimentos e as 29 práticas integrativas aprovadas
2009 em Portaria. **3) Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência - CIASPD** -
2010 Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** fez os seguintes informes da Comissão: no dia 4 de
2011 dezembro, foi realizado o seminário de saúde das pessoas com deficiência como etapa preparatória da
2012 16ª Conferência, com definição de encaminhamentos; e, no dia 5 de dezembro, ocorreu a reunião da
2013 comissão, inclusive com avaliação do resultado do seminário. **4) Comissão Intersetorial de Saúde da**
2014 **Mulher – CISMU** - Conselheira **Francisca Valda da Silva** informou que a CISMU realizou, de 29 de
2015 novembro a 1º de dezembro, o II seminário nacional de saúde das mulheres que teve como resultado:
2016 elaboração de plano de trabalho visando a criação de CISMUs nos estados; sugestão de pauta para a
2017 reunião ordinária do CNS no mês março de 2019: violência e saúde mental, com convite à professora
2018 Vanessa Zanelo e Carmem Lúcia; e solicitação ao CNS que analise “Termo de Cooperação” assinado por
2019 diversas entidades. **5) Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica –**
2020 **CICTAF** - Conselheiro **Moysés Toniollo** informou a realização da etapa nacional do 8º Simpósio Nacional
2021 de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (8º SNCTAF), no dia 11 de dezembro, com
2022 consolidação das propostas dos dez eventos regionais. Como resultado desse processo, informou que foi
2023 aprovada Carta do Rio de Janeiro com dez propostas que servirão de subsídio para construção da 16ª
2024 CNS. Após esses informes, às 20h35, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os
2025 seguintes conselheiros e conselheiras no período da tarde do primeiro dia de reunião: *Titulares* –
2026 **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Altamira**
2027 **Simões dos Santos de Sousa**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **André Luiz de Oliveira**, Conferência
2028 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional de Cegos do
2029 Brasil – ONCB; **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Artur Custódio Moreira de Sousa**,
2030 Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Carolina Abad**,
2031 Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Cláudio**
2032 **Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Dylson Ramos Bessa**
2033 **Júnior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Francisca Rêgo Oliveira**
2034 **de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordec M. Souza**, Central
2035 Única dos Trabalhadores; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas,
2036 Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João**
2037 **Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda**
2038 **Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Luiz Alberto Catanoso**,

2039 Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINDINAPI/FS; **Luiz Aníbal Vieira**
2040 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**,
2041 Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
2042 Assistentes Sociais – FENAS; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids –
2043 ANAIDS; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria – CNI; **Neilton Araújo de**
2044 **Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul –
2045 ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Vanja**
2046 **Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Wanderley Gomes da Silva**,
2047 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação
2048 Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação
2049 Brasileira Superando o Lúpus; **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS;
2050 **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Elgiane de Fatima Machado**
2051 **Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Eliane Maria Nogueira de Paiva**
2052 **Cunha**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde –
2053 UNASUS; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;
2054 **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Giovanna Sabóia Bastos**,
2055 Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**, Centro Brasileiro
2056 de Estudos de Saúde – CEBES; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem –
2057 COFEN; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB;
2058 **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos
2059 em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenir Santos**, Federação Brasileira
2060 das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência
2061 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos
2062 Médicos Veterinários – FENAMEV; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA;
2063 **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO;
2064 **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em
2065 Saúde – ANEPS; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; e **Sueli**
2066 **Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA. Iniciando, às 8h10, a
2067 mesa foi composta para o item 9 da pauta. **ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS**
2068 **HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT - Apresentação:** conselheiro **Gerdo Bezerra**,
2069 coordenador da CIRHRT/CNS; e conselheiro **Douglas Vinicius Pereira**, coordenador adjunto da
2070 CIRHRT. *Coordenação:* conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS.
2071 Primeiro, o coordenador adjunto da CIRHRT/CNS apresentou os pareceres elaborados nas últimas
2072 reuniões da CIRHRT, 193ª e 194ª. Começou pelos 59 pareceres elaborados na 193ª Reunião
2073 Ordinária da CIRHRT. **Satisfatórios com recomendações (28).** **1)** Processo e-MEC n°. 201608893.
2074 Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena – FAEV. Rondonia. Vilhena. Enfermagem.
2075 Reconhecimento. **2)** Processo e-MEC n°. 201702321. Faculdade Invest de Ciências e Tecnologia –
2076 INVEST. Mato Grosso. Cuiabá. Psicologia. Autorização. **3)** Processo e-MEC n°. 201708778. Faculdade
2077 Novo Tempo de Sobral. Ceará. Sobral. Odontologia. Autorização VC. **4)** Processo e-MEC n°.
2078 201711436. Faculdade Faipe. Mato Grosso. Cuiabá. Odontologia. Autorização. **5)** Processo e-MEC n°.
2079 201711526. Escola Superior São Francisco de Assis – ESFA. Espírito Santo. Santa Teresa. Psicologia.
2080 Autorização. **6)** Processo e-MEC n°. 201711621. Faculdade UNINASSAU. Mossoró. Rio Grande do
2081 Norte. Mossoró. Enfermagem. Autorização. **7)** Processo e-MEC n°. 201711650. Faculdade Pitágoras de
2082 Governador Valadares. Minas Gerais. Governador Valadares. Odontologia. Autorização. **8)** Processo e-
2083 MEC n°. 201711659. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina – IFSC.
2084 Santa Catarina. Joinville. Enfermagem. Autorização. **9)** Processo e-MEC n°. 201711784. Faculdade
2085 Anhanguera de Valinhos. São Paulo. Valinhos. Psicologia. Autorização. **10)** Processo e-MEC n°.
2086 201711848. Faculdade Anhanguera de Itapeçerica da Serra. São Paulo. Itapeçerica da Serra.
2087 Enfermagem. Autorização. **11)** Processo e-MEC n°. 201712010. Faculdade Uninassau Arapiraca.
2088 Alagoas. Arapiraca. Odontologia. Autorização. **12)** Processo e-MEC n°. 201712185. Faculdade Estácio
2089 de Florianópolis – Estácio Florianópolis. Santa Catarina. Florianópolis. Psicologia. Autorização. **13)**
2090 Processo e-MEC n°. 201712200. Faculdade Estácio de Campo Grande – FESCG. Mato Grosso do Sul.
2091 Campo Grande. Psicologia. Autorização. **14)** Processo e-MEC n°. 201712302. Faculdade de
2092 Tecnologia de Curitiba. Paraná. Curitiba. Enfermagem. Autorização. **15)** Processo e-MEC n°.
2093 201712397. Faculdade de Educação e Tecnologia da Amazônia – FAM. Pará. Abaetetuba.
2094 Enfermagem. Autorização. **16)** Processo e-MEC n°. 201712466. Faculdade Univeritas Universitas
2095 Veritas de Campo Grande – VERITAS. Campo Grande. Mato Grosso do Sul. Campo Grande.
2096 Psicologia. Autorização. **17)** Processo e-MEC n°. 201712473. Faculdade Uninassau Garanhuns –
2097 Nassau Granhuns. Pernambuco. Garanhuns. Psicologia. Autorização. **18)** Processo e-MEC n°.
2098 201713054. Faculdade Fortium São Sebastião. Distrito Federal. Brasília. Odontologia. Autorização. **19)**
2099 Processo e-MEC n°. 201713153. Faculdade São Francisco de Juazeiro. Bahia. Juazeiro. Odontologia.
2100 Autorização. **20)** Processo e-MEC n°. 201714182. Faculdade Cleber Leite. São Paulo. Santo André.

2101 Enfermagem. Autorização VC. **21)** Processo e-MEC n°. 201715493. Faculdade FASIFE de
2102 Rondonópolis. Mato Grosso. Rondonópolis. Odontologia. Autorização VC. **22)** Processo e-MEC n°.
2103 201715711. Faculdades Unidas do Vale do Araguaia – UNIVAR. Mato Grosso. Barra do Garças.
2104 Psicologia. Reconhecimento. **23)** Processo e-MEC n°. 201718631. Centro Universitário Euro-
2105 Americano. Distrito Federal. Brasília. Medicina. Autorização. **24)** Processo e-MEC n°. 201808420.
2106 Faculdade de Tecnologia de Curitiba – FATEC-PR. Paraná. Curitiba. Psicologia. Autorização. **25)**
2107 Processo e-MEC n°. 201809279. Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
2108 Odontologia. Autorização. **26)** Processo e-MEC n°. 201809446. CENTRO UNIVERSITÁRIO
2109 AUTÔNOMO DO BRASIL. Paraná. Curitiba. Odontologia. Autorização. **27)** Processo e-MEC n°.
2110 201809505. Faculdade Fortium São Sebastião. Distrito Federal. Brasília. Psicologia. Autorização. **28)**
2111 Processo e-MEC n°. 201812235. Centro Universitário Uma. Minas Gerais. Belo Horizonte.
2112 Odontologia. Autorização. **Insatisfatórios (31).** **1)** Processo e-MEC n°. 201610209. Faculdade Baiana
2113 de Tecnologia e Ciências. Bahia. Salvador. **2)** Processo e-MEC n°. 201700459. Centro Universitário de
2114 Caratinga – UNEC/Campus. UNEC Nanuque. Minas Gerais. Nanuque. **3)** Processo e-MEC n°.
2115 201702159. Faculdade Hélio Rocha – FHR. Bahia. Salvador. **4)** Processo e-MEC n°. 201703412.
2116 Universidade Universus Veritas Guarulhos. São Paulo. Guarulhos. **5)** Processo e-MEC n°. 201709121.
2117 Faculdade Ubaense Ozanam Coelho – FAGOC. Minas Gerais. Ubá. **6)** Processo e-MEC n°.
2118 201709473. Faculdade do Futuro – FAF. Minas Gerais. Manhuaçu. **7)** Processo e-MEC n°. 201711467.
2119 Faculdade Univeritas Universus Veritas de Belo Horizonte – VERITAS BH. Minas Gerais. Belo
2120 Horizonte. **8)** Processo e-MEC n°. 201711590. Faculdades Integradas do Ceará. Ceará. Iguatu. **9)**
2121 Processo e-MEC n°. 201711692. Faculdade Vale do Aço – FAVALE. Maranhão. Açailândia. **10)**
2122 Processo e-MEC n°. 201711694. Faculdade Uninassau Fortaleza Savannah. Ceará. Fortaleza. **11)**
2123 Processo e-MEC n°. 201711695. Faculdade Vale do Aço. Maranhão. Açailândia. **12)** Processo e-MEC
2124 n°. 201711749. Faculdade Pitágoras de Luís Eduardo Magalhães. Bahia. Luís Eduardo Magalhães. **13)**
2125 Processo e-MEC n°. 201711782. Faculdade Anhanguera de Jundiá. São Paulo. Jundiá. **14)** Processo
2126 e-MEC n°. 201711849. Faculdade Anhanguera de Itapeçerica da Serra. São Paulo. Itapeçerica da
2127 Serra. **15)** Processo e-MEC n°. 201711944. Faculdade Anhanguera de Sertãozinho – FASERT. São
2128 Paulo. Sertãozinho. **16)** Processo e-MEC n°. 201712161. Centro Universitário Estácio de Belo
2129 Horizonte – Estácio BH. Minas Gerais. Belo Horizonte. **17)** Processo e-MEC n°. 201712196. Faculdade
2130 Estácio de Belém – Estácio Belém. Pará. Belém. **18)** Processo e-MEC n°. 201712277. Universidade
2131 Estácio de Sá – UNESA – Campus Campo Grande. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. **19)** Processo e-
2132 MEC n°. 201712280. Faculdade Ideal Wyden – Faci Wyden. Pará. Belém. **20)** Processo e-MEC n°.
2133 201712310 Faculdade de Imperatriz Wyden – FACIMP WYDEN. Maranhão. Imperatriz. **21)**
2134 Processo e-MEC n°. 201712320. Faculdade Metropolitana da Grande Recife – FMGR. Pernambuco.
2135 Jaboatão dos Guararapes. **22)** Processo e-MEC n°. 201712417. Faculdade UNINASSAU Arapiraca.
2136 Alagoas. Arapiraca. **23)** Processo e-MEC n°. 201712999. Centro Universitário Salesiano de São Paulo
2137 – UNISAL – Campus Santa Terezinha. São Paulo. Americana. **24)** Processo e-MEC n°. 201714499.
2138 Faculdade Natalense de Ensino e Cultura – FANEC. Rio Grande do Norte. Natal. **25)** Processo e-MEC
2139 n°. 201716824. Faculdade do Oeste Potiguar – FAOP. Rio Grande do Norte. São Miguel. **26)** Processo
2140 e-MEC n°. 201717062. Claretiano - Faculdade de Boa Vista – Claretiano BV. Roraima. Boa Vista. **27)**
2141 Processo e-MEC n°. 201807787. Faculdade Regional de Jacuípe. Bahia. Capim Grosso. **28)** Processo
2142 e-MEC n°. 201808435. Faculdade Regional Brasileira – IBESA. Alagoas. Maceió. **29)** Processo e-MEC
2143 n°. 201809012. Faculdade do Norte Goiano – FNG. Goiás. Porangatu. **30)** Processo e-MEC n°.
2144 201809190. Faculdade de Tecnologia de Horizonte – FATHOR. Ceará. Horizonte. **31)** Processo e-MEC
2145 n°. 201809281. Universidade Estácio de Sá – UNESA – Unidade Acadêmica Dorival Caymmi –
2146 Copacabana. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. **Deliberação: aprovados os 59 pareceres elaborados**
2147 **na 193ª Reunião Ordinária da CIRHRT.** Na sequência, o coordenador adjunto apresentou os 46
2148 pareceres elaborados na 194ª Reunião Ordinária da CIRHRT. **Satisfatórios (3).** **1)** Processo e-MEC n°.
2149 201711412. Faculdade UNIRB – PIAUÍ. Piauí. Teresina. Odontologia. Autorização. **2)** Processo e-MEC
2150 n°. 201712468. Faculdade Univeritas Universus Veritas de Brasília - VERITAS BSB - Região
2151 Administrativa III - Taguatinga/DF. Distrito Federal. Brasília. Psicologia. Autorização. **3)** Processo e-
2152 MEC n°. 201714617. Faculdade Doutor Francisco Maeda – FAFRAM. São Paulo. Ituverava.
2153 Enfermagem. Reconhecimento. **Satisfatórios com recomendações (16).** **1)** Processo e-MEC n°.
2154 201709237. Faculdade Ceres. São Paulo. São José do Rio Preto. Medicina. Reconhecimento. **2)**
2155 Processo e-MEC n°. 201709707. Centro Universitário do Rio de Janeiro – UNIRJ. Rio de Janeiro. Rio
2156 de Janeiro. Enfermagem. Reconhecimento. **3)** Processo e-MEC n°. 201711597. UNAMA. Faculdade da
2157 Amazônia de Rio Branco – FMN. RIO BRANCO. Acre. Rio Branco. Psicologia. Autorização. **4)** Processo
2158 e-MEC n°. 201711788. Centro Universitário Anhanguera de Campo Grande. Mato Grosso do Sul.
2159 Campo Grande. Psicologia. Autorização. **5)** Processo e-MEC n°. 201711875. Faculdade Nossa
2160 Senhora de Fátima – FACULDADE FÁTIMA. Rio Grande do Sul. Caxias do Sul. Psicologia.
2161 Autorização. **6)** Processo e-MEC n°. 201712213. Faculdade Master de Parauapebas – FAMAP. Pará.
2162 Parauapebas. Odontologia. Autorização. **7)** Processo e-MEC n°. 201712288. Faculdade Estácio de Sá

2163 de Vitória. Espírito Santo. Vitória. Enfermagem. Autorização. **8)** Processo e-MEC n°. 201712407.
2164 Faculdade de Integração do Sertão – FIS. Pernambuco. Serra Talhada. Psicologia. Autorização. **9)**
2165 Processo e-MEC n°. 201712547. Faculdade de Iporã Paraná – FIP. Paraná. Iporã. Psicologia.
2166 Autorização. **10)** Processo e-MEC n°. 201712690. Faculdade Presidente Antônio Carlos de Teófilo
2167 Otoni. Minas Gerais. Teófilo Otoni. Odontologia. Autorização. **11)** Processo e-MEC n°. 201714143.
2168 Faculdade Escritor Osman da Costa Lins – FACOL. Pernambuco. Vitória de Santo Antão. Enfermagem.
2169 Reconhecimento. **12)** Processo e-MEC n°. 201714812. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira –
2170 FIVR. São Paulo. Registro. Psicologia. Reconhecimento. **13)** Processo e-MEC n°. 201715366.
2171 Faculdade São Francisco Xavier. Minas Gerais. Ipatinga. Enfermagem. Autorização VC. **14)** Processo
2172 e-MEC n°. 201715457. Universidade São Judas Tadeu – USJT. São Paulo. São Paulo. Enfermagem.
2173 Reconhecimento. **15)** Processo e-MEC n°. 201715897. Faculdade UNINASSAU Manaus. Amazonas.
2174 Manaus. Enfermagem. Reconhecimento. **16)** Processo e-MEC n°. 201808710. Faculdade Univeritas
2175 Universus Veritas de Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Enfermagem. Autorização.
2176 **Insatisfatórios (27).** **1)** Processo e-MEC n°. 201605501. Faculdade Integrada Carajás – FIC. Pará.
2177 Redenção. Enfermagem. Reconhecimento. **2)** Processo e-MEC n°. 201701454. Faculdade DF – FDF.
2178 Distrito Federal. Brasília. Enfermagem. Autorização. **3)** Processo e-MEC n°. 201708692. Instituição de
2179 Ensino Superior de Cacoal – FANORTE CACOAL. Rondonia. Cacoal. Enfermagem. Reconhecimento.
2180 **4)** Processo e-MEC n°. 201708760. Faculdade UNIRB – Aracaju. Sergipe. Aracaju. Enfermagem.
2181 Reconhecimento. **5)** Processo e-MEC n°. 201709725. Centro Universitário de Rio Preto – UNIRP. São
2182 Paulo. São José do Rio Preto. Psicologia. Reconhecimento. **6)** Processo e-MEC n°. 201711458.
2183 Faculdade Uninassau Olinda - Nassau Olinda. Pernambuco. Olinda. Odontologia. Autorização. **7)**
2184 Processo e-MEC n°. 201711602. Faculdade UNINASSAU. Juazeiro do Norte. Ceará. Juazeiro do Norte.
2185 Psicologia. Autorização. **8)** Processo e-MEC n°. 201711612. Faculdade UNIRB – PIAUÍ. Piauí.
2186 Teresina. Psicologia. Autorização. **9)** Processo e-MEC n°. 201711623. Faculdade UNINASSAU Sobral.
2187 Ceará. Sobral. Enfermagem. Autorização. **10)** Processo e-MEC n°. 201711857. Faculdade Batista
2188 Brasileira. Bahia. Salvador. Enfermagem. Autorização. **11)** Processo e-MEC n°. 201712190. Centro
2189 Universitário Estácio de Santa Catarina - Estácio de Santa Catarina. Santa Catarina. São José.
2190 Odontologia. Autorização. **12)** Processo e-MEC n°. 201712451. Faculdade Univeritas Universus Veritas
2191 de Brasília. Distrito Federal. Brasília. Enfermagem. Autorização. **13)** Processo e-MEC n°. 201712677.
2192 Faculdade Calafiori. Minas Gerais. São Sebastião do Paraíso. Psicologia. Autorização. **14)** Processo e-
2193 MEC n°. 201712957. Faculdade Planalto Central - FPC. Distrito Federal. Brasília. Psicologia.
2194 Autorização. **15)** Processo e-MEC n°. 201713260. Faculdade do Vale do Itapecuru – FAI. Maranhão.
2195 Caxias. Enfermagem. Autorização. **16)** Processo e-MEC n°. 201714767. Faculdades Integradas da
2196 América do Sul. Goiás. Caldas Novas. Psicologia. Autorização VC. **17)** Processo e-MEC n°.
2197 201716539. FACULDADE RIO PARNAÍBA. Maranhão. Timon. Odontologia. Autorização VC. **18)**
2198 Processo e-MEC n°. 201716636. Instituto UNA de Itabira. Minas Gerais. Itabira. Psicologia.
2199 Autorização VC. **19)** Processo e-MEC n°. 201716949. Faculdade do Vale dos Carajás – FVC. Pará.
2200 Parauapebas. Psicologia. Autorização VC. **20)** Processo e-MEC n°. 201717194. Escola Superior de
2201 Educação. Minas Gerais. Belo Horizonte. Psicologia. Autorização VC. **21)** Processo e-MEC n°.
2202 201808205. Faculdade Ideal Wyden. Pará. Belém. Odontologia. Autorização. **22)** Processo e-MEC n°.
2203 201808562. Faculdade Dom Ricardo – FDR. São Paulo. Guarulhos. Enfermagem. Autorização. **23)**
2204 Processo e-MEC n°. 201809286. Estácio FIB - Centro Universitário Estácio da Bahia. Bahia. Salvador.
2205 Odontologia. Autorização. **24)** Processo e-MEC n°. 201809368. Faculdade da Região Serrana. Espírito
2206 Santo. Santa Maria de Jetibá. Enfermagem. Autorização. **25)** Processo e-MEC n°. 201809440.
2207 Faculdade do Vale do Itajaí Mirim – FAVIM. Santa Catarina. Brusque. Enfermagem. Autorização. **26)**
2208 Processo e-MEC n°. 201809514. Faculdade Dom Alberto Rio Grande do Sul. Santa Cruz do Sul.
2209 Odontologia. Autorização. **27)** Processo e-MEC n°. 201809987 Faculdade Plus – Plus. Ceará.
2210 Fortaleza. Psicologia. Autorização. **Deliberação: aprovados, em bloco, os 46 pareceres elaborados**
2211 **na 194ª Reunião Ordinária da CIRHRT.** Na sequência, seguindo o trabalho de apreciação das
2212 Diretrizes Curriculares Nacionais da Saúde, foi aberta a discussão sobre Parecer Técnico nº 000/2018,
2213 que dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde sobre as recomendações do
2214 Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação
2215 Bacharelado em Fonoaudiologia. Para contextualizar o processo de construção desta proposta, foram
2216 convidados para compor a mesa o representante do Conselho Federal de Fonoaudiologia na CIRHRT,
2217 **Rogério Roberte**, e a representante do Conselho Federal de Fonoaudiologia, **Thelma Costa**. Segundo
2218 os expositores, as últimas diretrizes, aprovadas em 2002, careciam de mudanças substanciais. O
2219 coordenador adjunto da Comissão destacou que todas as sugestões sugeridas pela CIRHRT foram
2220 incorporadas ao documento. A solicitação de que a proposta, construída coletivamente no âmbito das
2221 entidades representativas da categoria profissional, fosse apresentada e discutida na CIRHRT/CNS,
2222 fundamentou-se na Resolução 515, de 7 de outubro de 2016, que recomenda que as DCNs da área de
2223 saúde sejam objeto de discussão e deliberação do CNS de forma sistematizada, dentro de um espaço
2224 de tempo adequado para permitir a participação, no debate, das organizações de todas as profissões

2225 regulamentadas e das entidades e movimentos sociais que atuam no controle social, para que o Pleno
2226 do Conselho cumpra suas prerrogativas e atribuições de deliberar sobre o SUS, sistema este que tem a
2227 responsabilidade constitucional de regular os recursos humanos da saúde. As recomendações ora
2228 apresentadas também incorporaram princípios/pressupostos da Resolução CNS nº 569, de 8 de
2229 dezembro de 2017 e do seu respectivo Parecer Técnico CNS nº 300, de 8 de dezembro de 2017, que
2230 tratam das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) gerais/comuns para a graduação na área da saúde.
2231 A apresentação da proposta foi feita na plenária da 194ª RO/CIRHRT/CNS, em 11 de dezembro de
2232 2018, por duas representantes da Comissão de Ensino da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia -
2233 SBFa, com a participação de representante do Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa). Seguindo-
2234 se o trâmite previsto na Resolução 407, de 12 de setembro de 2008 (Regimento Interno do CNS), o teor
2235 dessa Resolução e desse Parecer Técnico deve ser apreciado e aprovado pelo Pleno do CNS e, seguir
2236 para homologação do Excelentíssimo Senhor Ministro de Estado da Saúde para, imediatamente, ser
2237 dado conhecimento ao Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação - CNE/MEC. No
2238 ano de 2015 foi iniciado um processo de Revisão DCN de 2002, considerando estudo da legislação
2239 vigente e a fundamentação para as mudanças ocorridas nas DCN do curso de Medicina em 2014.
2240 Houve então, durante o ano de 2016, a construção de um documento pela Comissão de Ensino (CE),
2241 da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa), referendando a necessidade de revisão da DCN.
2242 Na ocasião, aconteceram discussões com os coordenadores dos cursos de graduação em
2243 Fonoaudiologia do país. Em 2017 houve apresentação do parecer comentado na CIRHRT/CNS e o
2244 documento, após revisão e inclusão das sugestões foi para consulta pública. Os resultados da consulta
2245 foram compilados pela CE/SBFa e, apresentados os resultados para os coordenadores dos cursos de
2246 Fonoaudiologia e os representantes do Sistema de Conselhos que congrega os Conselhos Regionais e
2247 Federal. A organização da minuta foi apresentada em uma reunião, em junho de 2017, na sede da
2248 SBFa, para coordenadores e representantes dos Sistemas de Conselho. Em maio deste, considerando
2249 a publicação da Resolução CNS nº 569, de 8 de outubro de 2017, em seu segundo artigo decide
2250 aprovar: [...] o Parecer Técnico nº 300/2017 [...] que apresenta princípios gerais a serem incorporados
2251 nas DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o
2252 desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil
2253 dos egressos desses cursos. Outros documentos também foram base para a elaboração das DCN da
2254 Fonoaudiologia como as Diretrizes para a Política de Extensão na Educação Superior Brasileira (Brasil,
2255 2018). Para dirimir as dúvidas quanto aos estágios, a relação da Fonoaudiologia com a Educação e os
2256 conhecimentos necessários para a formação de fonoaudiólogos no Brasil foi realizada nova reunião
2257 com os coordenadores de cursos e os representantes dos Sistemas de Conselhos e compostos grupos
2258 de trabalho (GT) para aprofundar as discussões nos temas citados. Durante o XXVI Congresso
2259 Brasileiro de Fonoaudiologia, realizado em outubro deste, novamente membros da CE/SBFa, Sistema
2260 de Conselhos e fonoaudiólogos de todas as UF representando as instituições de ensino superior que
2261 tem o curso de Fonoaudiologia reuniram-se e aprovaram os trabalhos dos GT. Após a composição da
2262 minuta, os membros da CE/SBFa, novamente passaram o documento para aprovação pelos
2263 coordenadores de curso de graduação em Fonoaudiologia. O documento ora apresentado é composto
2264 por 24 artigos, organizados em cinco capítulos assim dispostos: capítulo 1 - Diretrizes; capítulo 2 -
2265 Projeto pedagógico do curso; capítulo 3 – Perfil profissional do egresso; capítulo 4 - Competências
2266 colaborativas para o trabalho em equipe interprofissional e o capítulo 5 - Competências específicas do
2267 fonoaudiólogo. Dessa maneira, este documento é o produto desta discussão como proposta de
2268 atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fonoaudiologia. O
2269 processo de construção desta proposta teve caráter amplo, democrático e participativo, com o
2270 envolvimento direto do CE/SBFa, Sistemas de Conselhos, coordenadores de cursos de Fonoaudiologia
2271 e de toda a sociedade em um trabalho conjunto e em reuniões locais, regionais e nacionais e discussão
2272 na plenária da CIRHRT/CNS. O Presidente do CNS interveio para agradecer a contribuição da área da
2273 fonoaudiologia para o fortalecimento e consolidação do SUS. **Deliberação: aprovada, por**
2274 **unanimidade, a resolução do CNS com o Parecer Técnico nº 000/2018, que dispõe sobre as**
2275 **recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais**
2276 **do curso de graduação Bacharelado em Fonoaudiologia.** Seguindo nesta pauta, o coordenador
2277 adjunto da CIRHRT/CNS submeteu à apreciação do Pleno o seguinte Plano de Trabalho da Comissão
2278 Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS com a pauta nas
2279 Residências em Saúde: **1)** Quanto ao escopo de abrangência: este Plano de Trabalho, conforme
2280 Resolução CNS nº 593, de 09 de agosto de 2018, deve contribuir à efetivação do acompanhamento
2281 permanente do controle/participação social relativo à política pública nacional de Residências em
2282 Saúde e à sua necessária regulamentação; este Plano de Trabalho, conforme Resolução CNS nº 593,
2283 de 09 de agosto de 2018, Art. 1º, deve atender a dois eixos estruturantes: a) acompanhamento
2284 permanente do controle/participação social na formalização e execução da política pública de
2285 Residências em Saúde e b) encaminhamento dos estudos necessários à elaboração de proposta de
2286 regulamentação do Art. 30 da Lei nº 8.080/90. **2)** Quanto ao acompanhamento permanente: dar

2287 materialidade política aos Fóruns Nacionais de Coordenadores, de Residentes e de Preceptores e
2288 Tutores de Residências em Saúde, recebendo-os à conversa e construção de agenda; dar
2289 materialidade política às Recomendações elencadas na Carta Final do VIII ENRS acolhendo a
2290 interlocução com os Fóruns de Residência em Saúde no tocante às ações que competem ao CNS; ter
2291 vistas ao mapa nacional de Residências em Saúde: linha histórica dos Programas, distribuição no
2292 território nacional por áreas temáticas, de concentração, de ênfase e de especialidade, categorias
2293 profissionais abrangidas, número de vagas e financiamento; ter vistas ao plano de gestão da política
2294 federal relativa às residências em saúde e às metas de expansão e acompanhamento dos programas;
2295 promover articulação interministerial com o controle social com vistas à realização do V Seminário
2296 Nacional de Residências em Saúde, conforme Recomendação CNS nº 24, de 7 de junho de 2018;
2297 construir modos de apoio aos Encontros Nacionais de Residência e de interlocução com sua Comissão
2298 Organizadora, estreitando laços de controle/participação social junto ao movimento nacional de
2299 Residências em Saúde; elaborar eixos norteadores à representação de membra/os previstos no Art. 2º,
2300 da Resolução nº 593/2018. **3)** Quanto aos estudos necessários: promover a elaboração de eixos
2301 norteadores para abertura e avaliação de Programas de Residências em Saúde na perspectiva do
2302 controle social (construção dos indicadores das políticas de saúde, indicadores da demografia de
2303 profissionais de saúde, indicadores da distribuição de capacidade educacional instalada, indicadores
2304 dos planos estaduais e municipais de educação permanente em saúde, indicadores dos planos
2305 nacional, estaduais e municipais de saúde); promover a elaboração de eixos qualitativos aos Projetos
2306 Pedagógicos de Residência à autorização de abertura de programas, avaliação e supervisão,
2307 credenciamento de instituições e reconhecimento de programas; promover o levantamento e análise de
2308 legislação e normas vigentes das Residências em Saúde; e promover a construção de proposta de
2309 documento consolidador das dispersas e diversas recomendações legais e normativas às residências
2310 em saúde. **4)** Quanto à ação do controle/participação social na agenda pública nacional em saúde:
2311 elaboração de documento orientador que aborde as Residências em Saúde na construção da 16ª
2312 Conferência Nacional de Saúde e respectivas etapas estaduais e municipais, além das Conferências
2313 Livres. **Deliberação: aprovado o Plano de Trabalho da CIRHRT/CNS para acompanhamento da**
2314 **pauta relativa às Residências em Saúde.** Na sequência, apresentou o relatório de atividades do
2315 Grupo de Trabalho do CNS de Revisão da Resolução nº. 350/2005. Explicou que, ainda em processo
2316 de construção coletiva sobre os critérios da Resolução 350/2005, o grupo pactuou conceitos para
2317 serem incorporados no processo de trabalho de análise de processos e elaboração/emissão de
2318 pareceres: **a)** Necessidade social = o que é inevitável; que não pode faltar; que está na realidade;
2319 “fotografia” da região; indicadores sociais; banco de dados (SGTES); uma rede que comporte os alunos
2320 e os profissionais formados; Baremas; dados sobre evasão; oferta de cursos e vagas no território;
2321 localização; dados epidemiológicos (pobreza, IDH, atenção à saúde, etc); número de profissionais
2322 existentes no território (Conselhos Profissionais); mapa; princípios do SUS (promoção, prevenção,
2323 atenção, universalidade, equidade, integralidade); plano estadual de saúde/planos regionais -
2324 <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>; indicadores
2325 demográficos (Conselhos Federais); **b)** PPC de acordo com as necessidades sociais = dados
2326 referentes à observância das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN); corpo docente qualificado e em
2327 número adequado ao quantitativo de vagas; metodologias de ensino inovadoras/ativas; posicionamento
2328 da IES quanto aos cursos EaD na área da saúde; interdisciplinaridade e interprofissionalidade; trabalho
2329 em equipe; inserção dos alunos desde o início do curso na rede de saúde SUS; Termos de
2330 Convênio/Cooperação; contrapartida da IES (privadas); compromisso com a Educação Permanente dos
2331 docentes, etc; e **c)** Relevância social = programas sociais oferecidos pela IES, programas de extensão,
2332 Residências Profissionais de acordo com os dados epidemiológicos; ENEM; cotas; etc. Além disso,
2333 encaminhamentos já estão em implementação e outros aguardam continuidade das discussões, sendo:
2334 1) readequar/organizar a Nota Técnica FormsUS; 2) Solicitar o PPC diretamente às IES; 3) Deixar de
2335 preencher, de imediato, os itens “SOBRE O CURSO E SOBRE A IES”; 4) Mapa Mental; 5) Verificar
2336 possibilidade do CNS emitir “declaração” para a Câmara Técnica, de que a atividade desenvolvida é de
2337 “consultoria” ou atividade “docente”; 6) Na análise dos processos, juntar em “blocos” de análise por
2338 mantenedora, para fazer comparações e evitar inconsistências/desencontros nos pareceres; 7) Verificar
2339 como levantar dados da região de saúde no sistema www.sage.saude.gov.br; 8) Acrescentar o parecer
2340 contrário à EaD como padrão em todos os pareceres; 9) Metodologia híbrida: levantar mais
2341 informações sobre o que significa e incluir sugestão de redação do Fransley, quando o PPC mencionar
2342 esta metodologia; 10) Tecnologia Remota (KLS), fazer o mesmo que acima; e 11) Realizar Oficina de
2343 Trabalho sobre avaliação de cursos, com convidados especialistas, que possam auxiliar na qualificação
2344 do trabalho realizado pela CIRHRT/CNS e Câmara Técnica/CIRHRT, de avaliação e emissão de
2345 pareceres, conforme Decreto 9.235/2017, sob a ótica do controle social em saúde. O Coordenador da
2346 CIRHRT destacou a rica contribuição do representante do MS, conselheiro **Antônio César Silva**
2347 **Mallet**, no Grupo. conselheiro **Antônio César Silva Mallet** destacou o rico e amplo trabalho da
2348 Comissão, que merece o reconhecimento do Pleno do CNS, mas pontuou que é preciso definir canais

2349 de comunicação com o Ministério da Saúde e MEC para garantir que esta atuação resulte na eficácia
2350 esperada. Conselheiro **Neilton Araújo de Souza** solicitou ao FENTAS que defina estratégias para
2351 mobilizar os conselhos profissionais da saúde a compreender e defender o SUS. O coordenador
2352 adjunto da CIRHRT/CNS destacou que é preciso estreitar a interlocução com o MEC. **Deliberação:**
2353 **aprovou o relatório de atividades do Grupo de Trabalho de Revisão da Resolução nº. 350/2005,**
2354 **com destaque para a proposta de realização de Oficina de Trabalho sobre avaliação de cursos.**
2355 Na sequência, conselheiro **Douglas Vinicius Pereira**, coordenador adjunto da Comissão, entregou o
2356 relatório final da 1ª Conferência de Saúde da Juventude, que ainda passará por formatação e
2357 diagramação, e solicitou a análise do CNS. Também fez a leitura da Mensagem de agradecimento,
2358 escrita por ele e incluída no relatório: “Em tempos difíceis como os que nos rodeiam, é essencial
2359 agradecer por todo apoio recebido nas tarefas que desenvolvemos. O Controle Social brasileiro ganha
2360 mais uma página histórica com a realização da I Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde.
2361 Nada disso teria sido possível sem o incondicional apoio dos Conselheiros Nacionais de Saúde. Cada
2362 um contribuiu da maneira que pode, sempre com um enorme respeito pelo engajamento e pela forma
2363 de conduzir os processos que são marcas naturais da juventude. Na pessoa do Presidente, Ronald dos
2364 Santos, e dos Conselheiros que estiveram presentes no evento, Francisca Rego Oliveira Araújo,
2365 Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Márcio Florentino Pereira, Maria Laura Carvalho Bicca, Moysés
2366 Longuinho Toniolo de Souza e Priscilla Viegas Barreto de Oliveira, deixamos um muito obrigado
2367 extensivo a todos os demais. O trabalho árduo da Assessoria Técnica e de toda a equipe de apoio do
2368 CNS merece não só essas palavras, mas nosso carinho incondicional. Vocês são incríveis, são a prova
2369 material de vidas que se doam pelo SUS. Nada mais legítimo que em poucas palavras expressarmos
2370 nossa gratidão a todos e todas vocês. A Comissão Organizadora, representando um conjunto
2371 extremamente importante de entidades nacionais, fica a prova de que mesmo com pouco tempo e com
2372 recursos escassos, é possível construir grandes feitos. A vocês que aceitaram este desafio e se
2373 jogaram de corpo e alma na nossa conferência fica o abraço apertado de companheiros e
2374 companheiras que marcharam e seguirão marchando juntos na luta. Fica também registrado o
2375 agradecimento à UnB por se manter como um referencial de universidade pública, gratuita e de
2376 qualidade, na luta por direitos que jamais poderão ser encarados como mercadorias e na certeza de
2377 que a verdadeira universidade é aquela que rompe com seus muros, não se impõe limites e faz de seu
2378 dia-a-dia, o dia-a-dia da comunidade. Por fim aos jovens, esta geração de brasileiros e brasileiras que
2379 já está fazendo história, mas que ainda há de contribuir muito para os rumos do Brasil, deixamos não
2380 apenas os agradecimentos, mas principalmente a responsabilidade de construir o mundo novo que
2381 tanto sonhamos. No qual a utopia se faz realidade, no qual as relações humanas são baseadas na
2382 lógica da solidariedade, do respeito, do amor. Juventude brasileira que não mediu esforços para sair de
2383 cada um dos quatro cantos desse continente que é nosso país e se fazer parte desse processo. Nos re-
2384 encontraremos em uma série de lutas que ainda estão por vir, mas de imediato, nos encontraremos
2385 também nas Conferências Municipais e Estaduais, culminando na 16ª Conferência Nacional de Saúde,
2386 a 8 + 8. Um até breve, com uma enorme satisfação pelo belíssimo trabalho desenvolvido. *Douglas*
2387 *Vinicius Reis Pereira, Coordenador da I CNLJS*”. Seguindo, o coordenador da CIRHRT/CNS propôs a
2388 realização de reunião virtual da CIRHRT, sob a coordenação do conselheiro **Douglas Vinicius Pereira**,
2389 para analisar os processos e a realização de reunião presencial, em fevereiro, 10 dias após a reunião
2390 do Pleno do CNS no mesmo mês. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a realização de**
2391 **reunião virtual da CIRHRT, sob a coordenação do conselheiro Douglas Vinicius Pereira, para**
2392 **analisar os processos e a realização de reunião presencial, em fevereiro, 10 dias após a reunião**
2393 **do Pleno do CNS no mesmo mês.** Conselheira **Francisca Valda da Silva** homenageou os
2394 integrantes da CIRHRT e da Câmara Técnica pelo importante trabalho realizado. Também registrou
2395 que há cinquenta anos foi editado nesta mesma data o Ato Institucional – AI 5, que representou um
2396 ataque à democracia do Brasil. Fez esse registro para conclamar a sociedade para ficar alerta e impedir
2397 que fatos tristes como esse não voltem a acontecer no país. Por fim, conselheiro **Gerdo Bezerra de**
2398 **Souza**, coordenador da CIRHRT/CNS, agradeceu o tempo que esteve no CNS, o que, nas suas
2399 palavras, foi um dos maiores aprendizados de sua vida e agradeceu o apoio dos demais coordenadores
2400 da Comissão e da assessoria técnica. Despediu-se de todos, conclamando o poema “A Casa que a
2401 Fome Mora”, de Antônio Francisco. Ao final, foi aplaudido de pé como uma homenagem à sua
2402 participação no CNS e sua contribuição na coordenação da CIRHRT. Na sequência, interveio o
2403 coordenador adjunto da CIRHRT que também se despediu do CNS agradecendo a vivência e o
2404 aprendizado que teve durante o período que compôs o CNS. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** fez
2405 um elogio ao trabalho de excelência desenvolvido pela CIRHRT/CNS neste último período e chamou a
2406 atenção para a importância desta Comissão. **ITEM 10 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
2407 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Composição da mesa:** conselheiro **Wanderley Gomes**;
2408 conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e **Francisco Funcia**, assessor técnico
2409 da COFIN. *Coordenação:* conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro
2410 **André Luiz de Oliveira** pontuou os itens que seriam debatidos naquele ponto: minuta de resolução

2411 sobre o Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2019 da União; plano de trabalho da COFIN/CNS
2412 para o ano de 2019; proposta de realização de seminários macrorregionais; e proposta de realização de
2413 Seminário Nacional da Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento - COFIN/CNS Rumo à
2414 16ª CNS. Antes de abrir ao Pleno, explicou que a COFIN/CNS recebeu a PLOA 2019 após ter sido
2415 enviada ao Congresso Nacional, o que dificulta ajustes e aperfeiçoamento. O assessor técnico da
2416 COFIN, **Francisco Funcia**, primeiro, submeteu à apreciação do Pleno a minuta de resolução sobre a
2417 PLOA 2019, explicando que havia sido disponibilizado arquivo com a análise do Projeto feita pela
2418 COFIN (valores consolidados). Dito isso, de imediato, passou a leitura da minuta de resolução sobre a
2419 PLOA. O texto é o seguinte: “Resolução nº 000, de 13 de dezembro de 2018. O Plenário do Conselho
2420 Nacional de Saúde CNS, em sua Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias
2421 12 e 13 de dezembro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas
2422 pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo
2423 Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República
2424 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que as programações
2425 de despesas do Ministério da Saúde - MS, que integram o Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA
2426 2019 da União, não foram encaminhadas em tempo viável ao Conselho Nacional de Saúde CNS tanto
2427 para conhecimento, análise interna e debate com as áreas técnicas do Ministério da Saúde, como para
2428 deliberação prévia à entrega ao Congresso Nacional (cujo prazo constitucional encerrou-se em 31 de
2429 agosto de 2018), conforme estabelece a Lei Complementar 141/2012 (Art. 17, *caput* e parágrafos);
2430 considerando que a maioria das programações de despesas do MS no PLOA 2019 da União apresenta
2431 redução de valores em termos reais (ou seja, variação abaixo da inflação medida pelo IPCA/IBGE em
2432 comparação com os valores das programações do MS que integraram o PLOA 2018 da União), sendo
2433 que essa redução, em alguns casos, também ocorreu em termos nominais (ou seja, a preços correntes
2434 ou sem deflacionar, na comparação de um ano para o outro), sem a devida avaliação de impacto dessa
2435 redução para o atendimento às necessidades de saúde da população; considerando o resultado
2436 consolidado dessa redução da alocação de recursos para a maioria das programações de despesas do
2437 MS no PLOA 2019 da União representou uma queda de recursos para o financiamento das ações e
2438 serviços públicos de saúde - ASPS, de R\$ 119,021 bilhões em 2018 para R\$ 117,887 bilhões em 2019
2439 (a preços correntes ou valor nominal), ou seja, uma redução de R\$ 1,134 bilhão (equivalente a uma
2440 variação anual negativa de 0,95%), o que é incompatível com o crescimento populacional esperado
2441 para o período e com os custos crescentes do setor saúde, quer pelo aumento da proporção de idosos
2442 no conjunto da população, quer pela necessidade de incorporação tecnológica de novos equipamentos
2443 e novos medicamentos; considerando que a redução dos valores das programações de despesas do
2444 MS no PLOA 2019 da União é incompatível com o descumprimento de muitas das metas físicas
2445 previstas nas Programações Anuais de Saúde - PAS 2016 e 2017, que necessitam ser compensadas
2446 em 2018 e 2019, considerando a previsão quadrienal estabelecida no Plano Nacional de Saúde e no
2447 Plano Plurianual (conforme avaliação dos Relatórios Anuais de Gestão 2016 e 2017 do MS realizada
2448 pelo CNS, cujos pareceres conclusivos foram pela reprovação desses dois relatórios, conforme
2449 Resolução CNS nº 551, de 6 de julho de 2017, e Resolução CNS nº 599, de 11 de outubro de 2018,
2450 respectivamente), sendo que não há avaliação do MS a respeito da viabilidade dessa compensação
2451 com os recursos alocados nas programações do MS no PLOA 2019 da União; considerando que não
2452 houve a demonstração da compatibilidade dos valores do MS no PLOA 2019 da União com a
2453 estimativa de restos a pagar a serem inscritos e reinscritos para execução financeira em 2019, de modo
2454 a evidenciar que foram alocados recursos suficientes para o empenho das despesas de caráter
2455 continuado durante o exercício de 2019; considerando que não houve a identificação de quais
2456 programações e valores do MS no PLOA 2019 da União expressam a compensação (como aplicação
2457 adicional ao mínimo) tanto dos restos a pagar a serem cancelados até 31 de dezembro de 2018
2458 (inclusive se forem mantidas as subfunções orçamentárias do cancelamento que motiva essa
2459 compensação), como do total dos restos a pagar de anos anteriores a 2018 já cancelados, mas ainda
2460 pendentes de compensação, especialmente após a vigência da Lei Complementar 141/2012);
2461 considerando que não houve a demonstração da composição das programações do MS no PLOA 2019
2462 da União segundo as subfunções orçamentárias – Atenção Básica, Assistência Hospitalar e
2463 Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica,
2464 Alimentação e Nutrição e outras não diretamente vinculadas à Função Saúde, como por exemplo,
2465 Administração Geral, condição indispensável para se acompanhar posteriormente o cumprimento da
2466 prioridade, definida pelo CNS, de alocação de recursos para a atenção básica durante a execução
2467 orçamentária e financeira de 2019, considerando que, a partir de 2015, foi interrompido o processo de
2468 crescimento do índice obtido a partir da relação entre os valores executados da “Atenção Básica” e da
2469 “Assistência Hospitalar Ambulatorial”; considerando que não houve a demonstração das programações
2470 das transferências financeiras do fundo nacional de saúde para os fundos estaduais e municipais de
2471 saúde no PLOA 2019 da União segundo as subfunções orçamentárias acima citadas, nem da
2472 compatibilidade dessas programações com as pactuações firmadas na Comissão Intergestores

2473 Tripartite (CIT), condição indispensável para se acompanhar a execução orçamentária e financeira de
2474 2019 nos termos da Portaria 3992/2017, que não foi submetida para aprovação do CNS nos termos da
2475 Lei Complementar nº 141/2012 (Art. 17, *caput* e parágrafos); considerando que não houve a
2476 apresentação da compatibilidade das programações do MS no PLOA 2019 da União com as diretrizes
2477 para o estabelecimento de prioridades para 2019 aprovadas pelo CNS pela Resolução nº 579, de 21 de
2478 fevereiro de 2018, conforme estabelece a Lei Complementar nº 141/2012 (Art. 30, parágrafo 4º); e
2479 considerando que não houve a identificação de quais programações e valores do MS no PLOA 2019 da
2480 União expressam a compensação da aplicação insuficiente (abaixo do piso) em 2016 (inclusive dos
2481 *royalties* do Pré-Sal como aplicação adicional ao piso), conforme decisão do Ministro Ricardo
2482 Lewandowski, do Supremo Tribunal Federal, proferida em 31 de agosto de 2017 nos autos da ADI
2483 5.595-MC/DF, recentemente ratificada em Medida Cautelar na Reclamação 30.696 Distrito Federal,
2484 que, inclusive, suspendeu o Acórdão 1.048/2018-TCU-Plenário, que reconheceu a regularidade das
2485 contas de 2016 do Ministério da Saúde, cuja decisão do STF possibilita ao Ministério da Saúde
2486 compensar a diferença da aplicação mínima de 15% (conforme havia se manifestado o CNS no parecer
2487 conclusivo que reprovou o Relatório Anual de Gestão 2016 e o Relatório Anual de Gestão de 2017, do
2488 Ministério da Saúde). Resolve: reprovando as programações do Ministério da Saúde do Projeto de Lei
2489 Orçamentária de 2019 da União, que foi encaminhada para análise do Conselho Nacional de Saúde e
2490 que está em tramitação no Congresso Nacional.” Concluída a leitura, foi aberta a palavra ao Pleno para
2491 manifestações. Conselheira **Maria Laura Carvalho Biccca** saudou a COFIN pela excelência do
2492 trabalho e solicitou esclarecimentos sobre a compensação dos Restos a Pagar de 2012 e 2013.
2493 Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza** manifestou sua indignação com o não envio das
2494 programações de despesas do Ministério da Saúde, que integram o PLOA 2019 da União, ao Conselho
2495 para debate e deliberação antes da entrega ao Congresso Nacional, descumprindo, inclusive,
2496 determinação legal. Também manifestou sua preocupação com a redução de valores da maioria das
2497 programações de despesas do MS no PLOA 2019 da União, haja vista o efeito negativo na garantia das
2498 ações e serviços de saúde à população. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** cumprimentou
2499 a COFIN pelo relatório e avaliou que a redução dos gastos em saúde deve ser a pauta principal do
2500 CNS. Destacou que o cenário posto, em que nem mesmo a inflação se repõe, antecipa a política
2501 econômica do governo Bolsonaro e o CNS precisa organizar-se para enfrentar a situação que está por
2502 vir. Saliou ainda que o governo não cumpre o estabelecido no Plano Nacional de Saúde, construído
2503 com a contribuição da sociedade, com consequência nas políticas de saúde (falta de atendimento e de
2504 medicamento...). Por fim, destacou que o crescimento da arrecadação e de receitas em 2018 e a
2505 inflação em baixa não se refletiram em melhoria do orçamento para garantir o atendimento à
2506 população. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** indagou o que o controle social precisa fazer,
2507 para além da reprovação do RAG, a fim de fazer valer as definições do CNS. O assessor técnico da
2508 COFIN, **Francisco Funcia**, respondeu às falas, destacando que: a PLOA 2019 da União não possui
2509 relação com Restos a Pagar; Restos a Pagar - do ponto de vista legal, a vigência de RP de exercícios
2510 anteriores e reinscritos se dá a partir do momento da inscrição – CNS entende que deve ser
2511 compensado integralmente e não em partes (enquanto não houver compensação, a dívida fica para
2512 trás); é obrigação legal da área econômica do MS cumprir as determinações do TCU e do CNS, assim,
2513 o CNS pode apresentar ação contra o MS por descumprimento das suas deliberações; ao comparar a
2514 Programação do MS de 2018 e 2019, houve queda, mas não descumprimento da EC, mas coloca em
2515 risco o atendimento das necessidades de saúde da população; crescimento de receita não teve impacto
2516 positivo na saúde e nas despesas sociais; e, caso fosse mantido o piso 15% (sem congelamento), seria
2517 R\$ 9 bi a mais para a saúde. O Presidente do CNS destacou que o CNS tem respondido a situações
2518 postas lutas e com instrumentos deliberativos. Após essas considerações, a mesa colocou em votação
2519 a minuta de resolução. **Deliberação: o Pleno aprovou, com cinco abstenções, resolução que**
2520 **reprova as programações do Ministério da Saúde do Projeto de Lei Orçamentária de 2019 da**
2521 **União, que foi encaminhada para análise do Conselho Nacional de Saúde e que está em**
2522 **tramitação no Congresso Nacional.** Em seguida, o coordenador da COFIN/CNS apresentou plano de
2523 trabalho da COFIN/CNS, com proposta de calendário sugerido das reuniões em 2019: Janeiro – sem
2524 reunião; Fevereiro - 7 e 8; Março - 28 e 29; Abril - 25 e 26; Maio - 16 e 17; Junho - 27 e 28; Julho - 25 e
2525 26; Agosto - 29 e 30; Setembro - 26 e 27; Outubro - 24 e 25; Novembro - 28 e 29; e Dezembro - 19 e
2526 20. Em seguida, submeteu à apreciação do Pleno a proposta de realização de oficinas macrorregionais,
2527 para debate: **Mesa 01** - Democratização e a implantação do modelo público e universal de saúde no
2528 Brasil (resgate histórico até a consolidação do SUS). **Mesa 02** – Os Números do SUS. **Mesa 03** – Os
2529 desafios do controle social na consolidação do SUS e da democracia do Brasil. Calendário: Fevereiro:
2530 Sudeste. Local: Rio de Janeiro. Data: 21 e 22. Fevereiro: Sul. Local: Porto Alegre. Data: 28 e 29. Março:
2531 Norte. Local: Belém. Data: 21 e 22. Março: Centro Oeste. Local: Cuiabá. Data: 27 e 28. Abril: Nordeste
2532 I. Local: Maceió . Data: 4 e 5. Abril: Nordeste II. Local: Natal. Data: 18 e 19. A seguir, propôs a
2533 realização do Seminário Nacional da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento -
2534 COFIN/CNS Rumo à 16ª CNS, em maio de 2019 (previsão), com o objetivo de aprofundar o debate do

2535 financiamento do SUS e os impactos na consolidação de seus princípios e garantia do processo
2536 democrático no país qualificando esta temática para a 16ª CNS. O Público alvo é conselheiros
2537 nacionais, estaduais e municipais de saúde (especialmente aqueles que tratam com a temática do
2538 financiamento e orçamento) e público em geral, com total de 200 participantes. A programação é a
2539 seguinte: 1º dia: I) Palestra Inaugural. Tema - Desafios do SUS para os Próximos Anos. II - Mesa 1 –
2540 Marchas e Contramarchas da Organização e do Funcionamento do SUS. III - Mesa 2 – Relação Público
2541 Privado na Saúde do Brasil. 2º dia. IV - Mesa 3 - Incorporação de novas tecnologias e judicialização na
2542 Saúde. V - Mesa 4 – Responsabilidade Sanitária e Pacto Federativo. VI) Palestra Final: “O papel do
2543 Controle Social na consolidação do SUS e da democracia no país”. **Deliberação: o Pleno aprovou o**
2544 **plano de trabalho da COFIN/CNS, com proposta de calendário sugerido das reuniões em 2019, e**
2545 **a realização do Seminário Nacional da Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento -**
2546 **COFIN/CNS Rumo à 16ª CNS, com previsão para o mês de maio de 2019. ITEM 11 – PRESTAÇÃO**
2547 **DE CONTAS 2018 - Relatório de Atividades - Gestão 2015/2018 e Relatório de Gestão 2018 -**
2548 *Apresentação: Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS. Composição da mesa: conselheiro*
2549 **Rildo Mendes; conselheiro Nelson Mussolini; conselheira Francisca Rego; conselheiro André Luiz**
2550 **de Oliveira; conselheiro Geordecio Menezes; e conselheiro Neilton Araújo. Conselheiro Ronald**
2551 **Ferreira dos Santos, Presidente do CNS, apresentou o Relatório Síntese de Prestação de Contas do**
2552 **CNS de 2018. No que diz respeito à execução orçamentária, apresentou o resumo de saldos de 2018**
2553 **do total de receitas, sendo: LDO 2018 - R\$ 12.939.900,00 e suplementação orçamentária - R\$**
2554 **12.000.000,00: a) Diárias: R\$ 1.345.500,00; b) Passagens: R\$ 2.661.500,00; c) 8º TA do TC 68: R\$**
2555 **7.992.040,00; d) Programa de Apoio à participação social na 16ª. Conferência Nacional de Saúde: R\$**
2556 **9.000.000,00 (em execução); e) Qualificação das Ações de Fortalecimento da Participação Social e do**
2557 **Controle Social no SUS, pela ampla representação da sociedade nas etapas da 16ª Conferência**
2558 **Nacional de Saúde: R\$ 3.000.000,00 (em execução); f) total de despesas: R\$ 23.999.040,00; e g)**
2559 **saldo final: R\$ 940.860,00. Sobre o TC 68 – OPAS, destacou que o total de saldo 7º TA pago em 2018**
2560 **foi de R\$ 3.576.510,00. Detalhou o total de receitas do 8º TA, do total de R\$ 10.990.124,50: a) Diárias**
2561 **OPAS: R\$ 932.917,10; b) Passagens OPAS: R\$ 3.277.000,00; c) Contratos PF: R\$ 2.257.515,00; d)**
2562 **CEAP – Formação: R\$ 3.085.060,00; e) Infraestruturas de atividades: R\$ 1.382.924,25; f) total de**
2563 **despesas: R\$ 10.935.356,35; e g) saldo final: R\$ 54.768,15. Também apresentou o resumo das ações**
2564 **do ano de 2018: 15 Conferências Distritais Indígenas; 1 participação no 12º Congresso Brasileiro de**
2565 **Saúde Coletiva – ABRASCO; 4 reuniões da CIAN; 3 reuniões da CIASCV; 3 reuniões da CIASPD; 3**
2566 **reuniões da CIASPP; 03 - Reuniões da CICTAF; 01 – Encontro Nacional das CIEPCSS; 02 – Reuniões**
2567 **da CIEPCSS; 03 – Reuniões da CIPPE; 03 – Reuniões da CIPPSPICS; 12 – Reuniões da CIRHRT; 04**
2568 **– Reuniões da CISB; 04 – Reuniões da CISI; 01 – Seminário Nacional de Saúde Indígena; 03 –**
2569 **Reuniões da CISM; 01 – Seminário Nacional de Saúde Mental; 04 – Reuniões da CISMU; 01 –**
2570 **Seminário Nacional de Saúde da Mulher; 04 – Reuniões da CISS; 04 – Reuniões da CISTT; 01 – 9º**
2571 **CISTTÃO; 10 – Reuniões da CIT; 03 – Reuniões da CIVS; 06 – Reuniões da Comissão Organizadora**
2572 **da CNVS; 01 – 1ª. Conferência Nacional de Vigilância em Saúde; 03 – Reuniões da Coordenação**
2573 **Nacional de Plenária dos Conselhos de Saúde; 01 – 21ª. Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde,**
2574 **Entidades e Movimentos Sociais e Populares; 02 – Reuniões da Comissão Organizadora da 16ª. CNS**
2575 **(=8ª.+8); 06 – Reuniões da Comissão Organizadora da 6ª. CNSI; 11 - Reuniões da COFIN; 07 –**
2576 **Reuniões da Comissão Eleitoral – CNS; 01 – 34ª Congresso do CONASEMS; 01 – Congresso**
2577 **Brasileiro de Alimentação e Nutrição; 12 – Reuniões da CONEP; 03 – Reuniões da Instância CHS; 01 –**
2578 **Reunião da CONEP/ CISI/COFIN; 01 – 1ª. Conferência Nacional Livre de Juventude em Saúde; 02 –**
2579 **Reuniões da Câmara Técnica de Atenção Básica; 06 – Reuniões da Câmara Técnica da CISTT; 01 –**
2580 **Eleição CNS; 01 - Reunião de estruturação do 8º Simpósio de Assistência Farmacêutica; 01 - Reunião**
2581 **preparatória do 8º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica; 07 – Etapas**
2582 **Regionais do 8º Simpósio de Ciência e Tecnologia e Assistência Farmacêutica; 01 – Oficina de**
2583 **Facilitadores do 8º. Simpósio da CICTAF; 35 – Oficinas de Formação de Conselheiros de Saúde; 10 –**
2584 **Oficinas de Formação do Controle Social em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; 01 – Fórum**
2585 **Social Mundial; 01 – Fórum Mundial de Seguridade Social; 01 – Reunião do Grupo de Trabalho da**
2586 **Atenção Básica; 03 – Reuniões do Grupo de Trabalho de análise das Portarias de Consolidação do MS;**
2587 **03 – Reuniões do Grupo de Trabalho de Informação; 05 – Reuniões do Grupo de Trabalho dos**
2588 **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – ODS; 01 – Reunião do Grupo de Trabalho de Formulação**
2589 **da Minuta da Política Nacional de Vigilância em Saúde - PNVS; 12 – Reuniões da Mesa Diretora; 01 –**
2590 **Reunião da Mesa Diretora com os Presidentes dos Conselhos Estaduais de Saúde; 01 – Reunião da**
2591 **Mesa Diretora com Coordenação Nacional de Plenária dos Conselhos de Saúde; 01 – Reunião da**
2592 **Mesa Diretora com os Coordenadores das Comissões Intersectoriais do CNS; 01 – Reunião da Mesa**
2593 **Diretora com a CIEPCSS e a Equipe do CEAP; 01 – Reunião Extraordinária da Mesa Diretora; 12 –**
2594 **Reuniões Ordinárias do CNS; 02 – Reuniões Extras do CNS; 01 – 13º Congresso Internacional da**
2595 **Rede Unida; 01 – Semana da Saúde; 01 – Seminário da CIASPD preparatório para a 16ª Conferência**
2596 **Nacional de Saúde; 01 – Seminário de Saúde Mental preparatório para a 16ª Conferência Nacional de**

2597 Saúde; 01 – Seminário de Saúde das Mulheres preparatório para a 16ª Conferência Nacional de
2598 Saúde; 01 – Reunião com as Universidades Públicas Federais; 01 – Posse dos Conselheiros de Saúde
2599 – triênio 2018-2021; 35 – Contratos de Consultoria OPAS; 01 – Carta Acordo Programa de Formação
2600 de Formadores; 02 – Termos de Execução Descentralizada - Programa de Apoio à participação social
2601 na 16ª. Conferência Nacional de Saúde (UFG) e Qualificação das Ações de Fortalecimento da
2602 Participação Social e do Controle Social no SUS, pela ampla representação da sociedade nas etapas
2603 da 16ª. Conferência Nacional de Saúde (FIOCRUZ). Disse que os gastos desse conjunto de atividades
2604 também foram colocados à disposição do CNS. **Manifestações.** Conselheiro **André Luiz de Oliveira**
2605 interveio para destacar a responsabilidade deste Colegiado com a execução das ações do controle
2606 social e avaliou que o Relatório demonstrou que foi possível avançar, compreender e contribuir para
2607 consolidação do SUS e cumprir as metas estabelecidas. Lembrou, inclusive, que a Mesa Diretora do
2608 CNS possui o dever legal de representar o coletivo e esta gestão trabalhou nesta linha. Conselheiro
2609 Jacildo agradeceu à gestão do CNS pela visibilidade e prioridade dada à Coordenação da Plenária e
2610 lembrou a contribuição dos coordenadores na execução das atividades realizadas pelo CNS.
2611 Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** destacou a produtividade deste Colegiado que se reflete
2612 no volume de atividades realizadas no último período e no momento de atos normativos aprovados.
2613 Reiterou que é preciso cuidar do coletivo em prol da consolidação do SUS e do fortalecimento do
2614 controle social, visando o bem comum da sociedade. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** disse que
2615 o saldo de recursos, de um lado, causa preocupação, mas, de outro, assegura a continuidade dos
2616 trabalhos até a liberação do orçamento 2019. Salientou que foram muitas atividades realizadas e um
2617 grande volume de documentos aprovados, desse modo, é preciso dar encaminhamentos às
2618 deliberações. Em síntese, disse que houve muitos avanços em 2018, mas ainda é possível ir além do
2619 que já foi feito. **Deliberação: neste ponto, o Pleno aprovou, por unanimidade, o relatório de**
2620 **Prestação de Contas do CNS de 2018.** Na sequência, apresentou o Relatório de atividades na Gestão
2621 2015-2018, destacando que o documento apresenta não só as ações desenvolvidas pela gestão 2016-
2622 2018. Trata-se de um importante registro histórico que marca a luta de milhares de pessoas, dos mais
2623 amplos setores ligados à saúde e aos direitos humanos no Brasil. O papel de cada conselheira e
2624 conselheiro, técnicas e técnicos, além da secretaria executiva do CNS no processo de mobilização em
2625 defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) foi fundamental nesses três árduos anos de lutas. Salientou
2626 que as atividades registradas, realizadas em todo o país, também foram escritas pelas mãos de
2627 trabalhadores e trabalhadoras, gestores e gestoras, acadêmicos e acadêmicas, representantes de
2628 movimentos sociais, estudantes, conselheiros e conselheiras estaduais e municipais de saúde, além de
2629 uma série de outros guerreiros e guerreiras do SUS que puderam, sob orientação do CNS, traçar uma
2630 das mais relevantes e ativas experiências de triênio no controle social na saúde. Destacou que foi muito
2631 suor derramado, nossas mãos estão calejadas, mas ao olhar para todas essas páginas de luta e glória,
2632 perceberemos que somos mais fortes do que imaginamos. Nosso projeto é a sociedade e a nação, é a
2633 autoproteção, é a garantia dos nossos direitos mesmo que os obstáculos não sejam fáceis de
2634 ultrapassar. O Estado deve regular e executar as políticas de saúde e é nosso papel deliberar sobre as
2635 ações do poder público. O Estado é o Povo! Essa é a nossa contribuição para a história da saúde
2636 pública, gratuita e universal no Brasil. Saímos desse triênio mais fortes do que entramos, com os olhos
2637 marejados de luta e com ainda mais sede de transformação. Destacou ainda que o Relatório reúne
2638 informações sobre as realizações e os atos normativos desse Colegiado na busca de oferecer com
2639 essas narrativas subsídios com vistas à garantia da transparência dos atos realizados e o acesso às
2640 informações para a sociedade. Este documento descreve também o processo e a atuação do Conselho
2641 Nacional de Saúde, no âmbito da efetivação de suas competências na deliberação, fiscalização e
2642 acompanhamento das políticas públicas de saúde. Apresenta as atribuições do Conselho Nacional de
2643 Saúde (CNS), sendo que a principal é defender o Sistema Único de Saúde SUS público, universal e de
2644 qualidade, mobilizando a sociedade brasileira em defesa do estado democrático e do direito à saúde.
2645 Esse colegiado, em cumprimento da sua missão institucional, também promove e participa de debates
2646 com vistas à reestruturação desse Sistema, fortalecendo o caráter democrático do controle social, por
2647 meio das suas manifestações e deliberações e construções políticas da saúde. Ademais, expõem-se
2648 aqui as obrigações constitucionais e institucionais do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de defender o
2649 direito universal e equânime a saúde, através das atividades das suas comissões. E registram-se os
2650 esforços que este colegiado vem fazendo baseado em muitos estudos e acúmulo de conhecimento
2651 para qualificar e selecionar as suas comissões e por meio delas buscar formas de defender o “direito a
2652 saúde”. Mostra-se o quanto os trabalhos e atividades das comissões auxiliaram e subsidiaram os
2653 debates na perspectiva de consolidar os processos desse colegiado, na formulação de Políticas de
2654 Saúde centradas na realidade brasileira, apresentando e criticando os projetos dos que querem
2655 potencializar o mercado em detrimento do SUS. Destacou, inclusive, a homenagem que o documento
2656 faz à Secretaria-Executiva do CNS, Neide Rodrigues, falecida em 2018, com destaque à sua
2657 contribuição no CNS e na defesa da participação social e do SUS. Lembrou que no início da gestão o
2658 Pleno elaborou o Planejamento Estratégico, em consonância com as deliberações da 15ª Conferência.

2659 Também fez um destaque ao processo de reformulação das comissões, criação de Grupos de Trabalho
2660 e criação de Câmaras Técnicas (uma inovação). Nessa linha, destacou as realizações do Pleno no
2661 período de 2016-2018: em 2016, 22 temas debatidos no Pleno do CNS; em 2017, 38 temas debatidos
2662 no Pleno do CNS; e 52 temas debatidos em 2018. Destacou a participação do CNS em cinco eventos
2663 internacionais e debate de temas com grande impacto na sociedade brasileira, a exemplo do
2664 rompimento da Barragem de Mariana/MG e do incêndio na boate Kiss, em Santa Maria/RS. Também
2665 fez um destaque à rica produção do CNS neste período, citando os atos normativos aprovados neste
2666 mandato: a) Recomendações – 2016: 18; 2017: 69; e 2018: 53 (até a 311ª R.O.); b) Resoluções –
2667 2016: 34; 2017: 30; e 2018: 39 (até a 311ª R.O.); c) Moções – 2016: 11; 2017: 27; e 2018: 15 (até a
2668 311ª R.O.). Por fim, citou marcadores importantes da atuação do CNS em 2018: 21ª Plenária Nacional
2669 de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares; Debates sobre a Austeridade
2670 Fiscal e o SUS no Fórum Social Mundial (2018-Salvador), no Congresso da Rede Unida (Manaus), no
2671 Congresso da Abrasco e no Congresso do CONASEMS; Seminários do Controle Social na Saúde:
2672 Financiamento do SUS (Parceria com o CGU); Curso em EaD sobre Participação e Controle Social
2673 (Parceria com o CGU); Plataforma Rede Conselhos do SUS; 9º Encontro Nacional das Comissões
2674 Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – (9ª CISTTÃO); Conferências propostas e
2675 realizadas pelo Conselho Nacional de Saúde: 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação, 2ª
2676 Conferência Nacional da Saúde da Mulher, 1ª Conferência Nacional da Vigilância em Saúde, 1ª
2677 Conferência Nacional Livre da Juventude em Saúde, 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena
2678 (etapa nacional em 2019), 16ª Conferência Nacional de Saúde (etapa nacional em 2019); Etapas
2679 Preparatórias da 16ª Conferência Nacional de Saúde; Relatório final da 2ª Conferência Nacional de
2680 Saúde das Mulheres (2ª CNSMu); Fórum Social Mundial/2018; Semana da Saúde, de 2 a 8 de abril de
2681 2018; Congresso da Rede Unida/ 2018; Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva
2682 (ABRASCO) 2018; Atividades temáticas, sob a coordenação das Comissões Intersectoriais do CNS de
2683 forma articulada com as questões transversais de equidade, saúde de pessoas com patologias, ciclos
2684 de vida, promoção, proteção e práticas integrativas, alimentação e nutrição e educação permanente;
2685 Termos de Cooperação com o CNS: Fundação Oswaldo Cruz – Termo de Cooperação, Programa de
2686 Apoio à Participação Social na 16ª Conferência Nacional de saúde e Projeto CNS/FIOCRUZ.
2687 Finalizando, registrou a composição: **a)** Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde: Ronald Ferreira
2688 dos Santos (Presidente do Conselho Nacional de Saúde – CNS); **André Luiz Oliveira** (Conferência
2689 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** (Federação Nacional das
2690 Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA); **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** (Associação
2691 Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO); **Geordeci Menezes de Souza** (Central Única dos
2692 Trabalhadores – CUT); **Neilton Araújo de Oliveira** (Ministério da Saúde – MS); **Nelson Augusto**
2693 **Mussolini** (Confederação Nacional da Indústria - CNI); e **Rildo Mendes**(Articulação dos Povos
2694 Indígenas da Região Sul – ARPINSUL). **b)** Secretaria Executiva: **Ana Carolina Dantas Souza**
2695 (Secretária-Executiva); e **Marco Aurelio Pereira** (Secretário-Executivo Substituto). **c)** Organizadoras do
2696 documento: Deise Cristine Rodrigues dos Santos; e Nubia Brelaz Nunes. **d)** Secretaria Executiva:
2697 Djeimy Luzia Biesek; Jessica Mayara Silva Oliveira; e Rosa Amélia Pereira Dias. **e)** Assessoria Técnica:
2698 Carlos Alberto de Souza e Silva Junior; Carolina Terra Magagnin
2699 Cristiane Pereira dos Santos; Denise de Paula Cardoso; Eliana Bohland; Erlen da Silva Matta; Eveni
2700 Meireles Costa dos Santos; Fredson Oliveira Carneiro; Juliana Mendes Astun; Katia Cristina Gonsalves;
2701 Lizandra Nunes Coelho Conte; Lucas Betti de Vasconcellos; Maria Camila Borges Faccenda; Maria
2702 Eugênia Carvalhaes Cury; Marina Jonas Smith; Mirian Benites Falkenberg; Neuza Viana Castanha;
2703 Priscila Paz Godoy; Suetônio Queiroz de Araujo; Teresa Maria Passarella; e Wagner de Almeida Muniz.
2704 **f)** Comunicação: Danilo César Castro Lima; Laura Janice Xavier Fernandes; Lucas Santiago Gonçalves
2705 dos Anjos; Viviane Claudino da Silva; e Willian de Lima Barreto. **g)** Apoio administrativo: Agda Cristina
2706 sSantos Bernardes; Lidia Pinheiro Gilson; Maicon Vinicius de Camargo; Maria do Socorro Pereira da
2707 Silva; Marta Valeria das Graças Miranda; e Natalina de Andrade Campos. **h)** Setor de passagem:
2708 Adriana Lemos dos Santos; Claudia Karoline dos Santos Macedo; Francisca Francineide Vieira da
2709 Silva; Jaci de Jesus Santos Silva; Marimi Melo da Silva; e Rogerio Lopes de Carvalho. **i)** Copa: Ozenita
2710 Costa; e Sebastião Roberto de Inacio de Paula. Finalizou a sua exposição com vídeo de fotos das
2711 atividades do Conselho nesse período e afirmou que o relatório demonstra que é possível resistir,
2712 construir e sonhar juntos. **Manifestações.** Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, na
2713 condição de coordenadora do FENTAS, prestou homenagem e registrou agradecimento à equipe do
2714 CNS e fez uma saudação às conselheiras e aos conselheiros pelas parcerias construídas neste
2715 período. Conclamou a todos para continuar juntos na construção da unidade em defesa do controle
2716 social e do SUS. Conselheiro **Moyses Longinho Toniolo de Souza** também registrou seu
2717 reconhecimento ao excelente trabalho do CNS, com destaque para reformulação das comissões e o
2718 volume de atividades realizadas e de atos normativos aprovados. Neste mandato, destacou a
2719 articulação dos usuários com o segmento dos trabalhadores e da parceria firmada com a gestão, na
2720 pessoa do conselheiro Neilton Araújo. Conselheiro **Antônio Muniz da Silva**, ao se despedir do CNS,

2721 fez questão de registrar que se sentiu incluído no CNS ao receber as pautas das reuniões em Braille.
2722 Disse que os conselheiros deixam legado e agradeceu o aprendizado neste período que compôs o
2723 Conselho. Na linha da ampliação da acessibilidade, sugeriu que os computadores utilizados no
2724 Conselho disponham de software com leitor de tela. Conselheira **Altamira Simões dos Santos de**
2725 **Sousa** destacou que o espaço do CNS, na sua diversidade, é uma escola onde se deve aprender
2726 solidariedade afetiva e política. Também salientou que é preciso debater “saúde”, envolvendo as várias
2727 dimensões. Por fim, cumprimentou a Mesa Diretora pelo trabalho e conclamou a todos a dar
2728 continuidade à luta em defesa do SUS. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** manifestou o seu
2729 orgulho de compor o CNS e sua satisfação por ter participado da Mesa Diretora do Conselho. Também
2730 se desculpou pela sua ausência no último período, justificando que assumiu a docência no curso de
2731 Medicina da Universidade Católica de Pelotas com o intuito de contribuir na formação de profissionais
2732 de Medicina com o perfil que o SUS precisa e merece. Por fim, solicitou a inclusão de todos os nomes
2733 que compuseram a Mesa Diretora do CNS no período de 2015/2018. Conselheira **Ivone Martini de**
2734 **Oliveira** despediu-se do CNS na condição de conselheira e registrou os seus agradecimentos a todas
2735 as pessoas com as quais conviveu neste período. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** agradeceu
2736 o aprendizado que teve ao participar do CNS e o apoio que recebeu em momento difícil que passou.
2737 Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** destacou que, para além das atividades realizadas, o
2738 CNS encerra esse mandato como espaço de resistência e luta em defesa do SUS e dos direitos à
2739 saúde. Conselheira **Carmen Lucia Luiz** também fez uso da palavra para se despedir do CNS e
2740 agradecer o apoio na realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher. Conselheira **Maria**
2741 **Laura Carvalho Bicca** manifestou sua satisfação com o aprendizado alcançado ao participar desse
2742 espaço e agradeceu o carinho recebido de todos. Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduelo**
2743 também agradeceu acolhida que teve ao chegar ao CNS e, na pessoa do Presidente do CNS e do
2744 conselheiro André Luiz, saudou a Mesa Diretora pelo excelente trabalho e pela condução do Conselho.
2745 Conselheira **Zaira Maria Tronco Salerno** também se despediu do Conselho e parabenizou todos os
2746 conselheiros que fizeram parte do Conselho nesta gestão. Salientou que a Mesa Diretora do CNS, na
2747 sua diversidade, contribui para consolidação do SUS. Conselheira **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**
2748 agradeceu a acolhida que recebeu ao chegar ao CNS e os ensinamentos que teve neste período.
2749 Conselheira **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho** registrou o seu reconhecimento ao trabalho do
2750 CNS e agradeceu pelo aprendizado que teve neste período. Conselheiro **Artur Custódio Moreira de**
2751 **Souza** disse que acompanha o CNS há muito tempo e destacou que este Colegiado contribuiu para
2752 sua formação inclusive como pessoa, a partir dos diversos saberes. Também fez um destaque ao
2753 excelente trabalho desenvolvido pela Mesa Diretora e às conquistas do CNS nessa gestão. Conselheira
2754 **Francisca Valda da Silva** chamou a atenção para a produção extraordinária do CNS nesta gestão e
2755 salientou que o Conselho cumpre o seu papel de órgão de fiscalização. Manifestou seu agradecimento
2756 e gratidão a todos os conselheiros e conselheiras, à Mesa Diretora do CNS e à equipe do CNS. Como
2757 encaminhamento, sugeriu a divulgação externa do Relatório e do vídeo sobre as atividades do
2758 Conselho, a fim de dar visibilidade à produção do Colegiado. Conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa**
2759 **Filho** despediu-se do Conselho, agradecendo o aprendizado e o carinho de todos e a dedicação dos
2760 funcionários do Conselho. Também destacou a participação, em rodízio, do CEBES, ABRASCO e
2761 Sociedade Brasileira de Bioética no CNS e espera ter contribuído com este Colegiado. Conselheiro
2762 **Fernando Zasso Pigatto** manifestou a sua gratidão por fazer parte do CNS, representando a CONAM,
2763 e pelo aprendizado que teve com todos os que compõem este órgão, em especial os ensinamentos de
2764 Neide Rodrigues. Salientou a importância da união de todos para seguir em frente na defesa do SUS.
2765 Conselheira **Maria da Conceição Silva** também manifestou sua gratidão e agradecimento ao Pleno, à
2766 Mesa Diretora do CNS e à equipe técnica e sua satisfação com a inclusão da pauta da saúde da
2767 população negra na 16ª Conferência. Conselheiro **Nelson Mussolini** agradeceu ao conselheiro Arilson
2768 Cardoso, Haroldo Pontes e Jurandi Frutuoso a oportunidade de participar da Mesa Diretora do CNS,
2769 uma experiência rica de aprendizado. Também frisou que o Pleno não deve esquecer que o prestador
2770 de serviço é parte integrante do SUS, seja na indústria de medicamentos, na administração de hospitais
2771 privados, contribuindo para o funcionamento do Sistema. Inclusive, lembrou que “Omlton Visconde”,
2772 dono de indústria farmacêutica, junto com Zilda Arns, construíram o Conselho Nacional de Saúde. Por
2773 fim, disse que será possível fazer um país melhor com mais desenvolvimento e crescimento.
2774 Conselheiro **Rildo Mendes** manifestou sua satisfação em participar da Mesa Diretora do CNS,
2775 representando o coletivo deste Colegiado e disse que levaria consigo um pouco da luta de todos.
2776 Agradeceu a oportunidade de participar do Conselho e a paridade dada às pautas do movimento
2777 indígena, com destaque para convocação da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Conselheiro
2778 **Geordeci Menezes de Souza** destacou que as intervenções demonstram o que foi o mandato atual e
2779 salientou que, apesar das mudanças na gestão do Ministério da Saúde (quatro ministros em três anos)
2780 e mudança na Presidência da República, foi possível avançar, principalmente pela unidade na Mesa
2781 Diretora e o apoio do Pleno. Salientou que o próximo Pleno deve dar continuidade à transformação do
2782 controle social e à luta em defesa do SUS. **ITEM 12 – TERMO DE RECONHECIMENTO PÚBLICO E**

2783 **COMENDA ZILDA ARNS** – Neste ponto, a mesa foi composta pelos integrantes da Mesa Diretora do
2784 CNS: conselheiro **Rildo Mendes**; conselheiro **Nelson Mussolini**; conselheira **Francisca Rego**;
2785 conselheiro **André Luiz de Oliveira**; conselheiro **Geordeci Menezes**; e conselheiro **Neilton Araújo de**
2786 **Oliveira**. O Pleno ofereceu a Comenda **Zilda Arns** ao médico Gilson Carvalho, falecido em julho de
2787 2014 e conhecido como um dos idealizadores do Sistema Único de Saúde. A filha dele, **Cristina Lopes**
2788 **Carvalho**, recebeu uma placa metálica alusiva ao prêmio, acompanhada de um certificado assinado
2789 pelo presidente do CNS, Ronald dos Santos e pelo Ministro da Saúde, Gilberto Occhi. Além disso, o
2790 Presidente do CNS entregou aos conselheiros presentes Termo de Reconhecimento Público pela
2791 contribuição no CNS. Após esse ato, o Presidente do CNS encerrou a manhã do segundo dia de
2792 reunião. No período da tarde, foi realizada solenidade de apresentação dos novos membros do CNS,
2793 no Hotel Nacional, Brasília – Distrito Federal. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e
2794 conselheiras na manhã do segundo dia de reunião: *Titulares* – **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**,
2795 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Altamira Simões dos Santos de Sousa**, Rede
2796 Nacional Lai Lai Apejo; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
2797 **Antônio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional de
2798 Cegos do Brasil – ONCB; **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Arlson da Silva Cardoso**,
2799 Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; **Artur Custódio Moreira de**
2800 **Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Carolina**
2801 **Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA;
2802 **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleuza Maria**
2803 **Faustino do Nascimento**, Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho,
2804 Previdência e Assistência Social – FENASPS; **Dylson Ramos Bessa Júnior**, Organização Nacional de
2805 Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação
2806 Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos
2807 Trabalhadores; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays,
2808 Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João**
2809 **Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda**
2810 **Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Luiz Alberto Catanoso**,
2811 Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINDINAPI/FS; **Luiz Anibal Vieira**
2812 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**,
2813 Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
2814 Assistentes Sociais – FENAS; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids
2815 – ANAIDS; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria – CNI; **Neilton Araújo de**
2816 **Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul –
2817 ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Vanja**
2818 **Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Wanderley Gomes da Silva**,
2819 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zaira Tronco Salerno**,
2820 Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**,
2821 Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Deise A. Souza**, Confederação Nacional do Comércio –
2822 CNC; **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina –
2823 DENEM; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Elaine Junger Pelaez**,
2824 Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos
2825 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha**, Sindicato
2826 dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Fernando**
2827 **Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisca Valda**
2828 **da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geraldo Adão Santos**, Confederação
2829 Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho
2830 Federal de Odontologia – CFO; **Getúlio Vargas de Moura Junior**, Confederação Nacional das
2831 Associações de Moradores – CONAM; **Giovanna Sabóia Bastos**, Sociedade Brasileira de
2832 Fonoaudiologia – SBFa; **Glauca Tamoyo Hassler Sugai**, Ministério das Cidades; **Heleno Rodrigues**
2833 **Corrêa Filho**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho
2834 Federal de Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos
2835 Odontologistas – FNO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil
2836 – CGTB; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos
2837 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenir Santos**,
2838 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Lenise Aparecida Martins**
2839 **Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Madalena Margarida da Silva**, Central
2840 Única dos Trabalhadores – CUT; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos
2841 Veterinários – FENAMEV; **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade; **Marisa Furia**
2842 **Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação
2843 Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional

2844 de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Shirley Marshal Diaz Morales,**
2845 Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE.