



## MINISTÉRIO DA SAÚDE CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos onze e doze dias do mês de maio de dois mil e dezessete, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde "Omilton Visconde", Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A mesa de abertura foi composta pelos integrantes da Mesa Diretora do CNS: conselheiro **André Luiz de Oliveira**; conselheira **Francisca Rego**; e conselheiro **Arilson Cardoso da Silva**. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** abriu a sessão, cumprimentando os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da reunião: **1)** Apresentar os informes e as indicações. **2)** Apreciar e debater sobre os itens do Radar. **3)** Acompanhar, refletir e rever possíveis encaminhamentos referentes às temáticas da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde e da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres. **4)** Apresentar, debater e deliberar sobre a Reforma Trabalhista e Previdenciária, e os impactos na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **5)** Discutir, de forma preliminar, as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento - COFIN, tais como o Relatório Anual de Gestão - RAG 2016 e 3º Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas. **6)** Apresentar, debater e deliberar sobre a Política para Tratamento da Esclerose Múltipla pelo SUS. **7)** Apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. Na sequência, passou ao primeiro item da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 293ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. APROVAÇÃO DA ATA DA 290ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** – Primeiro, fez a leitura da pauta da reunião. **Deliberação:** a pauta da 293ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada, com ajustes nos horários definidos para o lanche, término da reunião e debate do item 6 (maior tempo) e com a inclusão da conselheira Cleuza de Carvalho Miguel na mesa do item 8 da pauta. Na sequência, colocou em votação a ata da 290ª Reunião Ordinária do CNS, enviada previamente aos conselheiros. **Deliberação:** a ata da 290ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada com duas abstenções. Segundo, procedeu ao segundo item da pauta. **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), Novos (as) Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Informes. Indicações - Coordenação:** conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Arilson Cardoso da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **Justificativa de ausências** – foram enviadas, com antecedência, as seguintes justificativas de ausência: **Ana Claudia Pereira Martins**; **Artur Custódio Moreira de Sousa**; **Carolina Abad**; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**; **Geordecy Menezes de Souza**; **Joana Batista Oliveira Lopes**; **Nelson Augusto Mussolini**; e **Oriana Bezerra Lima**. **Apresentação de Convidados (as), Novos (as) Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde** – **Ana Lúcia Marçal**; **Anderson Monteiro** (não estava presente); e **Laura Davison Mangilli Toni** (não estava presente). **Informes.** **1)** Audiência Pública dia 26 de abril destinado a debater sobre o “Envelhecimento populacional e Plano de Saúde no país”. Serviço Civil obrigatório no SUS Projetos de Lei no Senado - Senador Paulo Paim. **Apresentação:** conselheiro **Geraldo Adão Santos**. Este tema será debatido em outro momento. **2)** Informe do Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP 01/99. 18 de maio - dia da Luta Antimanicomial. Nota emitida pelo CFM e ABP. Encaminhamentos da reunião da CISM realizada em abril. **Apresentação:** conselheira **Fernanda Magano**. **3)** Informe sobre a Situação do Programa Farmácia Popular e da Rede Própria da Farmácia Popular. **Apresentação:** FENTAS 2017-2018. **Apresentação:** conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva**. **4)** Informe sobre o Acampamento Terra Livre. Informe sobre Massacre dos Índios Gamela no Maranhão. **Apresentação:** conselheiro **Rildo Mendes**. **5)** Informe sobre a Portaria que cria o GT Tripartite sobre o “SUS legal”. **Apresentação:** conselheiro **Neilton Araújo**. **Indicações.** **a)** Convite ao CNS para participar do Congresso de Trabalhadores em Serviço Social. Local: Cuba. Data: 5 a 10 de julho. **Indicação:** conselheira **Maria Laura Bicca** (a conselheira custeará suas despesas). **b)** Articulação de Aids do Rio Grande do Norte – ENONG. XIX Encontro Nacional de ONGs. Local: Natal/RN. Data: 27 a 29 de maio de 2017. **Indicação:** conselheiro **Moysés Toniolo**. **c)** Comitê Intersetorial de Políticas Públicas para

55 Primeira Infância do Ministério de Desenvolvimento Agrário. Não houve indicação. **ITEM 3 – RADAR -**  
56 **Atual situação da Rede Cegonha. Homenagens: Ex-Ministro da Saúde, Adib Jatene e 35 anos do**  
57 **Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS** - Coordenação: conselheira **Francisca**  
58 **Rego**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS.  
59 **Apresentação: Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de A. Silva**, assessora técnica da Coordenação Geral de  
60 Saúde das Mulheres – DAPES/SAS/MS; conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**, representante do  
61 CONASS; e **Humberto Fonseca**, Secretário de Saúde do Distrito Federal e Vice-Presidente do  
62 CONASS. **Homenagens: Ex-Ministro da Saúde, Adib Jatene, e 35 anos do Conselho Nacional de**  
63 **Secretários de Saúde – CONASS** – Iniciando este ponto, foi reproduzido vídeo sobre a trajetória do  
64 ex-Ministro da Saúde, Adib Jatene, “especialista em gente”, fundador do CONASS. Em seguida,  
65 conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**, representante do CONASS no CNS, fez uma exposição  
66 sobre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Primeiro, justificou que o conselheiro  
67 Jurandi Frutuoso teve um imprevisto e não pode estar presente para fazer a apresentação. Iniciando a  
68 exposição, explicou que o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, instituído em 3 de fevereiro de  
69 1982, congrega os secretários de saúde dos Estados e do Distrito Federal em uma associação civil sem  
70 fins lucrativos, de direito privado, que se pauta pelos princípios do direito público, com autonomia  
71 administrativa, financeira e patrimonial. Disse que o CONASS é reconhecido como instância do SUS -  
72 Lei nº. 8.142/1990 reconhece a representação dos secretários estaduais de saúde pelo CONASS no  
73 Conselho Nacional de Saúde; e Lei 12.466/2011 – Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080/1990,  
74 para dispor sobre as Comissões Intergestores do Sistema Único de Saúde - SUS, o Conselho Nacional  
75 de Secretários de Saúde - CONASS, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde -  
76 CONASEMS e suas respectivas composições, e dar outras providências. Detalhou que a missão do  
77 CONASS é promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS,  
78 proporcionando apoio técnico às Secretarias de Estado da Saúde (SES), coletiva e individualmente, de  
79 acordo com suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de  
80 conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e boas práticas. Apresentou a visão de  
81 futuro CONASS: ser conhecido como principal referência política e técnica das Secretarias Estaduais  
82 de Saúde e referência importante perante as instâncias do sistema de saúde e sociedade; dispor de  
83 sustentabilidade econômica, estrutura física adequada ao seu funcionamento e recursos humanos  
84 preparados para responder com efetividade às demandas coletivas e individuais das Secretarias  
85 Estaduais de Saúde, e ser reconhecido nacional e internacionalmente por sua capacidade de inovação,  
86 produção e disseminação de conhecimento na área das políticas públicas de Saúde. Acrescentou que  
87 as finalidades da entidade são: representar politicamente os secretários perante as demais esferas de  
88 governo e instâncias do SUS (CIT e CNS); prestar apoio técnico e político aos secretários e técnicos;  
89 atuar como órgão de intercâmbio de experiências e informações de seus membros para a  
90 implementação das diretrizes do SUS e em obediência as normas em vigor; e buscar o consenso nas  
91 deliberações. Falou ainda sobre os projetos em execução: CONASS em debate: Saúde: para onde vai  
92 a nova classe média, Caminhos da Saúde no Brasil, A crise contemporânea dos modelos de atenção à  
93 saúde, Que saúde você vê?, Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada, Uma agenda de  
94 eficiência para o SUS, Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde, Seminário Internacional  
95 sobre Segurança no Trânsito; Primeira Infância Melhor – Centro de Excelência da Primeira Infância –  
96 Canadá; e Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde. Também destacou as seguintes  
97 iniciativas: **a)** Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde - áreas temáticas: Reestruturação  
98 Gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Atenção Hospitalar  
99 Especializada, Atenção Hospitalar, Gestão e Governança Regional, Assistência Farmacêutica e  
100 Regulação (A Planificação da Atenção à Saúde abrange ações no processo de trabalho nos pontos da  
101 Rede de Atenção à Saúde nas 3 áreas destacadas; e **b)** laboratórios de inovação: Laboratório de  
102 Atenção Primária à Saúde / Redes de Atenção à Saúde – Tauá/CE, Laboratório de Inovação de  
103 Atenção às Condições Crônicas – Santo Antônio do Monte/MG e Laboratório de Governança –  
104 Maringá/PR. Detalhou os parceiros: Ministério da Saúde (MS); CONASEMS – Conselho de Secretários  
105 Municipais de Saúde; Conselho Nacional de Saúde (CNS); OPAS – Organização Pan-Americana de  
106 Saúde; COLUFRAS – Comunidade Luso-Francófona; CPLP – Comunidade dos Países de Língua  
107 Portuguesa; FIOCRUZ; Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Lisboa – IHMT; Centro de Excelência  
108 da Primeira Infância – Canadá; e Fundação Maria Cecília Vidigal. Também apresentou a linha editorial  
109 do CONASS [www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca): Revista Consensus; CONASS Documenta; Coleção Para  
110 entender a Gestão do SUS; e Livros e ebooks. Por fim, apresentou a diretoria do CONASS para a  
111 gestão 2017/2018: **Presidente** - Michele Caputo Neto – SES/PR; **Vice-presidentes**: Região Norte:  
112 Vitor Manoel Jesus Mateus – SES/PA, Região Nordeste: José Iran Costa Júnior – SES/PE, Região  
113 Sudeste: Luiz Antônio de Souza Teixeira Júnior – SES/RJ, Região Sul: João Gabbardo dos Reis –  
114 SES/RS e Região Centro Oeste: Humberto Lucena Pereira Fonseca – SES/DF; **Representante do**  
115 **CONASS na HEMOBRAS**: Henrique Jorge Javi de Sousa – SES/CE; **Representante do CONASS na**  
116 **Agência Nacional de Saúde Suplementar**: Luiz Antônio de Souza Teixeira Júnior – SES/RJ; René

Santos – CONASS (suplente); **Representantes do CONASS no Conselho Consultivo da ANVISA:** Humberto Lucena Pereira Fonseca – SES/DF e Viviane Rocha de Luiz – CONASS (suplente); e **Secretário Executivo:** Jurandi Frutuoso. Fechou a exposição com a seguinte citação: "Os males sociais não se alimentam apenas dos que contribuem positivamente para manter as pessoas por baixo, mas também de todos que estão dispostos a tolerar o sofrimento inaceitável de milhões de semelhantes. (Amartya Sen)". Por fim, agradeceu a homenagem ao CONASS e ao fundador da entidade. O Secretário de Saúde do Distrito Federal e Vice-Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, **Humberto Fonseca**, manifestou satisfação em participar desse momento de homenagens e salientou que a história do SUS se mistura à história do CONASS e do ex-ministro Adib Jatene. A seguir, os conselheiros também registraram homenagem ao ex-Ministro da Saúde, Adib Jatene, e ao CONASS pelos 25 anos. Nas falas, os conselheiros destacam a importância do ex-ministro **Adib Jatene**, referência como profissional e cidadão, um especialista em gente, que mostrou a importância de ouvir as pessoas. O homenageado, segundo os conselheiros, conseguiu passar mensagens que contribuem para reflexões, especialmente sobre acolhimento e humanização do atendimento. O Presidente do CNS também reconheceu a importante atuação do conselheiro Jurandi Frutuoso, secretário executivo do CONASS, nas lutas do CNS, com destaque à defesa do financiamento adequado. **Deliberação: o Plenário decidiu aprovar moção de reconhecimento ao ex-ministro Adib Jatene e aos 35 do CONASS. O texto será apresentado no dia seguinte.** Atual situação da Rede Cegonha - Apresentação: **Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de A. Silva**, assessora técnica da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres – DAPES/SAS/MS. Iniciando, a expositora apresentou as diretrizes da Rede Cegonha: acolhimento e classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do Pré-Natal; vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; e acesso ao planejamento reprodutivo dentro de uma política mais ampla de atenção integral à saúde da mulher e à saúde da criança. Explicou que a Rede Cegonha é uma estratégia nacional para fortalecer o trabalho em rede e alterar as práticas de cuidado materno e neonatal. Nessa linha, destacou, em relação à qualificação da atenção pré-natal e planejamento reprodutivo, as seguintes ações: ampliação dos exames e implantação de testes rápidos de HIV e sífilis; implantação do teste rápido de gravidez nas unidades básicas de saúde; ampliação da oferta de métodos contraceptivos, pp DIU de cobre 380; vinculação da gestante ao local do parto; Sisprenatal web/gestão da informação; e caderneta da gestante. No que se refere à qualificação da atenção ao parto e nascimento, citou as seguintes iniciativas: suficiência de leitos obstétricos e neonatais – obras, equipamentos e incentivos; protocolo de acolhimento e Classificação de risco nas portas de entrada; implementação de Centro de Parto Normal e Casa de Gestante, Bebê e Puérpera; mudança das práticas de cuidado ao parto e nascimento, e ao abortamento – boas práticas baseadas em evidências científicas; e ampliação de cursos para enfermeiras obstétricas e obstetizes e inclusão na assistência ao parto. Sobre a Cobertura das Regiões de Saúde - 2011 a 2016, citou que são 428 Regiões de Saúde, 64% de Regiões de Saúde com adesão à Rede Cegonha e 389 maternidades com recursos. No que se refere à governança, explicou que são 71 Fóruns Perinatais implantados: gestores, sociedade civil, usuários, serviços de saúde, Sociedades Profissionais, Ministério Público. Também falou da pesquisa telefônica anual com mulheres que tiveram parto/SUS, explicando que a intenção é avaliar qualidade do cuidado, boas práticas, satisfação, violência obstétrica. Disse que foram 119 maternidades auditadas nesse processo. Falou ainda sobre a ampliação de novos serviços - obras em andamento: Maternidade: 14; Centro de Parto Normal: 27; Casa Gestante, Bebê e Puérpera: 9; e Ambiência do Centro Obstétrico: 35. Acrescentou que são 2.320 leitos de gestação de alto risco, mais equipamentos para 213 maternidades, gerando mais qualidade na atenção obstétrica. A respeito da ampliação, explicou que são 43 obras concluídas e habilitações, sendo: Centro de Parto Normal: 13; Casa Gestante Bebe e Puérpera: 5; e Ambiência do Centro Obstétrico: 25. Acrescentou ainda que são: 14 CPN habilitados; 13 CPN em diligência documental; 3 CPN para habilitação; 11 CGBP habilitadas; e 12 CGBP em diligência documental. Sobre os leitos neonatais/Método Canguru, citou aumento de 26% no número de leitos - de 3,4 mil para 4,6 mil leitos e aumento de 42% no número de leitos de UCINCo e UCINCa - de 2,2 mil para 3,8 mil leitos. Ainda nesse aspecto, explicou que, em 2016, onze Estados alcançaram suficiência de leitos de UTIN: DF, RN, SE, TO, ES, MG, RJ, SP, PR, RS, SC. (4.567 leitos SUS existentes). Falou sobre a iniciativa Hospital Amigo da Criança e da Mulher que visa potencializar as Políticas de Saúde da Criança e da Mulher, no contexto das Redes de Atenção à Saúde e atenção hospitalar com boas práticas no cuidado da criança e da mulher - 324 Hospitais Amigos da Criança e da Mulher certificados - 27% das crianças nascem nestes hospitais. Listou os critérios de habilitação desses hospitais: 1) Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno; 2) Lei 11.265/2006 e a NBCAL; 3) Cuidado Amigo da Mulher- CAM; 4) Boas Práticas de Parto e Nascimento/OMS/1996) em consonância com a Rede Cegonha; 5) Garantir permanência da mãe ou pai, junto ao recém-nascido, durante as 24 horas, e livre acesso a ambos ou na falta destes, ao responsável legal. Falou ainda sobre a oferta de métodos contraceptivos e preservativos, explicando que 100% da população sexualmente

ativa (10 a 49 anos) está coberta. Em 2015, foram distribuídos 552.343.753 preservativos masculinos e 22.310.800 preservativos femininos. Também mostrou a Agenda “Proteger e Cuidar de Adolescentes em 2017”, destacando os materiais. Detalhou a estratégia pré-natal ao parceiro, destacando as seguintes ações: ofertar uma consulta com exames de rotina no pré-natal da parceira, envolver os homens no processo de planejamento reprodutivo, gestação, parto, puerpério e cuidados com o desenvolvimento da criança e promover o autocuidado do homem, reduzir a morbimortalidade masculina, melhorar o vínculo entre mulheres, homens e filhos. Mostrou os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado, que realizou 7.584 entrevistas, com o objetivo de avaliar acesso e acolhimento dos homens nos serviços públicos de saúde/2014: mais de 1/3 dos homens não costumam ir aos serviços de saúde; cerca de 1/3 dos homens nunca recebeu orientação sobre planejamento reprodutivo; 1 de cada 4 homens pesquisados não acompanhou a sua parceira nas consultas de pré-natal; dos homens que acompanharam sua parceira, a maioria informou que o profissional de saúde orientou apenas a gestante; de 4 em cada 5 homens que acompanharam a sua parceira relataram que o profissional de saúde não solicitou exames de rotina para ele; e os poucos que disseram ter realizado exames, o mais solicitado foi o HIV. No que diz respeito à Atenção Básica, Pré-Natal, Planejamento Reprodutivo, acompanhamento do Desenvolvimento Infantil, destacou: 6 milhões de cadernetas da gestante (2015/2016) e 3,2 milhões de cadernetas da criança distribuídas para todo o país (2015); repasse de recursos financeiros para ampliação dos exames de pré-natal; distribuição e capacitação de equipes para realização de teste rápido de gravidez, HIV e Sífilis; publicação de protocolo de Saúde da Mulher na Atenção Básica; EAD com UNASUS para implementação do Protocolo de Saúde das Mulheres na AB (Enfermeiros - inscrição até 30.05); EAD Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres com a UFSC (inscrições a partir de agosto); e ampliação da oferta do DIU de cobre 380. Acerca da atenção ao parto e nascimento, citou as ações: elaboração de protocolo de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia e capacitação de 100 serviços em 23 UF (AM, MT, GO e SC em pontuação); publicação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e à Cesariana - consenso nacional com entidades de classe e movimentos de mulheres; realização de Seminários sobre Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, com participação de 77 serviços, totalizando 540 profissionais de saúde; apoio institucional pelo MS a 70 maternidades prioritárias da Rede Cegonha, com elaboração e acompanhamento de Planos de Ação para mudanças de práticas obstétricas e neonatais - 246 maternidades avaliadas *in loco* (2013/2014) e 630 maternidades em avaliação *in loco* com observação de ambiência, realização de entrevistas com puérperas, gestores e trabalhadores (2016/2017). Sobre os processos formativos, destacou as ações: 710 enfermeiras obstétricas formadas em cursos de residência e especialização e 463 em formação; 292 enfermeiras obstétricas participantes de curso de aprimoramento (curta duração); onze turmas do Curso de urgências e emergências obstétricas com participação de 440 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros); dezessete turmas de Curso ALSO – Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia - 550 (médicos e enfermeiros); 400 vagas para aprimoramento em segurança do paciente nas maternidades /ENSP (início em agosto); 856 Kits de parteiras tradicionais/oficinas de troca de saberes; 2017 – início do projeto para mudança do ensino em obstetrícia em 87 hospitais universitários e de ensino; e Saúde da Mulher Indígena em Perspectiva Antropológica: 34 DSEI e 244 profissionais. Comentou a razão de Morte Materna no Brasil, explicando que não foi possível desenvolver objetivo do milênio – Mortalidade Materna – por causas específicas: hipertensão; hemorragia Infecção Perinatal abortos Causas obstétricas indiretas. Por outro lado, destacou a queda, pela primeira vez, da taxa de cesarianas no país. Detalhou outras ações: Projeto Parto Adequado - mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento na saúde suplementar onde as taxas de cesariana são maiores (84%). Fase 1: 31 hospitais privados e 4 hospitais públicos (finalizada, com resultados positivos em relação à redução de cesarianas desnecessárias e internação de RN em UTI). Fase 2: 150 hospitais (125 privados e 25 do SUS). Iniciada em abril de 2017; Projeto Zero Morte Materna por Hemorragia/OPAS em 8 estados prioritários, com inclusão do traje anti-choque, especialmente em áreas remotas: compra e distribuição de material para AMIU para 178 maternidades e de misoprostol, para 1.243 maternidades; fortalecimento das ações em SSSR com o UNFPA/Brasil; e implementação do Plano Estratégico para apoio aos estados e municípios no enfrentamento ao ZIKA vírus em 4 eixos: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; atenção às crianças; apoio psicossocial às famílias; capacitação permanente (ex. incorporação de mais um ultrassom na 30ª semana de gravidez voltado as mulheres que referiram ter tido zika). Concluída a exposição, foi aberta a palavra para manifestações. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** falou sobre a situação das doula, que desempenham importante trabalho, mas não são reconhecidas como profissionais de saúde e perguntou se há proposta de incluir como profissão necessária nas maternidades. Além disso, explicou que a doula é vista como acompanhamento na hora do parto, assim, é proibida a entrada de outro acompanhante. Também perguntou qual é a estratégia para superação das taxas de cesáreas desnecessárias no país. Por fim, salientou que a maior parte das mulheres não conhece os hospitais da rede que realizam aborto nos casos previstos em lei e perguntou o que fazer para divulgação desse serviço. Conselheiro **Arilson Cardoso da Silva**

241 cumprimentou a expositora pela apresentação e o Ministério da Saúde pelos resultados alcançados.  
242 Também perguntou quantos planos regionais estão habilitados pelo MS e quantos serviços hospitalares  
243 estão recebendo recurso. Explicou que o Estado do Rio Grande do Sul enfrentou dificuldades na  
244 habilitação de planos de ação. Conselheiro **Moysés Toniolo** salientou a importância de fortalecer as  
245 ações de saúde sexual e reprodutiva e lembrou que mulheres gestantes soropositivas não estão  
246 contempladas na atenção básica (somente na especializada). A representante da Coordenação de  
247 Plenária, **Edna Maria** perguntou como fica a situação dos municípios que receberam recursos e não  
248 implantaram serviços, conforme aconteceu em Rondônia. Também pontou os seguintes aspectos na  
249 sua fala: SISPACTO – referência para melhorar os serviços – não houve queda das cesáreas; e  
250 CMS/Cacoal – aprovou resolução que assegura a permanência das doulas, mas não avançou.  
251 Conselheira **Francisca Valda** frisou que a situação convoca a todos a vencer os obstáculos para  
252 garantir o direito à saúde, enfrentando os problemas na oferta de serviços. Avaliou que a EC 95 é um  
253 desafio a ser superado, porque o subfinanciamento agrava as questões das gestantes no sistema.  
254 Pontou como desafios a serem enfrentados: como efetivar as normas técnicas?; ampliar a adesão à  
255 rede cegonha (apenas 64%); qual a oferta de capacitação?; política de atenção integral à saúde das  
256 mulheres – baixa integração na rede de atenção integral; racismo, violência obstétrica; lacunas de  
257 informações em relação ao monitoramento; baixo número de enfermeiras obstétricas nos centros de  
258 parto normal; e mortes maternas e neonatais. Conselheiro **Antônio Muniz** perguntou quais são as  
259 ações da Rede Cegonha voltadas às mulheres com deficiência – surdez, deficiência física severa,  
260 cegueiras, déficit intelectual. Conselheiro **Breno de Figueiredo Monteiro**, no caso da Rede Cegonha,  
261 quis saber qual percentual é investido na rede privada sem fins lucrativos, responsável por 40% dos  
262 partos realizados no país. Também informou que participara do Projeto Parto Adequado da ANS e no  
263 período de dezoito meses foram evitadas 25 mil cesarianas desnecessárias (aumento do percentual de  
264 partos normais nesse período – de 3% para 42%), por conta do empoderamento das gestantes em  
265 relação a seus direitos e protagonismo da enfermagem no Sistema. Disse que a segunda fase do  
266 projeto iniciou em abril de 2017 e a intenção é avançar ainda mais. Sobre as doulas, colocou o  
267 entendimento que não são profissionais de saúde e o papel da atenção e da humanização é do  
268 profissional de saúde. Conselheira **Elcyana Bezerra de Carvalho** solicitou que fosse disponibilizado o  
269 relatório com resultado da pesquisa telefônica anual com mulheres que tiveram parto/SUS, realizada  
270 em 2016 (119 maternidades auditadas) para envio à CISMU/CNS para análise. Conselheiro **Geraldo**  
271 **Adão Santos** fez os seguintes questionamentos na sua fala: quais são os resultados da campanha de  
272 incentivo ao parto normal? Qual o incentivo dado aos hospitais que participam dessa iniciativa?  
273 Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva** denunciou a situação das mulheres em situação de rua  
274 que não podem ficar com seus bebês (Portaria do Ministério Público de Minas Gerais) e perguntou o  
275 que pode ser feito a respeito. Conselheira **Paula Jhons** recebeu com satisfação a informação sobre a  
276 queda de cesarianas no país, apesar dos números estarem distantes do preconizado pela Organização  
277 Mundial de Saúde. Também denunciou a entrega de suplemento alimentar artificial às mães nas  
278 maternidades e perguntou como melhorar a fiscalização a respeito. Também quis saber quais são os  
279 incentivos para que os hospitais se tornem amigos da criança. Por fim, frisou que a mulher precisa ter  
280 autonomia para decidir quem irá acompanhá-la durante o parto. Conselheiro **Willen Heil e Silva**  
281 perguntou sobre a possibilidade de inserção das práticas integrativas e complementares na Rede  
282 Cegonha, pré e pós-parto, uma vez que essas alternativas diminuem custos e aumentam a efetividade  
283 das ações. Sobre as doulas, registrou o reconhecimento a essa prática e demais práticas tradicionais e  
284 populares. **Retorno da mesa.** A assessora técnica do DAPES/SAS/MS, **Luiza Beatriz Ribeiro Acioli**  
285 **de A. Silva**, respondeu às perguntas feitas pelos conselheiros, contemplando os seguintes aspectos: **a)**  
286 a violência institucional contra as mulheres negras, há integração importante com a Política de Saúde  
287 da População Negra, houve investimento para ampliação dos exames de eletroforese e hemoglobina,  
288 desafio institucional nas maternidades, foi feito investimento de UFBA para trabalhar com serviços  
289 estratégicos definidos pelos gestores, com realização de oficinas; trata-se de um desafio importante  
290 que está na agenda há tempo e precisa estar presente na nos grupos condutores centrais e nos fóruns  
291 perinatais, por exemplo; **b)** doulas: é autonomia da mulher escolher, além do acompanhante, a  
292 participação das doulas durante o trabalho de parto; municípios possuem legislações locais; o manual  
293 das doulas está em atualização (será divulgado no primeiro semestre); **c)** redução de cesáreas: é um  
294 desafio posto desde o início da Rede, mas, dada a complexidade, o resultado não será em curto prazo;  
295 foi publicado o protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para realização das cesáreas e do parto  
296 normal; **d)** avaliação das maternidades: está sendo debatida a qualidade da implementação das boas  
297 práticas do parto, nascimento e abortamento e como os serviços lidam com a violência sexual; há  
298 investimento na implantação de PCDTs e planos regionais de ação, além parcerias com hospitais  
299 universitários de ensino; **e)** aborto legal: em 2016, foi realizada ouvidoria dos serviços cadastrados no  
300 CNES que realizam atenção ao aborto legal e os resultados serão utilizados para elaboração de plano  
301 de ação a ser pactuado de forma tripartite, com ampliação e divulgação dos serviços; no Disk 180 é  
302 possível conhecer os serviços de aborto legal cadastrados no SUS; **f)** planos de ação e maternidades:

303 64% de regiões, sendo 329 com recursos de qualificação da assistência do auto risco; o Ministério da  
304 Saúde recebeu conjunto de planos de ação do Estado do Rio Grande do Sul que foram devolvidos ao  
305 grupo condutor para complementar informações e outros Estados não enviaram planos por conta dos  
306 vazios assistenciais; **g)** o desafio da saúde sexual e reprodutiva não é específico da mulher e não se  
307 resume a planejamento familiar - informativos, oficinas, atualização dos protocolos para oferta dos  
308 métodos contraceptivos; **h)** serão realizadas visitas técnicas *in loco* nas maternidades com percentual  
309 acima de 50% para concluir o processo e habilitar os serviços; **i)** processo Ead – disponibilizará  
310 informativo; **j)** Centros de partos normais – 30 centros implantados (meta: 120), portanto, é preciso  
311 intensificar ações especialmente com CONASS e CONASEMS; **k)** Ouvidoria: disponibilizará o relatório  
312 das auditorias; **l)** população de rua: preocupação com a medida do Ministério Público de Minas Gerais,  
313 por entender que não é a mais adequada; foi solicitada nova audiência para tratar do tema; serão  
314 intensificadas as reuniões do fórum perinatal de Belo Horizonte para tentar reverter a decisão; e **m)** a  
315 humanização é base da Rede Cegonha. Após esse retorno, a mesa passou aos encaminhamentos.  
316 **Deliberação:** solicitar à área técnica que encaminhe à Secretaria Executiva do CNS o relatório  
317 com resultado da pesquisa telefônica anual com mulheres que tiveram parto/SUS, realizada em  
318 2016 (119 maternidades auditadas) para envio à CISMU/CNS para análise. Em seguida, a mesa foi  
319 composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – 2<sup>a</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DAS**  
320 **MULHERES - Eixo 1: O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus**  
321 **reflexos na vida e na saúde das mulheres.** Apresentação: **Emília Fernandes**, Primeira Secretária de  
322 Políticas para as Mulheres - SPM e Presidente do Fórum de Mulheres do Mercosul/Brasil; e **Jacira da**  
323 **Silva**, Coordenadora do Movimento Negro Unificado do Distrito Federal - MNU/DF. Coordenação:  
324 conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Carmem Lúcia**  
325 **Luiz**, coordenadora da CISMU. Iniciando, conselheira **Carmem Lúcia Luiz** falou da trajetória de luta  
326 das duas convidadas para debater o eixo 1 da Conferência. A Coordenadora do Movimento Negro  
327 Unificado do Distrito Federal - MNU/DF, **Jacira da Silva**, iniciou agradecendo o convite e saudando o  
328 Conselho pelo compromisso na luta por garantir políticas essenciais à saúde das pessoas, entre elas, a  
329 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. No contexto atual, disse que é  
330 preciso ter atenção ao projeto político de retrocessos – reforma da previdência, reforma trabalhista. Nas  
331 frentes de batalha, ressaltou que o combate ao racismo institucional, por vezes invisibilizado, precisa  
332 ser pauta permanente e a questão racial, que é transversal, precisa estar contemplada nos debates das  
333 políticas. Lembrou que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra prevê  
334 comitês técnicos e o Conselho precisa colocar em pauta o papel fiscalizador das políticas, verificando,  
335 inclusive, como está a implantação dessas instâncias. Também disse que é preciso reconhecer as  
336 especificidades das mulheres negras – anemia falciforme, hipertensão e outras características dessa  
337 população – para definir ações específicas e qualificar a formação profissional para atendimento a essa  
338 população. Lembrou que as mulheres negras são e foram vítimas do abortamento desde o processo  
339 escravocrata, tendo sido usadas pelos opressores e ponderou que esse processo não acabou.  
340 Também destacou o genocídio da juventude negra, em que os jovens são executados pela violência  
341 racial. Sobre a reforma trabalhista proposta pelo governo, avaliou que ameaça os poucos direitos já  
342 conquistados e é preciso lutar contra essa iniciativa. Finalizou salientando que a 2<sup>a</sup> CNSMu é um  
343 espaço fundamental para reforçar a Política de Saúde das Mulheres e todos devem contribuir com o  
344 debate. Em seguida, expôs a primeira Secretária de Políticas para as Mulheres - SPM e Presidente do  
345 Fórum de Mulheres do Mercosul/Brasil, **Emília Fernandes**, que iniciou a sua manifestando satisfação  
346 por participar desse debate e poder aprender com o CNS. Salientou que o Brasil possui marcos legais  
347 na sua história de luta da população brasileira e dos governos e destacou, entre eles: luta pela  
348 redemocratização, luta dos movimentos populares (surgeimento do programa de saúde da mulher: 83);  
349 realização da I Conferência Nacional de Saúde da Mulher; e Constituição Federal (88). Avaliou que o  
350 país atravessa grave crise política, econômica, social, com desaceleração do crescimento, aumento do  
351 desemprego, ameaça à soberania nacional, tentativas de retroceder nos direitos já conquistados.  
352 Ponderou que há grandes questões a serem feitas, mas o Parlamento está profundamente  
353 desacreditado pela forma como vem agindo. Pontou que as mulheres são protagonistas das  
354 conferências, com propriedade para debater diversos temas como pobreza, direitos, sindicalismo,  
355 educação, saúde, violência, direitos humanos, política (apenas 10% de mulheres no parlamento). Além  
356 disso, as mulheres desejam debater: reforma agrária; alimentação saudável; mundo trabalho; direitos  
357 sexuais e reprodutivos. Frisou que as mulheres avançaram na luta social e de direito, mas por outro  
358 lado, enfrentam o avanço do conservadorismo, do machismo, do preconceito e da defesa de estado  
359 mínimo. Salientou ainda que se observa no país retrocesso nos espaços institucionais de políticas  
360 públicas e participação popular. Avaliou que é preciso análise mais ampla da situação do Brasil em um  
361 contexto social em que se acentua a crise do capitalismo, com retirada de direitos e educação e saúde  
362 vistas como mercadoria. Frisou que a crise internacional, iniciada nos Estados Unidos, chegou até a  
363 América Latina, assim, vive-se desmonte de programas e projetos. Trata-se de um momento delicado  
364 da política externa. Sobre as reformas, salientou que o Congresso Nacional está desacreditado, de costa

para o povo, e almeja um país subdesenvolvido, entendendo que o desenvolvimento da economia ocorre com valorização da classe trabalhadora. Além disso, chamou a atenção para os projetos em tramitação que interferem diretamente na vida das pessoas - reforma agrária, segurança alimentar, agricultura familiar, liberação dos agrotóxicos (inúmeros projetos relativos a venenos verdes). No mais, destacou o congelamento de recursos por 20 anos na educação e saúde, a retirada de dinheiro da segurança, com a finalidade de atender à questão financeira. Disse que é preciso refletir a quem interessa a reforma trabalhista, a reforma da previdência, a precarização do trabalho, a terceirização. Salientou que os que atacam os direitos conquistados são os mesmos que escravizaram os negros nas senzalas, os operários nas fábricas e muitos são sonegadores corruptos. No mais, citou o desmonte de setores estratégicos do país, que agride a cidadania e citou, por exemplo, os ataques à Petrobras, maior empresa do país e uma das maiores do mundo, em nome do "combate à corrupção". Também pontuou os seguintes aspectos a serem tratados no eixo da sustentabilidade ambiental: luta em defesa do meio ambiente associada à luta por um novo modelo de desenvolvimento, com protagonismo das mulheres; aliança socioambiental com fim da pobreza e distribuição da riqueza; paz mundial; consumo consciente e segurança alimentar; gestão dos recursos hídricos e mudanças climáticas; matriz energética e consumo de energia (energia limpa). No contexto de resistência à intolerância, ao ódio, ao preconceito, à retirada de direitos, perguntou até quando conservadores e fundamentalistas religiosos não respeitarão os avanços na legislação e na efetivação de políticas de proteção aos direitos humanos, promoção da igualdade de gênero e racial, superação da violência, promoção da saúde integral exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. **Manifestações.** Conselheira **Tathiane Aquino de Araújo** parabenizou a professora **Emília Fernandes** pelo trabalho desenvolvido e pelo recorte na sua fala sobre a transexualidade. Conselheiro **Moysés Toniolo** salientou que, para além das reformas que o governo tenta impor à sociedade, há tentativa de atacar com o SUS, de dentro para fora. Citou como exemplo o Projeto SUS Legal que pode acabar com o financiamento específico para as políticas públicas. Conselheira **Maria das Graças Gervásio** perguntou às expositoras o que fazer para implementar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especialmente aqueles relativos à saúde da mulher. Conselheira **Jipiara Gonçalves de Castro** saudou as expositoras e reiterou a preocupação com os ataques aos trabalhadores, especialmente à população negra, porque interferem na educação, na saúde, no financiamento, no direito à aposentadoria e na proteção social. Também salientou que falar de saúde significa tratar do direito de acesso ao conhecimento e do direito da mulher em decidir sobre os seus corpos. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** agradeceu as expositoras pelas falas que levantaram questões importantes para reflexão e ressaltou que é preciso que pessoas como a professora Emilia Fernandes voltem a compor o Congresso Nacional, inclusive para defender a pauta da segurança alimentar naquela Casa. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva** fez referência à Nota técnica do DIEESE nº. 171, de março de 2017, que trata da reforma da previdência e o impacto para as mulheres e sugeriu que o CNS socialize o documento e aprove manifestação sobre esse impacto. Conselheiro **Rildo Mendes** chamou a atenção para a situação das mulheres indígenas, que enfrentam situações de violência, não têm terra para plantar, nem comida e água para beber e destacou que o modelo imposto significa a extermínio dos povos indígenas. Solicitou atenção para as demandas das mulheres indígenas e a garantia de presença dessa representação na Conferência. Conselheira **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira** salientou que a luta deve ser permanente e lembrou que as mulheres negras são as mais que sofrem nesse momento de crise e de desmonte de direitos conquistados ao longo dos anos. Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello** salientou que é preciso lutar pela saúde integral, mas sem esquecer as especificidades da população negra. Falou sobre o lúpus, doença que acomete mais as mulheres negras jovens, que pode levar a morte e frisou a necessidade de definir uma política no Brasil acerca dessa patologia. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** salientou que as questões raciais, de gênero, de orientação sexual influem na saúde mental das pessoas e essas questões tendem a influir ainda mais com as reformas propostas. Também fez os seguintes questionamentos: quais são as alternativas de desenvolvimento econômico para o país que não explorem o trabalhador? e qual a posição do Fórum das Mulheres do Mercosul em relação ao processo misógino que foi o impeachment da presidente Dilma Rousseff? Conselheiro **Aníbal Vieira Machado** cumprimentou a Mesa Diretora CNS pela pauta e saudou as expositoras pela luta. **Retorno da mesa.** A Coordenadora do Movimento Negro Unificado do Distrito Federal - MNU/DF, **Jacira da Silva**, respondeu às falas dos conselheiros contemplando na sua fala os seguintes aspectos: os ataques ao SUS visam reforçar o processo de comercialização da saúde (planos privados de saúde); é preciso cuidar dos elementos da natureza para ter saúde – consciência ambiental a partir das políticas públicas; preocupação com a intolerância religiosa – a quem interessa os questionamentos dos rituais afro-brasileiros por conta do sacrifício de animais?; saúde ambiental faz parte prioritariamente da qualidade de vida; é preciso ter atenção e definir políticas voltadas às doenças que acometem mais as mulheres negras; negros e negras foram escravizados e é preciso atentar para não reproduzir hábitos racistas; o Movimento Negro Unificado realizará o 18º Congresso Nacional, no final de outubro, em Brasília, rumo aos quarenta anos do empoderamento de negros e negras; e é preciso

427 assegurar no orçamento recursos para realização de conferências temáticas – promoção da igualdade  
428 racial, de comunicação – e essas conferências devem dialogar entre si. A Primeira Secretária de  
429 Políticas para as Mulheres - SPM e Presidente do Fórum de Mulheres do Mercosul/Brasil, **Emilia**  
430 **Fernandes**, agradeceu as palavras de apoio e carinho e nas respostas às intervenções pontuou as  
431 seguintes questões: neste momento, o jogo de forças do retrocesso está na pauta, assim, é preciso  
432 resistir na luta e na resistência; é preciso fortalecer o SUS e lutar por mais recursos para o Sistema –  
433 alternativas: taxação das fortunas, das heranças; na onda de combate à corrupção, os conservadores  
434 crescem, os homofóbicos ganham força e há crescimento do feminicídio e da violência; é preciso definir  
435 legislação mais específica para combater a discriminação e a violência contra homossexuais; não é  
436 possível falar em desenvolvimento sócio ambiental sem combater a extrema pobreza; o CNS deve  
437 envolver-se no processo de preparação da Conferência Mundial da Água, prevista para 2018; a luta dos  
438 povos indígenas vem desde o “descobrimento” do Brasil e é preciso ter atenção aos ataques a esses  
439 povos; repúdio a iniciativas como escola sem partido e exclusão da filosofia nas escolas; Estado  
440 brasileiro é laico e o respeito a todas as religiões é essencial; homens precisam envolver-se nos  
441 debates sobre as mulheres; e o CNS é um espaço de denúncia contra os retrocessos e de resistência  
442 na defesa do SUS. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** frisou que o papel do controle social é denunciar  
443 os retrocessos propostos e resistir pela manutenção dos direitos conquistados. Também fez um  
444 destaque ao racismo interpessoal que reforça as desigualdades colocadas às mulheres negras. Dos  
445 agravos que acometem as mulheres, destacou o câncer e o sofrimento mental dado pela condição  
446 social imposta às mulheres, especialmente as negras. Finalizou agradecendo as duas expositoras  
447 pelas falas e destacando que “vidas negras importam sim e muito”. Na sequência, explicou que foi  
448 proposta resolução sobre a participação de participantes livres seja aplicada à 1ª CNSV, porque as  
449 etapas não tiveram início. No caso da 2ª CNSMu, cujas etapas já iniciaram, a proposta é aprovar  
450 critérios para participação das (os) Participantes Livres na etapa nacional. Nos termos da proposta, a  
451 Comissão Nacional Organizadora da 2ª CNSMu acompanhará o preenchimento das 75 (setenta e  
452 cinco) vagas dispostas no artigo 4º da Resolução nº 538, de 10 de novembro de 2016, considerando os  
453 seguintes critérios: As pessoas indicadas para participar como Participante Livre da Etapa Nacional da  
454 2ª CNSMu deverão obrigatoriamente ter participado de pelo menos uma Conferencia Livre. As  
455 Conferências Livres poderão indicar até o limite previsto no artigo 4º da Resolução nº 538, de 10 de  
456 novembro de 2016 (75 participantes), para a Etapa Nacional da 2ª CNSMu, sendo pelo menos 60% de  
457 mulheres, respeitando a diversidade dos segmentos e as regiões. A organização da Conferencia Livre  
458 deverá promover a inscrição de suas/seus participantes para a etapa nacional da 2ª CNSMu,  
459 preenchendo o formulário de inscrição e enviando a lista de presença dos participantes, para que a  
460 Comissão Organizadora possa, respeitando o critério acima, definir a participação na etapa nacional. A  
461 organização das Conferencias Livres deverá comunicar a realização da mesma à Comissão de  
462 Organizadora Nacional da 2ª CNSMu. Se possível a Comissão de Organizadora Nacional da 2ª CNSMu  
463 indicará uma representante para participar dos debates da conferencia livre. O credenciamento das (os)  
464 Participantes Indicadas (os) nas Conferências Livres será realizado no dia 17 de agosto de 2017, de 12  
465 horas às 18 horas, e no dia 18 de agosto de 2017, de 9 horas às 12 horas. A atuação das (os)  
466 Participantes Indicadas (os) nas Conferências Livres, para a Etapa Nacional da 2ª CNSMu terá direito a  
467 voz, da mesma forma que as (os) convidadas, conforme disposto no Regimento, no Documento  
468 Metodológico e no Regulamento da 2a CNSMu. As (Os) Participantes Indicadas (os) nas Conferencias  
469 Livres terão suas despesas com hospedagem e alimentação no local do evento, e translado em Brasília,  
470 custeadas pelo Ministério da Saúde. Não cabe ao Ministério da Saúde ou ao Conselho Nacional de  
471 Saúde qualquer responsabilidade por seus gastos com transporte de sua cidade de origem a Brasília.  
472 Não havendo manifestações, a coordenadora da mesa colocou em aprovação a proposta.  
**Deliberação: aprovados, com uma abstenção, os critérios para participação dos participantes**  
473 **livres na etapa nacional da 2ª CNSMu.** Após essa votação, conselheira **Carmem Lúcia Luiz** deixou a  
474 mesa e a conselheira **Francisca Valda Rego** continuou submetendo à apreciação do Pleno a  
475 resolução que aprova, em caráter definitivo, o Regulamento da Etapa Nacional da 2ª Conferência  
476 Nacional de Saúde das Mulheres, nos termos do Anexo I. Considerando que o texto havia sido  
477 distribuído aos conselheiros, consultou o Plenário se poderia ser feita a leitura apenas da parte inicial  
478 da resolução, sem o anexo. O Plenário acatou a proposta. Concluída a leitura, colocou em votação a  
479 resolução. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a resolução do CNS que aprova, em caráter**  
480 **definitivo, o Regulamento da Etapa Nacional da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.**  
481 O texto da resolução é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua xxxxxx  
482 Reunião Ordinária, realizada nos dias x e x de xxxx de 2017, no uso de suas competências regimentais  
483 e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei no 8.142, de 28 de  
484 dezembro de 1990, e pelo Decreto n.º 5.839, de 11 de julho de 2006, e Considerando o disposto no  
485 inciso II, alínea “a” do artigo 19 e §1 do artigo 27 da Resolução CNS n.º 537, de 19 de setembro de  
486 2016, que determinou que a proposta de Regulamento da Etapa Nacional fosse elaborada pela  
487 comissão organizadora e submetida à consulta virtual por um período de 30 dias; Considerando o  
488

489 previsto no § 2º do Artigo 27 da Resolução CNS n.º 537 de 19 de setembro de 2016, que dispôs que as  
490 sugestões a que se refere o § 1º do mesmo artigo serão sistematizadas pela Comissão Organizadora  
491 da 2a Conferencia Nacional de Saúde das Mulheres. Considerando o previsto no §3º do Artigo 27 da  
492 Resolução CNS n.º 537 de 19 de setembro de 2016 determina que o presente Regulamento da Etapa  
493 Nacional foi sistematizado pela Comissão Organizadora, apreciado e aprovado, pelo Pleno do CNS em  
494 sua xxxxxxxx (293ª Reunião Ordinária do CNS) em xx (11) de maio de 2017. Resolve: **CAPÍTULO I. DA**  
495 **FINALIDADE.** Art. 1º. Este Regulamento define as regras de funcionamento da Etapa Nacional da  
496 2ªCNSMu, convocada pelo portaria 1.016, de 11 de maio de 2016, com Regimento aprovado na 284ª  
497 Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS, realizada nos dias 18 e 19 de agosto de  
498 2016. **CAPÍTULO II. DO TEMÁRIO.** Art. 2º. O tema e os eixos da 2ªCNSMu serão discutidos em mesas  
499 temáticas, com coordenação, secretaria e expositoras/es indicadas/os pela Comissão Organizadora. §  
500 1º A proposta para a programação, incluindo os espaços de debates e as atividades culturais, será  
501 apreciada pelos conselheiros nacionais de saúde na Reunião Ordinária do Pleno do CNS de xxx de  
502 xxxx de 2017. § 2º Poderão participar das mesas temáticas Delegadas e Delegados, Convidadas e  
503 Convocados e Participantes indicados nas Conferências Livres de acordo com o Regimento da  
504 2ªCNSMu, Documento Metodológico, Critérios para definição das vagas de participantes das  
505 Conferências Livres e organização proposta pela Comissão Organizadora. **CAPÍTULO III. DO**  
506 **CREDENCIAMENTO.** Art. 3º. O credenciamento das Delegadas e dos Delegados Titulares deverá ser  
507 realizado no dia 18 de agosto de 2017, das 9 horas às 18 horas e no dia 19 de agosto de 2017, das 9  
508 horas às 14 horas. Art. 4º. A substituição das Delegadas e dos Delegados Titulares e o respectivo  
509 credenciamento das Delegadas e dos Delegados Suplentes que não sofrerem substituição até dia 19  
510 de agosto de 2017 até às 14 horas, será feita no dia 19 de agosto de 2017, das 14 horas às 18 horas.  
511 Parágrafo único. Fica sob a responsabilidade de cada Estado e do Distrito Federal, que recebeu a ficha  
512 de inscrição, acompanhar a substituição das Delegadas e dos Delegados Titulares pelos suplentes de  
513 seu respectivo Estado ou do Distrito Federal. Art. 5º. O credenciamento das Convidadas e dos  
514 Convocados, e dos Participantes indicados nas Conferências Livres será realizado no dia 18 de agosto  
515 de 2017, de 12 horas às 18 horas, e no dia 19 de dezembro de 2017, de 9 horas às 18 horas.  
**CAPÍTULO IV. DA ORGANIZAÇÃO.** Art. 6º. A Etapa Nacional da 2ª CNSMu terá a seguinte  
517 organização: I - Ato Público e Caminhada em defesa da vida das mulheres contra a violência; II -  
518 Solenidade de Abertura; III - Mesas Temáticas; IV - Grupos de Trabalho; V - Plenária Final. **CAPÍTULO**  
519 **V - DAS MESAS TEMÁTICAS.** Art. 7º. A discussão das mesas temáticas será feita mediante  
520 apresentações e debate com até 04 (quatro) expositoras/es, 01 (uma) coordenadora, 01 (uma)  
521 secretária. § 1º As coordenadoras e as secretárias de cada mesa temática serão indicadas pela  
522 Comissão Organizadora. § 2º As expositoras e os expositores serão escolhidos entre os segmentos  
523 que compõem o controle social, pessoas com conhecimento e experiência na área de saúde e de  
524 saúde das mulheres. Art. 8º. Após as exposições das mesas temáticas, a coordenadora da mesa  
525 iniciará as inscrições das/os presentes em plenário para o debate que será feito no tempo previsto na  
526 programação devendo o número de inscritos ser definido de acordo com este tempo previsto para cada  
527 mesa. § 1º As Delegadas e os Delegados e as Convidadas e os Convocados e os Participantes  
528 indicados nas Conferências Livres, após identificarem-se, poderão se manifestar em relação ao tema,  
529 por escrito ou verbalmente, durante o tempo previsto, garantindo-se a ampla oportunidade de  
530 participação no tempo estipulado para o debate. § 2º O tempo máximo para cada manifestação será de  
531 até 03 (três) minutos, exceto para as pessoas com deficiência auditiva e demais pessoas com  
532 deficiências ou patologias que tenham dificuldade de comunicação, cujo tempo será de até 06 (seis)  
533 minutos. § 3º Serão recolhidos os crachás de Delegadas e Delegados, e de Convidadas e Convocados  
534 e dos Participantes indicados nas Conferências Livres, em número compatível com o tempo disponível  
535 para o debate, tendo prioridade para manifestação os inscritos pela primeira vez. **CAPÍTULO VI - DAS**  
536 **INSTÂNCIAS DE DECISÃO.** Art. 9º. Nos termos do Regimento da 2ªCNSMu são instâncias de decisão  
537 da 2ªCNSMu: I - Os Grupos de Trabalho; e II - A Plenária Final. § 1º Conforme previsto no Regimento  
538 da 2ªCNSMu, participarão das instâncias de decisão as Delegadas e os Delegados, com direito a voz e  
539 voto. § 2º Convidadas, Convocados e os Participantes indicados nas Conferências Livres, terão direito a  
540 voz nos grupos de trabalho. Art. 10. O Relatório Nacional Consolidado das propostas referentes as  
541 etapas estaduais e do distrito federal será apresentado em diretrizes e propostas, devidamente  
542 sistematizado pela comissão de formulação e relatoria, nos termos do regimento e do documento  
543 metodológico da 2 CNSMu. **CAPÍTULO VII - DOS GRUPOS DE TRABALHO.** Art. 11. Nos termos do  
544 Regimento da 2ªCNSMu e da Resolução CNS n.º 453/2012, os Grupos de Trabalho (GTs), serão  
545 compostos paritariamente entre os segmentos das/os usuárias/os (50%), trabalhadoras/es da saúde  
546 (25%) e gestoras/es e prestadoras/es (25%), sendo as Convidadas, Convocados e os Participantes  
547 indicados nas Conferências Livres, distribuídos pelos Grupos de Trabalho proporcionalmente ao seu  
548 número total. Art. 12. Os Grupos de Trabalho (GTs) são instâncias de debate e votação das diretrizes e  
549 propostas de âmbito nacional constantes do Relatório Nacional Consolidado, em número total de 16  
550 (dezesseis) grupos, considerando-se a paridade por segmentos e a representação por Estados na sua

551 composição: I - os Grupos de Trabalho devem ser instalados e iniciar os debates com quórum mínimo  
552 de 30% (trinta por cento) das Delegadas e dos Delegados credenciados presentes; II - a distribuição  
553 das Delegadas, dos Delegados, das Convidadas, dos Convidados e dos Participantes Indicados nas  
554 Conferências Livres, será realizada pela Comissão Organizadora no ato do credenciamento, até o limite  
555 numérico de cada Grupo de Trabalho, considerando a paridade, da seguinte maneira: a) as Delegadas,  
556 os Delegados, as Convidadas, os Convidados e os Participantes indicados nas Conferências Livres,  
557 indicarão, no ato do credenciamento, o Grupo de Trabalho de sua preferência, até o limite numérico do  
558 GT; b) caso o primeiro Grupo de Trabalho escolhido esteja com vagas esgotadas, os participantes e as  
559 participantes poderão escolher uma segunda e terceira opção; c) caso os três Grupos de Trabalho  
560 sugeridos já estejam com suas vagas preenchidas, as Delegadas, os Delegados, as Convidadas, os  
561 Convidados e os Participantes Indicados nas Conferências Livres, serão distribuídos pela Comissão  
562 Organizadora entre os Grupos de Trabalho restantes. III - após a instalação da sessão a votação  
563 ocorrerá com qualquer número de presentes nos Grupos de Trabalho; IV - cada Grupo de Trabalho terá  
564 suas atividades dirigidas por uma Mesa com Coordenação e Secretaria composta paritariamente entre  
565 os segmentos, e indicada pela Comissão Organizadora; V - a Mesa Coordenadora dos Trabalhos terá a  
566 função de organizar as discussões do Grupo de Trabalho, controlar o tempo e organizar a participação  
567 das Delegadas, dos Delegados, das Convidadas, dos Convidados e dos Participantes indicados nas  
568 Conferências Livres; VI - a Relatoria de cada Grupo de Trabalho será composta por integrantes  
569 indicadas/os pela Comissão de Relatoria. Art. 13. Os GTs serão realizados simultaneamente e  
570 deliberarão sobre o Relatório Nacional Consolidado dos Estados e do Distrito Federal, elaborado pela  
571 Comissão de Formulação e Relatoria, da seguinte forma: I - os Grupos de Trabalho serão divididos  
572 pelos eixos temáticos I, II, III, IV nos termos do Regimento da 2<sup>a</sup> CNSMu, onde cada 04 (quatro) grupos  
573 discutirão e deliberarão sobre um mesmo eixo temático. Parágrafo único. Na Etapa Nacional, não serão  
574 acatadas novas propostas, cabendo aos Grupos de Trabalho discutir somente propostas que  
575 constarem do Relatório Nacional Consolidado dos Estados e do Distrito Federal. Art. 14. Instalado o  
576 Grupo de Trabalho, a mesa coordenadora dos trabalhos promoverá a leitura de todas as diretrizes e  
577 propostas, conforme organização e sequencia estabelecida pela comissão de Formulação e Relatoria  
578 da 2<sup>a</sup> CNSMu, constantes do eixo do Grupo de Trabalho no Relatório Nacional Consolidado,  
579 consultando o Plenário sobre os destaques e registrando os nomes dos proponentes, observando-se o  
580 que segue: I - os destaques das propostas serão de supressão parcial ou total do texto; II - os  
581 destaques das diretrizes serão somente de supressão parcial; III - os destaques deverão ser  
582 apresentados à mesa coordenadora dos trabalhos durante a leitura das propostas dos Grupos de  
583 Trabalho. Art. 15. Após a leitura, a votação dos destaques será encaminhada da seguinte maneira: I -  
584 caso haja mais de um destaque para a mesma proposta, recomenda-se que as/os proponentes se  
585 reúnam e, preferencialmente, apresentem um destaque único; II - ao término da leitura, serão  
586 apreciados os destaques e a Delegada autora ou o Delegado autor do destaque terá 02 (dois) minutos  
587 para defender sua proposta; III - após a defesa da proposta serão conferidos 02 (dois) minutos para a  
588 Delegada ou o Delegado que queira fazer a defesa de manutenção do texto original; IV - será permitida  
589 uma segunda manifestação, a favor e contra, se a Plenária não se sentir devidamente esclarecida para  
590 a votação; V - caso a autora ou o autor do destaque não esteja presente no momento da sua  
591 apreciação, o destaque não será considerado. Art. 16. A votação será realizada da seguinte forma: I - a  
592 votação da proposta do Relatório Nacional Consolidado será a proposição número 1 e o destaque de  
593 supressão será a proposição número 2; II - será votada a proposta do Relatório Nacional Consolidado  
594 dos Estados e do Distrito Federal contra o destaque de supressão total; III - se o destaque de  
595 supressão total vencer a votação, não será apreciado o destaque de supressão parcial; IV - caso a  
596 proposta do Relatório Nacional Consolidado vença a votação, colocar-se-á a mesma em votação contra  
597 o destaque de supressão parcial. Parágrafo único. Não serão discutidos novos destaques para itens já  
598 aprovados. Art. 17. De acordo com o Regimento e com o Documento Metodológico da 2<sup>a</sup> CNSMu, no  
599 que se refere as votações: I - serão consideradas aprovadas as propostas que obtiverem 70% (setenta  
600 por cento) ou mais de votos favoráveis em pelo menos metade mais 01 (um) dos Grupos de Trabalho  
601 de cada Eixo Temático, compondo o Relatório Final da 2<sup>a</sup> CNSMu. Salvo que não apresente conflito  
602 com outra proposta aprovada ou que ainda esteja para análise da plenária final; II - as propostas que  
603 obtiverem mais de 50% (cinquenta por cento) e menos de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis  
604 em pelo menos metade mais 01 (um) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático, serão  
605 encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Final; III - as propostas que obtiverem mais de  
606 50% (cinquenta por cento) e menos de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em 02 (dois)  
607 Grupos de Trabalho e obtiver 70% (setenta por cento) ou mais de votos favoráveis em pelo menos 01  
608 (um) dos outros grupos de trabalho serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Final;  
609 IV - as propostas com 70% ou mais de votos favoráveis em 02 (dois) Grupos de Trabalho e mais de  
610 50% e menos de 70% de votos favoráveis em pelo menos 01 (um) dos outros Grupos de Trabalho de  
611 cada Eixo Temático, serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Final; V - as  
612 propostas que não atingirem o número de votos favoráveis necessários serão consideradas não

613 aprovadas. Parágrafo único. A Comissão de Formulação e Relatoria promoverá a análise de todas as  
614 propostas aprovadas nos grupos de trabalho, identificando as propostas conflitantes, enviando em  
615 seguida para apreciação e deliberação da plenária final. Art. 18. A Mesa Coordenadora do Grupo de  
616 Trabalho avaliará e poderá assegurar às Delegadas e aos Delegados uma intervenção pelo tempo de  
617 até 02 (dois) minutos, nas seguintes situações: I - pela Questão de Ordem quando os dispositivos do  
618 Regimento e deste Regulamento não estiverem sendo observados; II - por solicitação de  
619 Esclarecimento quando a dúvida for dirigida à Mesa Coordenadora do GT, antes do processo de  
620 votação; III - por solicitação de Encaminhamento quando a manifestação da Delegada ou do Delegado  
621 for relacionada ao processo de condução do tema em discussão. § 1º Não serão permitidas questões  
622 de ordem durante o regime de votação. § 2º As solicitações de encaminhamento somente serão  
623 acatadas pela Mesa Coordenadora dos Trabalhos quando se referirem às propostas em debate, com  
624 vistas à votação. **CAPÍTULO VIII - DA PLENÁRIA FINAL.** Art. 19. A Plenária Final tem por objetivo  
625 debater, aprovar ou rejeitar as diretrizes e propostas provenientes dos Grupos de Trabalho, bem como  
626 as moções de âmbito nacional e internacional. § 1º Na Plenária Final, somente serão discutidas e  
627 aprovadas diretrizes e propostas que constarem do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho,  
628 organizado pela Comissão de Relatoria, em conformidade com os termos desse Regulamento. § 2º  
629 Será informado às Delegadas e aos Delegados da 2ª CNSMu, previamente à sua Plenária Final, quais  
630 propostas de Diretrizes e propostas foram aprovadas nos Grupos de Trabalho, e quais deverão ser  
631 ainda votadas. § 3º As propostas serão projetadas em telão instalado no salão da Plenária Final da 2ª  
632 CNSMu. Art. 20. Participarão da Plenária Final: I - Delegadas e Delegados com direito a voz e voto; II -  
633 Convidadas, Convidados e os Participantes indicados nas Conferências Livres participarão na condição  
634 de ouvintes. Parágrafo único. A Comissão Organizadora destinará locais específicos de permanência,  
635 na Plenária Final, para Convidadas, Convidados e dos Participantes Indicados nas Conferências Livres,  
636 de acordo com a capacidade física disponível e as normas de segurança. Art. 21. A Plenária Final  
637 contará com uma mesa composta de modo paritário, com definição de coordenação e secretaria, sendo  
638 todos os membros indicados pela Comissão Organizadora. Art. 22. A apreciação e votação das  
639 diretrizes e propostas que comporão o Relatório Final Consolidado da 2ª CNSMu serão encaminhadas  
640 da seguinte maneira: I - as propostas aprovadas com 70% (setenta por cento) ou mais de votos  
641 favoráveis em pelo menos metade mais um (01) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático, serão  
642 lidas no Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, para conhecimento da Plenária Final; II - em  
643 seguida, a Mesa da Coordenação dos Trabalhos promoverá a leitura e votação, por Eixo Temático,  
644 considerando suas respectivas diretrizes e propostas; III - serão informadas as propostas que tiveram  
645 supressão total; IV - se a maioria das/os presentes na Plenária não se sentir devidamente esclarecida  
646 para a votação, será permitida às Delegadas e aos Delegados uma manifestação “a favor” e uma  
647 “contra”, com duração de até 02 (dois) minutos. Parágrafo único. A Mesa da Coordenação dos  
648 Trabalhos concomitantemente à apresentação e apreciação das propostas constantes do Relatório  
649 Consolidado dos Grupos de Trabalho, apresentará, caso exista, as proposta conflitantes do referido  
650 relatório, para apreciação e deliberação da Plenária Final. Art. 23. A Mesa Coordenadora dos Trabalhos  
651 da Plenária Final assegurará o direito de questão de ordem, ou de esclarecimento e propostas de  
652 encaminhamento, nos termos do artigo 18 deste Regulamento. Art. 24. A 2ª CNSMu aprovará as  
653 diretrizes, as propostas, e Moções, com 50% mais um das Delegadas e dos Delegados presentes em  
654 Plenário. **CAPÍTULO IX - DAS MOÇÕES.** Art. 25. As propostas de moções, de âmbito e repercussão  
655 nacional ou internacional, serão encaminhadas por Delegadas e por Delegados, e devem ser  
656 apresentadas junto à Relatoria em formulário próprio elaborado pela Comissão de Relatoria da 2ª  
657 CNSMu, até às 14 horas do dia 19 de agosto de 2017. § 1º Cada proposta de moção deverá ser  
658 assinada por, no mínimo, 320 (trezentos e vinte) Delegadas e Delegados credenciados. § 2º O  
659 formulário para proposição de moção terá campos de preenchimento para identificar: I - o tipo de  
660 moção (apoio, repúdio, apelo, solidariedade ou outro); II - as destinatárias ou os destinatários da  
661 moção; III - o fato ou condição que motiva ou gera a moção e a providência referente ao pleito; -IV - a  
662 proponente ou o proponente principal da moção, poderá, opcionalmente, identificar seu nome, sua  
663 unidade federativa, bem como o segmento que representa. § 3º A Coordenação da Relatoria organizará  
664 as propostas de moções recebidas, classificando-as segundo o critério previsto no *caput* deste artigo e  
665 agrupando-as por tema. § 4º Encerrada a fase de apreciação do Relatório Final da 2ª CNSMu, a  
666 coordenadora da mesa procederá à leitura das propostas de moções e as submeterá à aprovação da  
667 Plenária Final observando o quórum previsto no art. 24 deste Regulamento. Art. 26. Concluída a  
668 votação das moções, encerra-se a sessão da Plenária Final da 2ª CNSMu. **CAPÍTULO X -**  
669 **DISPOSIÇÕES GERAIS.** Art. 27. Serão conferidos certificados de participação na 2ª CNSMu às  
670 Delegadas e aos Delegados, integrantes da Comissão Organizadora e Comitê Executivo, Convidadas,  
671 Convidados, Participantes indicados nas Conferências Livres, expositoras e expositores, relatoras e  
672 relatores, equipes de apoio, assessoria e monitoria, especificando-se a condição da sua participação na  
673 Conferência. Parágrafo único. Os certificados de participação na 2ª CNSMu serão disponibilizados no  
674 dia 20 de agosto de 2017. Art. 28. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora,

cabendo recurso à Plenária da 2<sup>a</sup> CNSMu.” **ITEM 5 – 1<sup>a</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE** - Coordenação: conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação: conselheiro **Fernando Pigatto**, coordenador adjunto da 1<sup>a</sup> CNVS; e conselheiro **Guilherme Franco Netto**, integrante da Comissão de Formulação e Relatoria da 1<sup>a</sup> CNVS. Inicialmente, o coordenador adjunto da 1<sup>a</sup> CNVS, conselheiro **Fernando Pigatto**, fez um informe sobre o processo de preparação da Conferência, destacando os resultados da última reunião da Comissão Organizadora e demais comissões. Em seguida, o integrante da Comissão de Formulação e Relatoria da 1<sup>a</sup> CNVS, conselheiro **Guilherme Franco Netto**, apresentou a minuta do documento orientador da 1<sup>a</sup> CNVS. O texto é o seguinte: “Os debates ocorridos no Conselho Nacional de Saúde, em virtude de diversas agendas de saúde e sobre os resultados da 15<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, apontaram a necessidade da realização da 1<sup>a</sup> Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1<sup>a</sup> CNVS), com o objetivo central de “Propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde. O Plenário do CNS, em sua 284<sup>a</sup> Reunião Ordinária, realizada nos dias 18 e 19 de agosto de 2016, por meio da Resolução n. 535, aprovou o Regimento da 1<sup>a</sup> CNVS, que define as etapas municipal, estadual e nacional e o temário da CNVS, entre outras deliberações. O tema central da conferência, que orientará as discussões será “Vigilância em Saúde: Direito, Conquista e Defesa de um SUS Público de Qualidade”, a ser desenvolvido por um eixo principal e um conjunto de subeixos. O eixo principal da 1<sup>a</sup> CNVS será “Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à Proteção e Promoção Saúde do povo Brasileiro - fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde”. Ainda, de acordo com a mesma resolução, o documento orientador da 1<sup>a</sup> CNVS será elaborado com base no eixo principal e nos subeixos temáticos, considerando as deliberações da 15<sup>a</sup> CNS e do Plano Nacional de Saúde, como a seguir. Eixo Transversal. Antecedentes. A Vigilância em Saúde é responsável pela informação para a ação e intervenção que reduzem riscos e promovam a saúde nos territórios, articulando-se às Redes de Atenção à Saúde. Esta função essencial do SUS tem sido chamada a orientar sua ação considerando os complexos fenômenos econômicos, ambientais, sociais e biológicos que determinam o nível e a qualidade da saúde das brasileiras e dos brasileiros, em todas as idades, visando controlar e reduzir riscos. País predominantemente rural até meados da década de 60 do século passado, o Brasil viveu intensa urbanização, sobretudo a partir do novo ciclo de industrialização dos anos 70, fazendo emergir as denominadas transições epidemiológica e demográfica. Essas transições caracterizam-se pela prevalência, em ordem decrescente, dos agravos não transmissíveis tais como as doenças crônico-degenerativas, as violências, as doenças associadas ao trabalho e as doenças transmissíveis, num contexto de envelhecimento progressivo da população. Não obstante as mudanças impulsionadas pela urbanização e industrialização, é preciso também destacar que ainda persistem em locais e regiões doenças da pobreza, uma característica predominantemente de países de desenvolvimento tardio. Os saberes e práticas de promoção da saúde e de prevenção de doenças desenvolvidos ao longo do século XX prestaram importante contribuição para a melhoria da saúde da população brasileira. São profundas as transformações no perfil de saúde experimentadas pela população brasileira entre o quarto final do século XX aos dias de hoje, e em especial a partir do advento do SUS, notadamente no aumento da expectativa de vida, na queda da desnutrição e no declínio da mortalidade infantil. O desenvolvimento econômico do período pós-1968, resultado do projeto político do governo militar, conhecido como o “milagre econômico”, com ampliação da produção industrial e das exportações, impôs novas demandas ao Estado, como regulamentações para adaptação da produção brasileira às exigências internacionais de qualidade de produtos. Além disso, questões sociais então emergentes requereram reestruturações nas políticas de saúde, impulsionando a reforma do setor saúde e dos respectivos serviços. As reformas abarcaram a vigilância sanitária, como parte de um projeto mais amplo que pretendia consolidar uma “sociedade industrial moderna e um modelo de economia competitiva”, nos marcos do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND). Esse novo modelo exigia, portanto, mecanismos mais eficientes de regulação na área da saúde, sobretudo porque novos padrões de consumo de bens e serviços de saúde se diversificaram e se massificaram. Para tanto, exigia-se maior controle e segurança sobre o que se consumia no âmbito da saúde com vistas a reduzir riscos à saúde da população. Os modelos de desenvolvimento adotados em escala nacional desde então impõem à grande massa de trabalhadores, trabalhadoras e demais grupos sociais um modo de viver marcado por ciclos de intensa e exaustiva exploração de sua força de trabalho, baixa renda familiar e precário acesso às políticas públicas e aos serviços de infraestrutura urbana. Esse cenário elevou o Brasil a um dos países em desenvolvimento mais perversos no que se refere à saúde dos trabalhadores da cidade e do campo, batendo recordes de acidentes de trabalho, baixos níveis de proteção social, e aumento significativo do trabalho informal. Estas são heranças de uma cidadania regulada e características de uma democracia ainda de baixa intensidade. Assim, para fazer face à complexidade de um país que se urbanizou de forma acelerada e intensa prescindindo de reformas estruturantes que equacionassem antigas e novas questões sociais geradoras de profundas desigualdades, identificou-se a necessidade de superar o modelo centrado em

737 programas verticais de vigilância, prevenção e controle de doenças, coordenados e executados  
738 exclusivamente pelo Governo Federal até então. A V Conferência Nacional de Saúde, realizada em  
739 1975, propôs a criação de um sistema de vigilância epidemiológica no país. Esta recomendação foi  
740 prontamente operacionalizada com a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica  
741 (SNVE), o qual instituiu a notificação compulsória de casos e/ou óbitos de quatorze doenças em todo o  
742 território nacional, entrando em vigor no ano de 1976. O SNVE sedimentou a sua estruturação e ação  
743 por meio das secretarias de estado da saúde. Na década de 90, em meio a um processo de  
744 reorientação econômica internacional, de revisão das funções do Estado brasileiro, de desordem e  
745 estabilização da economia interna, de complexa redemocratização devido à correlação de forças  
746 antagônicas, de reorganização das forças políticas e sociais, tem-se a criação do SUS, que  
747 desencadeou novos arranjos institucionais, resultando na organização do Centro Nacional de  
748 Epidemiologia (CENEPI), no âmbito da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), na criação da Agência  
749 Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e posteriormente, em 2003, na criação da Secretaria de  
750 Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde. A efetiva descentralização das ações de vigilância  
751 epidemiológica para as secretarias estaduais e municipais de saúde iniciou-se em dezembro de 1999,  
752 resultante de intensos debates nas instâncias de pactuação intergestores do SUS. Fenômeno  
753 correspondente ocorreu no âmbito da Vigilância Sanitária, com a publicação da Lei no 9.782, de 26 de  
754 janeiro de 1999, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e atribuiu competências à  
755 União, estados, Distrito Federal e municípios, para que exerçam atividades de regulação, normatização,  
756 controle e fiscalização na área de vigilância sanitária. A celebração do Termo de Ajuste e Metas (TAM)  
757 celebrado entre a ANVISA e os estados, pactuou metas e, através da Portaria GM/MS no 145, de 31 de  
758 janeiro de 2001, regulamentou a transferência de recursos fundo a fundo para a média e alta  
759 complexidade da vigilância sanitária para os estados. Em complemento, a Portaria GM/MS no 2.473, de  
760 29 de dezembro de 2003, estimulou a adesão dos municípios para a execução de ações de média e  
761 alta complexidade de vigilância sanitária – MAC/VISA, repassando recursos fundo a fundo. Em 2004, a  
762 publicação da Portaria GM/MS nº 1.172, aponta esforços de aprimoramento do processo de  
763 descentralização das ações de vigilância em saúde, definindo as atividades sob o título vigilância em  
764 saúde, a saber: vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não  
765 transmissíveis e de seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde, e análise de situação de  
766 saúde. Em 2007, por meio da Portaria GM/MS nº 1.956/07, a gestão federal da saúde do trabalhador,  
767 coordenadora então da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, instituída em 2002,  
768 é transferida da Secretaria de Atenção à Saúde para a Secretaria de Vigilância em Saúde. Esta  
769 trajetória se consolidou na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela  
770 Portaria GM/MS no 1823/12. Por meio da Portaria GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, é  
771 fortalecido o papel gestor dos estados e municípios e se amplia o escopo das ações de Vigilância em  
772 Saúde, compreendendo: Vigilância epidemiológica: conjunto de ações que proporcionam o  
773 conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e  
774 condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de  
775 prevenção e controle das doenças e agravos; Vigilância sanitária: conjunto de ações capazes de  
776 eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da  
777 produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesses da saúde. Estão incluídos  
778 nestas ações o controle de bens de consumo, direta ou indiretamente relacionados com a saúde - bem  
779 como todas as etapas e processos, que vão da produção ao consumo - e o controle da prestação de  
780 serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde; Vigilância em saúde do trabalhador:  
781 visa a promoção da saúde e redução da morbi-mortalidade da população trabalhadora, por meio da  
782 integração de ações que interagem nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de  
783 desenvolvimento e processos produtivos; Vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que  
784 propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do  
785 meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de  
786 prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos;  
787 Promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela  
788 atuação sobre os determinantes sociais da saúde; Análise da situação de saúde: propicia ações de  
789 monitoramento contínuo no país, por meio de estudos e análises que identifiquem e expliquem  
790 problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um  
791 planejamento mais abrangente na área. A Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010,  
792 estabelece diretrizes para a organização da Rede da Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema  
793 Único de Saúde, visando superar a fragmentação da atenção e da gestão das Regiões de Saúde e  
794 aperfeiçoar o sistema de funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário  
795 o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Ressalta que, embora os  
796 avanços do SUS sejam inegáveis e representativos, o modelo de atenção à saúde vigente  
797 fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de  
798 saúde dimensionados a partir da oferta, mostra-se insuficiente para dar conta dos desafios sanitários

799 atuais, e são insustentáveis para os enfrentamentos futuros, tais como a significativa incidência dos  
800 agravos mentais. O Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei 8.080 e dispõe sobre  
801 a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.  
802 Define a Região de Saúde enquanto espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de  
803 Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de  
804 comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Cada Região de Saúde tem a finalidade  
805 de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. O decreto  
806 estabelece ainda o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) enquanto acordo de  
807 colaboração firmado entre entes federativos para a organização e integração das ações e serviços de  
808 saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas  
809 de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma  
810 de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação  
811 integrada das ações e serviços de saúde. As regiões de saúde devem ser instituídas pelos Estados, em  
812 articulação com os municípios, podendo também ser instituídas Regiões de Saúde Interestaduais,  
813 compostas por Municípios limítrofes. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo,  
814 ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção  
815 ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. O decreto estabelece ainda o Mapa da  
816 Saúde que consiste na descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e  
817 serviços ofertados pelo SUS e pela rede privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os  
818 investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores do sistema. No âmbito da assistência à  
819 saúde cria a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que compreende todas as  
820 ações e serviços de saúde que o SUS oferece ao usuário para o atendimento da integralidade da  
821 assistência à saúde, e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) que compreende a  
822 seleção e a padronização de medicamentos indicados para o atendimento de doenças ou de agravos  
823 no âmbito do SUS. O atual arranjo normativo da gestão da saúde, em torno das RAS e do COAP traz  
824 um importante espaço para que a vigilância em saúde integre o conjunto essencial das funções do  
825 SUS, juntamente com o planejamento e a gestão dos serviços de saúde. A Portaria GM/MS no 1.387,  
826 de 9 de julho de 2013, que revoga a Portaria 3.252/09, não obstante mantenha os conceitos desta,  
827 volta-se para a regulamentação das responsabilidades e diretrizes para a execução e o financiamento  
828 das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao  
829 Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Esta mesma  
830 portaria determinou a criação de um Grupo de Trabalho Tripartite com a finalidade de discutir e formular  
831 a Política Nacional de Vigilância em Saúde (GT-PNVS), visando o enfrentamento do Estado brasileiro  
832 aos desafios postos à vigilância em saúde pelas mudanças relacionadas às transições demográfica e  
833 epidemiológica e aos determinantes sociais. O GT-PNVS, instituído pela Portaria SVS n. 14, de 22 de  
834 agosto de 2013, é composto por representantes da SVS, ANVISA, Conselho Nacional de Secretários  
835 de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Embora  
836 previsto na portaria, não houve participação do controle social, academia e outros setores na  
837 formulação daquele documento. Contexto Atual: A grande crise do capitalismo financeiro internacional,  
838 dos anos 2008 – 2009, é de imensa proporção e está diretamente associada com a grande contração  
839 mundial da atividade econômica. O sistema financeiro tenta se rearticular sobre um “novo consenso”,  
840 no contexto do ultroliberalismo, cujas características se baseia em mais ortodoxia e mais restrições,  
841 sendo os recursos da produção e de políticas sociais drenados para o sistema financeiro, o que gera  
842 ainda mais crises especulativas. No Brasil, a reação à crise econômica do capital internacional segue  
843 esta cartilha. Associa-se, entretanto, a uma crise política de proporções gigantescas desencadeadas a  
844 partir do processo de desestabilização da democracia que culminou no impeachment da Presidenta  
845 Dilma. A este quadro associa-se a corrupção, o clientelismo e todas as formas de apropriação privada  
846 do que é público. As forças políticas e econômicas que comandam o país, desde então, ameaçam os  
847 pilares essenciais da Constituição Federal de 1988 - reconhecida enquanto “constituição cidadã”,  
848 porque, apesar das suas contradições e limitações, estes pilares possibilitaram o principal pacto social  
849 desde a redemocratização: crescimento econômico com inclusão social e participação democrática. As  
850 Emendas à Constituição Federal, em curso, representam a quebra deste pacto sob forte ameaça à  
851 cidadania e à democracia brasileiras, com violação dos direitos humanos e as obrigações do Estado em  
852 promover a Segurança e a Proteção Social. São exatamente esses direitos e deveres que estão sendo  
853 retirados, sem nenhum tipo de participação dos setores representativos da sociedade brasileira. O que  
854 ressalta no cenário são o declínio da economia e o massacre dos direitos sociais com acirramento das  
855 desigualdades sociais. A política econômica vigente prioriza o sistema financeiro mantendo suas  
856 garantias preservadas, mesmo considerando a profunda recessão e as enormes necessidades do  
857 povo. As reformas em curso, da previdência e trabalhista, representarão um custo social sem  
858 precedentes. A extensão dos anos a serem trabalhados subordinados a uma lógica de previdência  
859 privada combinada com a profunda precarização das condições de trabalho, associadas ao  
860 congelamento dos salários pelo absurdo prazo de 20 anos resultarão num enorme impacto à saúde dos

861 trabalhadores, trabalhadoras e de seus familiares, em especial os mais pobres, os mais velhos e os  
862 mais vulneráveis. A precarização das condições de trabalho resulta e resultará ainda mais em  
863 elevadíssimo índice de acidente de trabalho em nosso meio, além dos problemas de saúde relacionado  
864 ao desgaste físico e mental e das exposições ocupacionais em ambientes de trabalho insalubres. A  
865 isso, soma-se o fato da trabalhadora e do trabalhador urbanos utilizarem, em média, cerca de 2 horas  
866 diárias em precários sistemas de transporte coletivo, resultando em longas jornadas de trabalho. A  
867 estes ataques associa-se um conjunto de centenas de medidas que desconfiguram e em alguns casos  
868 eliminam importantes conquistas alcançadas pela sociedade brasileira nos últimos tempos, por meio de  
869 políticas públicas inclusivas nos campos da educação, meio ambiente, saúde, seguridade social, direito  
870 à terra, acesso ao trabalho decente, renda familiar, segurança alimentar e nutricional, segurança  
871 pública, entre tantas outras. Na vida real das pessoas, a saúde está entre as primeiras queixas da  
872 população. As medidas que vem sendo adotadas pelo atual governo resultam na redução ao acesso da  
873 população aos serviços públicos de saúde e no estímulo ao mercado dos planos privados de saúde,  
874 associados ao sub financiamento. A Emenda Constitucional (EC) 95 resulta no desmonte do SUS  
875 enquanto sistema universal e equânime de saúde, negando um direito constitucional inscrito na  
876 Constituição de 88. As bases e os rumos da economia nacional, centrada na exploração e exportação  
877 de "comodities" minerais e agrícolas voltadas a abastecer as necessidades do mercado internacional  
878 têm sofrido impactos assustadores com a retração do mercado internacional devido à crise do capital. A  
879 forte influência do capital na tomada de decisões do Estado sobre os planos de desenvolvimento do  
880 país, mediado por uma série de mecanismos e regras facilitadores dos interesses do capital resultam  
881 na injusta e perversa distribuição da riqueza, que embora seja produzida por toda a Nação é acumulada  
882 e concentrada nas mãos de muito poucos. Esta concentração da riqueza gera e mantem um país  
883 extremamente injusto. Somos o país continental de maior concentração urbana do mundo, próximo a  
884 85% da população. Mais da metade dos brasileiros e brasileiras vive nas 300 maiores cidades onde  
885 mais de um terço vive e habita em condições sub humanas, com limitado acesso aos equipamentos  
886 públicos coletivos e à infraestrutura. A violência, em todas as suas formas, é um dramático resultado  
887 deste cenário. As nossas cidades são cada vez mais fragmentadas e desiguais. A crescente  
888 prevalência de mães jovens, negras, solteiras e trabalhadoras de baixa renda expressa o grau de  
889 ruptura e fragilidade do tecido social. O limitado alcance do Estado na proteção dos cidadãos tem  
890 gerado cada vez mais e maiores grupos de pessoas em alto grau de vulnerabilidade que são  
891 invisibilizados na sociedade. A atual crise urbana não tem precedentes. A poluição gerada pelos  
892 processos de produção e consumo desenfreados resulta em enorme impacto no meio ambiente e na  
893 vida das pessoas. No Brasil, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, estima-se que 18% dos  
894 problemas de saúde está relacionado à poluição. Associada às queimadas da Floresta Amazônica, a  
895 liberação de gases de efeito estufa contribuem ao problema das mudanças climáticas que resultam em  
896 mais riscos à saúde, especialmente das populações vulneráveis, decorrente do aumento da  
897 temperatura do planeta. A crise da água, duramente vivenciada pelas populações do semiárido,  
898 expande-se progressivamente para os grandes centros urbanos. A região metropolitana de São Paulo  
899 viveu recentemente a pior escassez de água dos últimos 80 anos. A crise decorre de décadas de mau  
900 uso da água e do solo. A redução das florestas pelo uso completamente desordenado do espaço  
901 urbano vem causando graves problemas. A falta de água Grande São Paulo é muito mais decorrente  
902 da poluição e do desperdício do que do clima. Os eventos climáticos extremos potencializaram a crise,  
903 mas eles não são os culpados. Em nosso país, a ocupação desordenada do solo é a maior responsável  
904 pelos danos à vida e à saúde decorrente dos desastres de origem natural. O assentamento em áreas  
905 de risco é um fenômeno que vem se agravando progressivamente. A baixa oferta e o limitado acesso  
906 de grande parcela da população brasileira ao saneamento básico é um desrespeito aos direitos  
907 humanos e traz grave impacto sanitário. É responsável por ciclos de grandes epidemias de doenças  
908 transmitidas por mosquitos ao longo dos últimos 30 anos. Inicialmente dengue, agora  
909 concomitantemente dengue, zika e chikungunya, estas doenças incidem sobre a saúde de milhões de  
910 pessoas. As complicações neurológicas de crianças cujas mães contraíram Zika durante a gravidez –  
911 especialmente a epidemia de microcefalia registrada na Região Nordeste - revelam a face dramática de  
912 um Estado com limitada capacidade de proteger seus cidadãos. Estas epidemias recorrentes revelam  
913 também a não efetividade dos programas e ações de controle de vetores centrados na dispersão de  
914 agrotóxicos no interior e no entorno das residências das famílias brasileiras e na responsabilização dos  
915 indivíduos. Mais absurda ainda é a lei recém-editada que possibilita a dispersão de agrotóxicos por  
916 aviões nas áreas urbanas visando o controle de mosquitos transmissores de doenças. A opção por um  
917 modelo de desenvolvimento baseado em mega empreendimentos é geradora de significativos impactos  
918 socioambientais nos territórios por eles influenciados. Estes impactos são sentidos ao longo do tempo,  
919 desde a pré-instalação, durante a instalação e no curto, médio e longo prazo de suas operações. Os  
920 territórios contíguos aos mega empreendimentos são cenários de importantes conflitos  
921 socioambientais, resultado dos desarranjos e rupturas nos planos materiais e imateriais da forma de  
922 viver dos grupos populacionais e ecossistemas locais. O crime da empresa Samarco, considerado o

923 maior acidente ambiental da nossa história, tendo como epicentro a ruptura dos tanques de contenção  
924 de lixo tóxico da extração mineral no Município de Mariana – MG, e que se expandiu por cerca de 800  
925 quilômetros ao longo do Rio Doce, até alcançar o Oceano Atlântico, afetando a vida de milhões de  
926 pessoas e poluindo o meio ambiente, não é uma mera casualidade. Ele expressa, como tantos outros  
927 exemplos, a forma irresponsável e insustentável de como o capital, com a conivência do Estado, se  
928 apropria violentamente dos recursos naturais, dos meios de produção e do trabalho alheio para  
929 alimentar o ciclo de concentração da riqueza. No Brasil, país continental que jamais realizou a reforma  
930 agrária, a história do campo é marcada pela permanente disputa pela terra. Os conflitos pelo direito à  
931 terra representam uma ameaça permanente à vida das populações tradicionais. São hediondas e  
932 inaceitáveis as recentes agressões às liberdades e aos direitos humanos, tais como os massacres de  
933 trabalhadores rurais em Colniza, no Mato Grosso e de indígenas da etnia Gamela, no Maranhão. Hoje,  
934 a grande maioria das terras produtivas brasileiras pertence aos donos de grandes propriedades onde  
935 ocorrem extensivos e intensivos processos produtivos baseados no monocultivo, principalmente da  
936 soja, algodão e milho. Para assegurar maior rentabilidade, estes processos produtivos utilizam  
937 sementes geneticamente modificadas para que as plantações tenham maior probabilidade de resistir às  
938 intempéries; estas modificações genéticas são moduladas de forma que as plantas sejam resistentes  
939 aos agrotóxicos que atuam no controle de pragas, como é o caso do glifosato. O Brasil está entre os  
940 três países de maior produção de alimentos transgênicos e é o maior mercado de agrotóxicos do  
941 mundo. O impacto das combinações da contaminação ambiental e da exposição de trabalhadores  
942 rurais e de seus familiares é altíssimo e não adequadamente mensurado. A tentativa de  
943 desregulamentação do uso de agrotóxicos é um grave risco sanitário para toda a população brasileira.  
944 A indústria pecuária, também realizada em propriedades privadas de grandes extensões, promove  
945 consumo de recursos naturais e danos ambientais em grande escala. A utilização disseminada de  
946 antibióticos e hormônios para o desenvolvimento dos animais contribuem com a insegurança alimentar.  
947 O surgimento da indústria alimentar e o consumo excessivo de produtos processados, mediados pela  
948 publicidade e ideologia consumista resultam numa transição nutricional caracterizada por uma dieta  
949 extremamente calórica, rica em açúcares e gorduras, e insatisfatória quanto ao aporte nutricional. O  
950 surgimento e/ou agravamento de patologias como desnutrição, dislipidemias, obesidade e outras  
951 doenças crônicas não transmissíveis estão intimamente ligadas a tais mudanças na alimentação das  
952 coletividades e dos indivíduos. A eliminação da fome alcançou enorme progresso nos anos recentes  
953 devido a políticas sociais compensatórias, em especial o Programa Bolsa Família. Entretanto, segue  
954 ainda enquanto um grande desafio da sociedade brasileira, com o registo de sete milhões de vítimas.  
955 Cabe à Vigilância em Saúde examinar as condições de vida e saúde das populações para organizar  
956 intervenções nos seus respectivos territórios. A ação da Vigilância em Saúde deve incidir sobre  
957 diversos planos: 1. Nas políticas e mecanismos regulatórios de todos os setores econômicos, sociais e  
958 ambientais que tenham relação com a saúde; 2. Na rede de atenção à saúde, considerando todos os  
959 seus dispositivos; 3. Junto à sociedade, integrada aos territórios. A complexidade da realidade brasileira  
960 impõe que a Vigilância em Saúde se oriente de forma universal, integrada, participativa e territorial,  
961 tendo como protagonistas a sociedade e os trabalhadores da vigilância. A Vigilância em Saúde  
962 necessita conceber um sistema de informação estruturado a partir das dinâmicas de produção,  
963 consumo e formas de viver das comunidades nos territórios. Territórios estes não fixos, que possibilitem  
964 o exame da saúde para além da lógica dos pontos de atenção da rede de saúde e que se integre aos  
965 valores e percepções materiais e imateriais das comunidades. A Conferência Nacional de Vigilância em  
966 Saúde está inspirada nos valores de democracia, justiça e solidariedade, reafirmando o compromisso  
967 com a efetiva garantia do direito à saúde e com o desafio da construção de um Sistema Único de  
968 Saúde – SUS, universal, público e de qualidade. As etapas municipal, estadual e nacional da  
969 Conferência Nacional de Vigilância em Saúde devem levar em consideração o cenário de determinação  
970 social da saúde em seus respectivos territórios mediado pela atual conjuntura política por que passa o  
971 país. Democracia é saúde. Saúde é democracia. Perguntas: Quais as características da determinação  
972 da saúde no território correspondente a esta etapa da 1<sup>a</sup> CNVS - O que promove e o que ameaça a  
973 saúde? Identifique até 3 problemas de grande impacto à saúde registrados no território correspondente  
974 a esta etapa da 1<sup>a</sup> CNVS: a) Como o impacto se distribuiu entre os diversos grupos da população? b)  
975 Como a sociedade reagiu? c) Como atuou a Vigilância em Saúde com os demais setores? d) Como  
976 atuou a Vigilância em Saúde na Rede de Atenção à Saúde? e) Como a Vigilância em Saúde interagiu  
977 com a Sociedade?" Na sequência, apresentou textos, em construção, sobre os quatro subeixos:  
978 Subeixo 1 – Lugar da Vigilância em Saúde no SUS. Tópico: Garantia de acesso. Pergunta: Como o  
979 SUS disponibiliza o acesso à vigilância em saúde? Esse acesso se dá através de todos os níveis de  
980 atenção à saúde no SUS?. Tópico: Modelo de atenção. Perguntas: Em que medida tem ocorrido o  
981 processo de integração entre a vigilância em saúde e as demais áreas de atenção à saúde? Quais são  
982 os problemas e desafios que dificultam/impedem a concretização dessa orientação estratégica?; e Que  
983 estratégias podem ser desenvolvidas para efetivar a ação da vigilância em saúde como parte integrante  
984 do cuidado em saúde?. Tópico: Territorialização. Pergunta: Quais condicionantes em saúde no território

985 influenciam a qualidade de vida e de trabalho da comunidade local? O papel da vigilância em saúde na  
986 integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde; Que aspectos da  
987 realidade são tratados pela Vigilância em Saúde e induz à integração das suas ações?; Como  
988 incorporar nas práticas e processos de trabalho da vigilância à saúde a atuação em relação aos  
989 determinantes e condicionantes da saúde (Lei 8080/90), entre outros, a alimentação, a moradia, o  
990 saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso  
991 aos bens e serviços essenciais? Subeixo 2 – Responsabilidades dos Estados e governos com a  
992 Vigilância em Saúde. Tópicos/perguntas. Financiamento: Como o SUS disponibiliza os recursos para a  
993 vigilância em saúde?; Esse financiamento é de acesso a todos os níveis de atenção da Vigilância em  
994 Saúde?. Planejamento: De que forma os aspectos epidemiológicos, ambientais, sociais e produtivos  
995 contribuem para o planejamento e execução de ações integradas entre Vigilância em Saúde e Atenção  
996 Básica em seu território?; e Como se dá a participação da Vigilância em Saúde nos processos de  
997 discussão e intervenção definidos regionalmente, de forma participativa, voltados para os territórios de  
998 referência dos serviços de saúde?. Gestão: Como está estruturada a vigilância em saúde no seu  
999 município, estado/distrito federal?; Como lidar com as diferentes necessidades de cada ente federado  
1000 (municípios, estados e federal) que possuem equipes heterogêneas e diferenças estruturais das  
1001 vigilâncias para se implementar a avaliação de risco, inclusive a gestão e a comunicação, no seu  
1002 território?; Como se poderia fazer a avaliação anual ou semestral das condições de vigilância em saúde  
1003 em cada cidade ou município?. Subeixo 3. Tópicos/perguntas: Implementação de políticas intersetoriais  
1004 para promoção da saúde e redução de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas; e Como  
1005 assegurar as ações intersetoriais, com participação da comunidade, nas ações de vigilância  
1006 desenvolvidas no território?. Gestão de risco como estratégia para a identificação, planejamento,  
1007 intervenção, regulação, ações intersetoriais, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e  
1008 agravos à população: Há suficiência de fontes de dados e de informações para nortear as ações da  
1009 vigilância em saúde, baseada na gestão de riscos?; e Qual perfil mínimo de competências deve ser  
1010 requerido dos técnicos e gestores das vigilâncias em saúde para se implementar a gestão de risco?.  
1011 Integração de saberes e práticas das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do  
1012 trabalhador e dos laboratórios de saúde pública: Existe efetivamente um Sistema de Vigilância em  
1013 Saúde com subsistemas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde  
1014 Ambiental, Saúde do Trabalhador e Sistema de Laboratórios de Saúde Pública ?; Qual a instância de  
1015 coordenação sistêmica dessas práticas e processos de trabalho? Esse sistema é coordenado pelas  
1016 áreas de vigilância em saúde dos entes federados?; Considerando-se que os subsistemas são  
1017 departamentalizados, inclusive nos Estados e Municípios, é possível seu funcionamento realmente  
1018 sistêmico, tendo as evidências no território como o ponto de partida da atuação conjunta dos diversos  
1019 departamentos?; Existem equipes de trabalho multi-departamentos, atuando na resolução de  
1020 problemas da vigilância em saúde?; Levando-se em conta que a Vigilância Sanitária dispõe de uma  
1021 estrutura singular – uma Agência Reguladora (Anvisa) com autonomia de decisão e de gestão – como  
1022 viabilizar a desejada integração com as áreas de vigilância em saúde nos Estados e Municípios?; Como  
1023 circulam, no interior dos subsistemas, as informações decorrentes da análise da situação de saúde?;  
1024 Quais aspectos de sua comunidade que podem gerar ações integradoras das vigilâncias em seu  
1025 território?; Quais as temáticas que viabilizariam uma integração sistêmica das diversas áreas da  
1026 Vigilância em Saúde?; e Exemplo: Agrotóxicos (Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador, Vigilância  
1027 Sanitária, Laboratórios). Monitoramento de vetores e de agentes causadores de doenças e agravos,  
1028 inclusive as negligenciadas: Como articular intervenção com o saneamento básico nos territórios  
1029 priorizando as áreas de risco de doenças transmitidas por vetores?; Quais estratégias às ações focadas  
1030 em eliminação de vetores podem ser desenvolvidas a fim de permitir uma abordagem integrada e  
1031 participativa no que se refere aos aspectos epidemiológicos, ambientais, sociais e produtivos do  
1032 território?; Quais possíveis alternativas sustentáveis são viáveis para superar o modelo químico-  
1033 dependente de combate e controle de vetores e agravos?. Vigilância em Saúde no atual cenário  
1034 epidemiológico nutricional – a desenvolver. Subeixo 4 - Democracia e Participação social no  
1035 fortalecimento da vigilância em saúde. Tópicos: Capacitação, Mobilização, Responsabilização e  
1036 Princípio de cidadania: Como envolver a comunidade local nas ações intersetoriais entre as áreas da  
1037 Vigilância em Saúde e serviços de Atenção Básica no território? O que é necessário para ampliar maior  
1038 participação da sociedade no debate sobre a vigilância em saúde e ampliar a consciência sanitária?;  
1039 Existem espaços e mecanismos de participação da comunidade gestão participativa e comitês  
1040 intersetoriais e formas de governança participativa no seu município ou estado? (Por exemplo: CISTT,  
1041 comitê gestor da bacia hidrográfica, comitê de equidade, comitê de acidente de trabalho, comitê de  
1042 mortalidade materna e infantil, comitês gestores de serviços de saúde, fóruns, entre outros); Como  
1043 fortalecer a articulação entre os espaços de participação social em todas as políticas públicas, com  
1044 vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais?; Que pautas e ações podem ser articuladas com  
1045 outros conselhos de políticas públicas?; Que ferramentas e estratégias de mobilização social podem  
1046 ser utilizadas para o fortalecimento da participação popular e controle social no seu

Município/Estado/Distrito Federal para qualificar as ações, programas e políticas de vigilância em saúde? Como os processos de educação permanente para o controle social podem contemplar a temática da vigilância em saúde e promover a participação popular? Quais possíveis ações educativas (oficinas, rodas de conversa, palestraras, cursos, etc.) podem ser desenvolvidas de maneira integrada entre órgãos de vigilância, serviços de atenção básica e comunidade do/no território? Como promover a integração entre da vigilância em saúde, serviços de atenção básica e instituições de ensino na oferta de ações educativas em saúde para a comunidade de seu território? Quais ações educativas em vigilância podem ser desenvolvidas com o apoio dos setores da comunicação de rádio e de TV e de outras mídias?. Concluída a apresentação, conselheiro **André Luiz de Oliveira** sugeriu aos conselheiros que analisassem a proposta de documento orientador e enviassem sugestões até o dia 22 de maio. As contribuições seriam encaminhadas à comissão organizadora, para incorporação, e o texto seria submetido à aprovação na próxima reunião do Conselho. O integrante da Comissão de Formulação e Relatoria da 1<sup>a</sup> CNVS, conselheiro **Guilherme Franco Netto**, explicou que a Comissão avançará na construção dos documentos sobre os subeixos da Conferência e encaminhará à comissão organizadora à medida que forem concluídos. **Deliberação: o Plenário definiu que os conselheiros farão a análise do documento orientador e poderão enviar contribuições até o dia 21 de maio. As sugestões serão encaminhadas para a SE/CNS que as encaminhará à comissão organizadora. O documento será aprovado na próxima reunião do Conselho.** Em seguida, conselheiro **André Luiz de Oliveira**, apresentou minuta de resolução, elaborada pela Mesa Diretora do CNS, com regras para realização das Conferências Livres, para a Etapa Nacional da 1<sup>a</sup> Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. O texto é o seguinte: "Resolução n.<sup>º</sup> 000 de 12 de maio de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei n.<sup>º</sup> 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei n.<sup>º</sup> 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto n.<sup>º</sup> 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a Portaria n.<sup>º</sup> 1.017, de 11 de maio de 2016, que convocou a 1<sup>a</sup> Conferência Nacional de Vigilância em Saúde; considerando a Resolução CNS n.<sup>º</sup> 535, de 19 de agosto de 2016, que aprovou o Regimento da 1<sup>a</sup> Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1<sup>a</sup> CNVS); considerando a possibilidade de organização das conferências livres pelos movimentos sociais e entidades previstos no artigo 12 da Resolução CNS n.<sup>º</sup> 535/2016, bem como atendidas as condições estabelecidas nesse artigo; considerando ainda que as conferências livres não elegem delegadas (os) e que seu principal objetivo é apresentar sugestões pelo(s) eixo(s) temático(s) debatido(s) à Comissão Organizadora da Etapa correspondente (Art. 12, parágrafo único, Resolução CNS n.<sup>º</sup> 535/2016); considerando que compete ao Conselho Nacional de Saúde o fortalecimento da participação e do controle social no SUS (Art. 10, IX da Resolução n.<sup>º</sup> 407, de 12 de setembro de 2008). Resolve: Aprovar, as regras de realização das Conferências Livres, para a Etapa Nacional da 1<sup>a</sup> Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, nos termos do Anexo a esta Resolução. ANEXO: Conferência Livre para a Etapa Nacional da 1<sup>a</sup> Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Art. 1º. Este dispositivo define critérios para indicação de Participantes das Conferências Livres para participar da Etapa Nacional da 1<sup>a</sup> CNVS. Parágrafo único. Entendem-se como Participantes Indicados nas Conferências Livres os Participantes Livres previstos no quadro de distribuição das delegadas e delegados da etapa nacional, referente ao artigo 3º do Cronograma da 1<sup>a</sup> CNVS, disposto na Resolução n.<sup>º</sup> 539, de 09 de dezembro de 2016. **DA CONFERÊNCIA LIVRE.** Art. 2º. As Conferências Livres poderão ser organizadas pelos segmentos de usuárias (os), trabalhadoras (es) e gestoras (es)/prestadoras (es), como também, pela representação social a que pertencem, podendo ser constituídas no âmbito Municipal, Intermunicipal, Regional, Macrorregional, Estadual, Distrital e/ou Nacional, com o objetivo de debater um ou mais eixos temáticos. **DA REALIZAÇÃO.** Art. 3º. As Conferências Livres poderão ser realizadas até o dia 21 de outubro de 2017 devendo sua realização ser comunicada a Comissão de Organização Nacional da 1<sup>a</sup> CNVS, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias. Parágrafo único. A Comissão de Organização Nacional da 1<sup>a</sup> CNVS indicará um representante para participar dos debates da conferência livre. **DA INSCRIÇÃO.** Art. 4º. As Conferências Livres poderão indicar participantes para a Etapa Nacional da 1<sup>a</sup> CNVS, até o limite previsto no artigo 3º da Resolução CNS n.<sup>º</sup> 539, de 09 de dezembro de 2016, conforme critério abaixo: I – até 100 (cem) participantes: nenhuma indicação; II – de 101 (cento e um) a 200 (duzentos) participantes: 01 (uma) indicação; III – de 201 (duzentos e um) a 300 (trezentos) participantes: 02 (duas) indicações; IV – a partir de 301 (trezentos e um) participantes: 03 (três) indicações. §1º As indicadas e os indicados para participar da Etapa Nacional da 1<sup>a</sup> CNVS deverão obrigatoriamente ter participado da referida conferência livre. §2º A organização da Conferência Livre deverá promover a inscrição de seus participantes para a etapa nacional da 1<sup>a</sup> CNVS, até 10 (dez) dias de sua realização, preenchendo o formulário de inscrição e enviando a lista de presença dos participantes. §3º A Comissão Organizadora Nacional da 1<sup>a</sup> CNVS acompanhará o preenchimento das 75 (setenta e cinco) vagas dispostas no artigo 3º da Resolução CNS n.<sup>º</sup> 539, de 09 de dezembro de 2016. **DO**

1109 **CREDENCIAMENTO.** Art. 5º. As informações acerca do credenciamento dos Participantes Indicados  
1110 nas Conferências Livres será divulgado no Regulamento da 1ª CNVS. **DA PARTICIPAÇÃO.** Art. 6º. A  
1111 atuação dos Participantes Indicados nas Conferências Livres, na Etapa Nacional da 1ª CNVS  
1112 obedecerá o disposto no Regimento, no Documento Metodológico e no Regulamento da 1ª CNVS. **DOS**  
1113 **RECURSOS FINANCEIROS.** Art. 7º. Os Participantes Indicados nas Conferências Livres terão suas  
1114 despesas com hospedagem e alimentação no local do evento, e translado em Brasília, custeadas pelo  
1115 Ministério da Saúde. Paragrafo único. Não cabe ao Ministério da Saúde qualquer responsabilidade por  
1116 seus gastos com transporte de sua cidade de origem a Brasília. **DAS DISPOSIÇÕES GERAIS.** Art. 8º.  
1117 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 1ª CNVS.” Concluída a leitura,  
1118 foram apresentadas as contribuições à minuta: mudança no critério definido para indicação, pelas  
1119 Conferências Livres, de participantes para a Etapa Nacional da 1ª CNVS; assegurar devolutiva da  
1120 Conferência na linha de qualificar o debate; garantir que as populações, ao realizar conferências livres,  
1121 possam indicar delegados para etapa nacional; e aprofundar o debate para induzir a presença de  
1122 participantes livres nas conferências municipais e a participação como delegados. Feitas essas  
1123 contribuições, a mesa colocou em votação a minuta. **Deliberação: aprovada a minuta de resolução**  
1124 **que define as regras para realização das Conferências Livres, para a Etapa Nacional da 1ª**  
1125 **CNVS, com mudança no critério definido para indicação, pelas Conferências Livres, de**  
1126 **participantes para a Etapa Nacional da 1ª CNVS:** I – até 50 participantes: nenhuma indicação; II –  
1127 de 51 a 100 participantes: uma indicação; III – de 101 a 200 participantes: duas indicações; e IV –  
1128 a partir de 201 participantes: três indicações. Além disso, o Plenário decidiu aprofundar o  
1129 debate para induzir a presença de participantes livres nas conferências municipais e a  
1130 participação como delegados. **ITEM 6 – A REFORMA TRABALHISTA E PREVIDENCIÁRIA, E OS**  
1131 **IMPACTOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA** - Apresentação: **Carlos Alves**  
1132 **Moura**, Secretário Executivo da Comissão Brasileira de Justiça e Paz – CBJP da Confederação  
1133 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Chico Couto**, Presidente da Comissão Especial de Direito  
1134 Previdenciária da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB; **Madalena Margarida da Silva**,  
1135 Coordenadora do Fórum Nacional de Saúde do Trabalhador das Centrais Sindicais; **Orlando Silva**,  
1136 Presidente da Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados.  
1137 Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Iniciando, o Presidente  
1138 do CNS agradeceu a presença dos convidados e manifestou satisfação com a presença dos  
1139 representantes de entidades que lutam pela defesa de direitos conquistados. O Presidente da  
1140 Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados, **Orlando Silva**, foi  
1141 o primeiro a expor sobre o tema em pauta, por conta de outra agenda. Iniciou cumprimentando o  
1142 Plenário e os demais integrantes da mesa e manifestando satisfação por participar desse debate no  
1143 CNS, referência de controle social de políticas públicas no Brasil e no mundo. Explicou que as reformas  
1144 trabalhista e previdenciária fazem parte de uma agenda que teve início com a reforma fiscal que  
1145 significou brutal congelamento de gastos sociais e investimentos relevantes do Estado (EC nº. 55) e, ao  
1146 mesmo tempo, resguardou o interesse do capital estrangeiro. Na sua visão, essas reformas  
1147 configuraram-se na mais grave ofensiva contra a história do trabalho no Brasil. Salientou que o projeto  
1148 inicial da reforma, que tratava de quatro temas, foi convertido em uma proposta de reformulação da  
1149 Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (mais de 200 modificações em 117 artigos da CLT),  
1150 utilizando o argumento que se tratava de uma lei antiga que necessitava de modernização. Rebateu  
1151 esse argumento lembrando que mais de 70% da CLT foi modificada ao longo do tempo e salientou que  
1152 não procede também a justificativa de modificar para gerar emprego, pois em 2013 a situação do Brasil  
1153 era de pleno emprego sob a vigência da CLT. Avaliou que, da forma apresentada e aprovada na  
1154 Câmara dos Deputados, a reforma representa ataque brutal ao movimento dos trabalhadores e  
1155 trabalhadoras do Brasil. Nessa linha, disse que não se admitiu sequer organizar regra de transição para  
1156 extinguir a contribuição sindical, configurando-se em uma possibilidade de ataque ao movimento dos  
1157 trabalhadores. Destacou que a situação é grave, uma vez que a ofensiva não ocorre apenas no  
1158 Parlamento, mas também a partir do Poder Judiciário. Frisou que não houve espaço político para  
1159 debate e a Câmara dos Deputados violou as comissões permanentes, criando comissão especial, que  
1160 é uma via rápida para o Plenário. Do ponto de vista político, disse que é preciso fazer enfrentamento da  
1161 proposta no Senado Federal e, nesse momento, comunicou que na semana anterior as centrais  
1162 sindicais contestaram a proposta votada na Câmara. Explicou que o governo tenta negociar alguns  
1163 pontos da proposta, com uma categoria ou outra, na tentativa de passar a ideia que dialoga com as  
1164 entidades e de fragmentar a resistência. Frisou que é preciso resistir e rejeitar a proposta da reforma da  
1165 previdência como foi aprovada e abrir debate sobre as contas públicas do Brasil. Estranhou, inclusive,  
1166 que o debate da previdência volte nos momentos de recessão do país em que ocorre aumento de  
1167 desemprego, diminuição da receita do Estado, da receita da previdência. Também afirmou que no  
1168 debate da reforma trabalhista, muitos deputados votaram em próprio benefício, porque a maioria é  
1169 empresários que passarão a ter mais lucros com a retirada de direitos dos trabalhadores. Frisou que  
1170 derrotar a proposta não significa que o CNS e os partidos de oposição não desejam debater as contas

públicas; mas que esse debate deve ser feito com critérios e não para atender a privatização do setor (estímulo à previdência complementar). Finalizando, disse que a batalha contra a reforma trabalhista na Câmara dos Deputados foi difícil e manifestações públicas têm impacto no parlamento brasileiro. No caso da reforma da previdência, é possível impedir a votação na Câmara e convidou as entidades a somar esforços às ações contrárias. Por fim, desculpou-se por não permanecer para o debate por causa de outro compromisso e agradeceu a oportunidade de falar ao Colegiado. O Presidente do CNS agradeceu a presença e a contribuição do deputado e salientou a importância da parceria do Conselho com a Comissão. O Presidente da Comissão Especial de Direito Previdenciário da OAB, **Chico Couto**, saudou o Plenário e agradeceu a oportunidade de debater o tema no Conselho. Colocou que a proposta do governo é privatizar a previdência, assim como vem fazendo com a seguridade e a saúde. Nas suas palavras, não se trata de reforma da previdência, mas sim da seguridade social, que acaba com a possibilidade de aposentadoria, pois o trabalhador não atingirá os requisitos para conseguir o benefício. Por outro lado, lembrou que o governo implementou o BPC e alterou a idade de 70 para 68 anos, o que também não resolve a situação, porque não será possível atingir a idade mínima definida. Ainda em relação ao ataque à seguridade social, citou a prorrogação da DRU e a ampliação para 30% do percentual a ser desvinculado, com o propósito de pagamento dos juros da dívida. Explicou que a reforma da previdência, entre outros aspectos, dificulta alcançar a idade mínima para aposentadoria, extingue a possibilidade de aposentadoria por tempo de contribuição, retira mais dinheiro da seguridade social e do SUS e altera as regras da aposentadoria rural. Acrescentou que, para gerar receita, emprego e renda, é preciso fazer o dinheiro girar. Frisou que as reformas trabalhista e previdência propõem alteração brusca dos princípios e regras vigente, portanto, deveriam ter sido discutidas com a sociedade e não colocadas de forma açodada. Salientou que a população reconhece a necessidade de fazer ajustes, mas não confia em quem irá fazê-los e lembrou, inclusive, que os maiores devedores da seguridade estão dentro do Congresso Nacional. Ressaltou que, antes de falar de reforma trabalhista e da previdência, é preciso fazer reforma no âmbito do Congresso Nacional, porque muitos que lá estão não possuem legitimidade, não política, para realizar mudanças. Frisou que toda a sociedade será atingida com a reforma da seguridade social, não só os segurados e citou como consequência, por exemplo, o aumento da violência. Por fim, agradeceu o convite para participar do debate representando o Presidente do Conselho Federal da OAB, **Cláudio Pacheco Prates Lamachia**, ferrenho defensor da contrarreforma da seguridade social brasileira. Desculpou-se por não poder permanecer para o debate e colocou-se à disposição para outros momentos. O Presidente do CNS agradeceu à OAB pelo apoio aos movimentos em prol do justo financiamento do SUS, de garantia de direitos, entre outras lutas. Devido o avançado da hora, a mesa fez um intervalo para o lanche. Retomando, foi aberta a palavra aos outros dois expositores. O economista do Dieese, **Leandro Horie**, iniciou agradecendo a oportunidade e destacando que a seguridade social é o maior programa social do Brasil, com grande impacto distributivo, assegurado na Constituição Federal de 1988 - universalidade e solidariedade. Porém, isso não evita que o sistema sofra ataques sistemáticos, sob argumentos como a Constituição de 1988 não cabe no orçamento. Sobre as políticas de saúde no Brasil, explicou que atualmente no Brasil mais de 150 milhões de pessoas possuem somente o SUS como provedor de serviços de saúde. No entanto, isso não significa que não haja problemas no sistema de saúde, pelo contrário. Mesmo com mínimo de gasto definidos para União, Estados e Municípios, há evidente insuficiência de gastos, que tem sido negligenciada. Em 2015, o orçamento da União foi de pouco mais de R\$ 102 bilhões, de um total estimado em mais de R\$ 230 bilhões em todas as esferas governamentais e que geraria algo como R\$ 1.100 reais por habitante. Quando se analisa a estrutura de dispêndio da saúde do Brasil, dois elementos são destaque: a primeira é que, apesar de um percentual relativamente considerável de gastos em saúde em porcentagem do PIB, que foi de 8,3% em 2014 (World Bank database), os gastos públicos totalizavam apenas 3,8% do PIB, ou seja, menos da metade do total. Outro aspecto relevante diz respeito ao gasto per capita no Brasil e no mundo. Apesar de o Brasil possuir um percentual do PIB superior à média mundial, por outro lado o gasto per capita brasileiro é inferior à média mundial, tanto considerando o setor público como privado como somente o setor público. A respeito do mercado de trabalho, citou as características principais: mercado de trabalho "Semi-estruturado": boa parte do mercado de trabalho ainda é precário e informal; menos da metade do total de ocupados ainda não possuem vínculo formal; assimetria salarial: gênero, raça, idade; rendimentos salariais relativamente baixos em uma comparação em US\$ PPP (OIT/BBC, 2012); acidentes de trabalho: fruto de vínculos precários, subnotificações: mais de 704 mil em 2014 (aumento de 37% em 9 anos); e apesar dos avanços entre 2004 a 2014, o cenário posterior foi de reversão: queda dos rendimentos, redução dos vínculos formais assalariados, aumento do desemprego e piora nas negociações salariais. Acerca da reforma da previdência – PEC 287/2016, esclareceu que a proposta de emenda constitucional sobre a previdência visa modificar o sistema de forma profunda, buscando reduzir seu tamanho e estimular formas externas de sistema previdenciário (como o fechado). Ao propor essa modificação, ataca os principais eixos de inclusão da CF 88 sob a justificativa de "rombo"/déficit, ajuste fiscal, fatores demográficos e insustentabilidade do sistema atual. Detalhou as linhas gerais da proposta: propostas

1233 mudam regras de acesso (dificultam) e valores de benefícios (rebaixam); unificação das regras Homens  
1234 e Mulheres; unificação das regras do RGPS e dos RPPS; e dificultam a aposentadoria de  
1235 trabalhadores(as) rurais. Idade mínima: 52 anos para mulheres e 55 para homens, com aumento de um  
1236 ano nesta idade a cada dois anos até atingir 62 anos mulheres e 65 anos homens. Mas a diferenciação  
1237 entre homens e mulheres pode não ocorrer em todos os casos. Além disso, aumenta em três anos a  
1238 idade mínima para gozo do BPC e reduz direitos pelo critério de renda familiar integral. No mais:  
1239 permite acumulação de aposentadoria com pensão até o total de 2 salários mínimos; mantém  
1240 aposentadoria especial do professor e policial (mas em condições mais gravosas:  
1241 professores/professoras: 60 anos + 25 anos de contribuição); aposentadoria especial (por exemplo,  
1242 professores educação básica): avaliação individual ao invés de profissão/ocupação, eliminação do seu  
1243 caráter preventivo; e questões a definir em lei complementar: Aposentadorias especiais (ameaça à  
1244 saúde e graduação PCD). Afirmou tratar-se de propostas extremamente rígidas, mesmo se comparado a  
1245 outros países do mundo, e tende a promover uma crescente exclusão, assim como aumento da  
1246 pobreza em especial entre idosos e dependentes. Além disso, não atua sobre problemas da  
1247 segurança: débitos/dividas, excesso de desonerações, DRU, e demais formas de drenagem de  
1248 recursos; estimula a atuação do setor privado; ignora diferenciações regionais, de acúmulo de  
1249 benefícios e principalmente a heterogeneia do mercado de trabalho brasileiro. Com o discurso de que  
1250 possui potencial para geração de empregos e atualização das leis trabalhistas, revoga o princípio que  
1251 protege o trabalhador perante o empregador; reduz o poder de negociação e contratação coletiva dos  
1252 sindicatos; rebaixa os direitos previstos em lei; amplia a participação de contratos atípicos e do trabalho  
1253 autônomo; e traz forte restrição à atuação e ao poder normativo da Justiça do Trabalho, bem como ao  
1254 acesso dos trabalhadores ao judiciário trabalhista. Finalizando, perguntou que tipo de pacto será  
1255 possível fazer com as reformas propostas. O Secretário Executivo da CBJP da CNBB, **Carlos Alves**  
1256 **Moura**, agradeceu a oportunidade e justificou que o presidente e o secretário geral não puderam  
1257 comparecer por estarem fora de Brasília. Manifestou satisfação pela oportunidade de participar do  
1258 debate no CNS, considerando a responsabilidade política e social do CNS demonstrada ao longo do  
1259 tempo. Neste debate, disse que é preciso entender o propósito do governo e a perspectiva do  
1260 Congresso Nacional. Colocou o entendimento que o governo deseja continuar a alimentar o capitalismo  
1261 e a sobrepor o capital ao trabalho. No que se refere ao Congresso Nacional, salientou que é preciso  
1262 avaliar os serviços do candidato prestado à comunidade e não reeleger aqueles que não têm  
1263 compromisso com o bem comum. A respeito da temática, disse que a CNBB publicou mensagem aos  
1264 trabalhadores e às trabalhadoras do Brasil e citou o seguinte trecho do documento "Nessa lógica  
1265 perversa do mercado, os Poderes Executivo e Legislativo reduzem o dever do Estado de mediar a  
1266 relação entre capital e trabalho, e de garantir a proteção social. Exemplos disso são os Projetos de Lei  
1267 4302/98 (Lei das Terceirizações) e 6787/16 (Reforma Trabalhista), bem como a Proposta de Emenda à  
1268 Constituição 287/16 (Reforma da Previdência). É inaceitável que decisões de tamanha incidência na  
1269 vida das pessoas e que retiram direitos já conquistados, sejam aprovadas no Congresso Nacional, sem  
1270 um amplo diálogo com a sociedade." Além disso, destacou que a CNBB divulgou nota sobre a PEC  
1271 241, destacando, entre outros aspectos, que a Proposta supervaloriza o mercado em detrimento do  
1272 Estado. "O dinheiro deve servir e não governar!" (Evangelii Gaudium, 58). Diante do risco de uma  
1273 idolatria do mercado, a Doutrina Social da Igreja ressalta o limite e a incapacidade do mesmo em  
1274 satisfazer as necessidades humanas que, por sua natureza, não são e não podem ser simples  
1275 mercadorias (cf. Compêndio da Doutrina Social da Igreja, 349). Além disso, a PEC 241 afronta a  
1276 Constituição Cidadã de 1988. Ao tratar dos artigos 198 e 212, que garantem um limite mínimo de  
1277 investimento nas áreas de saúde e educação, ela desconsidera a ordem constitucional. A partir de  
1278 2018, o montante assegurado para estas áreas terá um novo critério de correção que será a inflação e  
1279 não mais a receita corrente líquida, como prescreve a Constituição Federal." A respeito da reforma da  
1280 previdência, salientou que a CNBB também divulgou nota que, entre outros aspectos, afirma que os  
1281 números do Governo Federal que apresentam um déficit previdenciário são diversos dos números  
1282 apresentados por outras instituições, inclusive ligadas ao próprio governo. Não é possível encaminhar  
1283 solução de assunto tão complexo com informações inseguras, desencontradas e contraditórias. É  
1284 preciso conhecer a real situação da Previdência Social no Brasil. Iniciativas que visem ao conhecimento  
1285 dessa realidade devem ser valorizadas e adotadas, particularmente pelo Congresso Nacional, com o  
1286 total envolvimento da sociedade. Além disso, a entidade afirma que se faz necessário auditar a dívida  
1287 pública, taxar rendimentos das instituições financeiras, rever a desoneração de exportação de  
1288 commodities, identificar e cobrar os devedores da Previdência. Essas opções ajudariam a tornar  
1289 realidade o Fundo de Reserva do Regime da Previdência Social – Emenda Constitucional 20/1998, que  
1290 poderia provisionar recursos exclusivos para a Previdência. Finalizando, disse que a CNBB, em  
1291 assembleia geral, ratificou as referidas notas por entender que as propostas encaminhadas ao  
1292 parlamento ou vindas dos congressistas não atendem aos anseios da sociedade e prejudicam os mais  
1293 pobres. O Presidente do CNS agradeceu o representante da CNBB pela contribuição e destacou o  
1294 compromisso histórico da entidade com os direitos do povo brasileiro, com a Constituição e com a

1295 saúde. **Manifestações.** Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** manifestou  
1296 preocupação com as propostas que reduzem direitos e prejudicam a população e destacou a  
1297 importância dos movimentos de resistência às mudanças. Nessa linha, sugeriu que o CNS aprove nota  
1298 de apoio ao movimento “Ocupe Brasília”, que ocorrerá no dia 24 de maio de 2017 e convoque as  
1299 entidades a participar da atividade. Sugeriu, inclusive, que as igrejas, a exemplo da Católica e da  
1300 Batista, informem as pessoas sobre os direitos que as reformas irão retirar. Conselheiro **João Donizeti**  
1301 **Scaboli** sugeriu que fosse disponibilizado ao CNS, para conhecimento, o documento aprovado durante  
1302 debate na sede da OAB, em São Paulo, e encaminhado ao Presidente da República e à Câmara dos  
1303 Deputados. Conselheiro **Malet Antônio César Silva Mallet**, primeiro, manifestou satisfação com o  
1304 retorno da OAB e da CNBB à luta em favor dos direitos. Disse que não há informação disponível à  
1305 sociedade sobre as consequências das reformas e a interpretação é que o Congresso, enquanto  
1306 representação popular, acredita que recebeu cheque em branco para decidir sem consultar o povo.  
1307 Além disso, lembrou que o Brasil não possui tradição de realizar plebiscitos e referendos populares que  
1308 permitem consulta à sociedade. Destacou que o momento deve ser de mobilização da sociedade para  
1309 que recupere sua capacidade de indignação e as entidades devem contribuir nesse processo.  
1310 Conselheiro **Willen Heil e Silva** avaliou que o povo morre um pouco a cada dia, por conta de decisões  
1311 tomadas pelos governantes e a organização partidária brasileira está permeada pela corrupção.  
1312 Salientou que é triste ver que as entidades de direito não tem força para vencer o que está  
1313 acontecendo. Para promover mudança, é necessário adotar ações mais incisivas, inclusive no judiciário  
1314 e fortalecer as ações conjuntas com entidades como a OAB. Conselheiro **José Vanilson Torres da**  
1315 **Silva** frisou que a situação é extremamente grave e salientou que a PEC 241 (55) retirou direitos e  
1316 aumentou o percentual de vulneráveis (população de rua cresceu 50% e irá aumentar ainda mais diante  
1317 da situação). Ressaltou que as iniciativas adotadas pelo atual governo destroem o povo brasileiro e a  
1318 população não teve acesso à educação de qualidade e formação política para, inclusive, reconhecer  
1319 que o Congresso não representa o povo brasileiro e rebater as informações falaciosas da grande mídia.  
1320 Por fim, disse que é preciso orientar o povo e conamar a população para a luta contra essas  
1321 iniciativas que prejudicam o povo brasileiro. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** saudou a Mesa  
1322 Diretora do CNS pela composição da mesa e os convidados pelas ricas falas. Destacou que há muito  
1323 material disponível para formular a opinião do Conselho e, nessa linha, sugeriu que o Conselho  
1324 recomende aos conselheiros e conselheiras que estejam presentes nas ruas, no Congresso Nacional,  
1325 entre outros espaços, para tentar reverter a situação. Conselheira **Denise Torreão Corrêa da Silva**  
1326 estranhou que o Poder Executivo e Legislativo tomem iniciativas que ferem a Constituição e acordos  
1327 internacionais dos quais o Brasil é signatário. Como encaminhamento, sugeriu a formação de um grupo  
1328 do CNS para elaborar recomendação e resolução a respeito do tema, a serem apresentadas no dia  
1329 seguinte, considerando como subsídio a nota técnica do DIEESE que trata do impacto da reforma da  
1330 previdência para as mulheres e outros materiais a respeito. Também disse que disponibilizaria a  
1331 apresentação da conselheira Alessandra Ribeiro a respeito da temática, para servir de subsídio.  
1332 Conselheira **Lenir Santos** avaliou que a reforma da previdência é muito ruim, especialmente para as  
1333 pessoas com deficiência e informou que, na condição de Federação Brasileira das Associações de  
1334 Síndrome de Down – FBASD, participou de audiências na Câmara dos Deputados para tratar do tema.  
1335 Classificou a proposta como reforma da previdência “imprevidente”, porque o momento político-social  
1336 não é o mais adequado para debater um tema que interessa a todas as pessoas, no presente e no  
1337 futuro. Além disso, esse debate não pode ser feito de forma urgente como colocado e, ainda, pela  
1338 desconfiança em relação aos dados postos. No tocante à pessoa com deficiência, disse que a mudança  
1339 no percentual da pensão (redução de 100% para 50%, mais 10% para cada dependente, sem  
1340 reversibilidade) traz graves problemas, porque são pessoas com necessidades especiais. Sobre o BPC,  
1341 disse que foi feita a vinculação com o salário mínimo, mas há dois problemas que estão passando  
1342 desapercebidos: na composição da renda família, utilização da renda bruta ao invés da renda líquida; e  
1343 remissão ao artigo 229 da CF. Por fim, disse que a nação brasileira não pode ficar a mercê de um  
1344 Congresso que concorda com esse tipo de propostas e frisou que a sociedade precisa mobilizar-se  
1345 contra essas iniciativas. **Retorno da mesa.** O economista do **Dieese** salientou que a reforma é muito  
1346 ampla e não houve discussão com os atores sociais e o movimento social. Além disso, foram impostas,  
1347 de cima para baixo, alterando, na prática, o conceito de cidadania e pode levar à deteriorização social.  
1348 Sendo assim, disse que se posicionar contra as reformas é preservar o conceito de cidadania,  
1349 conquistado com muito esforço e consolidado na Constituição de 1988. Por fim, agradeceu a  
1350 oportunidade, despediu-se e desculpou-se por não poder permanecer até o final do debate. O  
1351 Presidente do CNS agradeceu o DIEESE que será um parceiro importante nesse e em outros debates.  
1352 Conselheira **Madalena Margarida da Silva** destacou que o DIEESE tem acumulado informação sobre  
1353 o tema e, por essa razão, apresentou a sugestão de convidar a entidade para debate no CNS. Disse  
1354 que no dia 28 de abril – dia mundial em memória das vítimas de acidentes de trabalho – diversas  
1355 centrais realizam atividades, seminários com debate deste tema. Informou que julho será realizada  
1356 conferência livre de vigilância em saúde sobre doenças e acidentes do trabalho. Destacou que a

1357 situação do país é resultado da política de desenvolvimento adotada e frisou que as reformas não  
1358 foram pactuadas com a sociedade, nem com o movimento sindical. Conselheiro **Moysés Toniolo**  
1359 manifestou preocupação com a corrupção que assola a política no país à custa das pessoas e ressaltou  
1360 que, da forma como proposta, as pessoas não conseguirão acessar os benefícios porque irão morrer  
1361 antes, porque não terão saúde, nem trabalho decente. Conselheira **Francisca Valda da Silva** saudou a  
1362 Mesa Diretora do CNS pela escolha dos convidados para o debate e frisou que o cenário é perverso,  
1363 cruel e desumano com a população da base da pirâmide social. Salientou que é preciso fazer  
1364 movimento contrário às propagandas midiáticas em favor da reforma da previdência. Como  
1365 encaminhamento, sugeriu que o CNS acompanhe a tramitação das ADIn acerca do tema no STF -  
1366 5.633, que trata da EC 95/2016, que trata da terceirização e a apresentada pelo senador Randolf  
1367 Rodrigues – e rejeite o PL 7.787/2016, que trata da reforma trabalhista e a PEC nº. 287, que trata da  
1368 reforma da previdência. Conselheira **Jani Betânia Souza Capiberibe** fez a leitura da carta da ABRA  
1369 sobre a PEC nº. 287/2016, reforma da previdência, que traz a preocupação das famílias das pessoas  
1370 com deficiência com esta proposta, porque as pessoas com deficiência serão prejudicadas no que se  
1371 refere ao BPC, aposentadoria e pensão. O documento, entregue a deputados e senadores, propõe,  
1372 entre outros aspectos: “A família que tiver um filho com deficiência/transtorno do espectro autista grave,  
1373 o conjunge que ficar viúvo, deverá receber a pensão, na íntegra, e acumular com a aposentaria que  
1374 tiver ou que virá a ter. O filho com deficiência grave/ transtorno do espectro autista receberá a pensão  
1375 da integral do pai e da mãe, sem cortes, acumulando as duas pensões quando eles falecerem.”  
1376 Conselheiro **Wanderley Gomes** sentiu-se contemplado nas falas dos conselheiros e reiterou os elogios  
1377 à Mesa Diretora do CNS pela escolha dos convidados para abordar o tema. Salientou que a  
1378 longevidade é um triunfo e não um fardo, portanto, não é justo que o conjunto dos trabalhadores seja  
1379 punido com o descompromisso da proteção, por parte do Estado brasileiro. Concordou que as reformas  
1380 trabalhistas e da previdência representam um dano para nação no presente e no futuro e, nesse  
1381 cenário, é importante unir setores democráticos, progressistas e populares em prol da recuperação do  
1382 país. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** destacou que a reforma trabalhista é questionável, mas citou  
1383 como um dos pontos de maior preocupação a flexibilização do trabalho, porque irá trazer graves  
1384 consequências. As pessoas com mais de 40 anos não conseguirão emprego e não poderão aposentar-  
1385 se. Explicou que a COBAP e a CNBB realizaram movimento e 62 senadores assinaram documento  
1386 comprometendo-se a não votar a proposta da previdência no Senado Federal antes da instalação da  
1387 CPI da previdência. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** lembrou que plebiscito e referendo são  
1388 mecanismos de consulta ao povo para assunto de relevância, definidos pela Constituição, e poderiam  
1389 ser adotados para ouvir o posicionamento da população. Disse que a mídia é utilizada para contar  
1390 mentiras e não é interessante aos governantes trazer a discussão política e social às crianças e  
1391 adolescentes, nem mesmo garantir educação de qualidade, porque o conhecimento liberta. Propôs que  
1392 no Radar seja pautado informe sobre a tramitação das ADIn contra as reformas para que as entidades  
1393 possam somar-se às ações como *amicus curiae*. Também sugeriu que fosse realizada campanha para  
1394 esclarecer a população, de maneira simples, sobre os prejuízos dessa proposta. Conselheiro **André**  
1395 **Luiz de Oliveira** afirmou que a CNBB, as igrejas e os organismos vinculados à Confederação lutam  
1396 nas últimas décadas em prol do povo, especialmente dos mais fragilizados e excluídos. Explicou que no  
1397 dia 23 de março, foi publicada nota sobre a Reforma da Previdência, aprovada pelo Conselho  
1398 Permanente da CNBB e citou os seguintes trechos do documento: “O Art. 6º da Constituição Federal de  
1399 1988 estabeleceu que a Previdência seja um Direito Social dos brasileiros e brasileiras. Não é uma  
1400 concessão governamental ou um privilégio. Os Direitos Sociais no Brasil foram conquistados com  
1401 intensa participação democrática; qualquer ameaça a eles merece imediato repúdio”; “O sistema da  
1402 Previdência Social possui uma intrínseca matriz ética. Ele é criado para a proteção social de pessoas  
1403 que, por vários motivos, ficam expostas à vulnerabilidade social (idade, enfermidades, acidentes,  
1404 maternidade...), particularmente as mais pobres. Nenhuma solução para equilibrar um possível déficit  
1405 pode prescindir de valores éticos-sociais e solidários. Na justificativa da PEC 287/2016 não existe  
1406 nenhuma referência a esses valores, reduzindo a Previdência a uma questão econômica.” Além disso,  
1407 salientou que em Nota Oficial da 55ª Assembleia Geral dos Bispos, CNBB se posiciona sobre o grave  
1408 momento nacional e citou os seguintes trechos do documento: “É preciso construir uma democracia  
1409 verdadeiramente participativa. Dessa forma se poderá superar o fisiologismo político que leva a  
1410 barganhas sem escrúpulos, com graves consequências para o bem do povo brasileiro. (...) Aos políticos  
1411 não é lícito exercer a política de outra forma que não seja para a construção do bem comum. Daí, a  
1412 necessidade de se abandonar a velha prática do “toma lá, dá cá” como moeda de troca para atender a  
1413 interesses privados em prejuízo dos interesses públicos. (...) Em nome da retomada do  
1414 desenvolvimento, não é justo submeter o Estado ao mercado. Quando é o mercado que governa, o  
1415 Estado torna-se fraco e acaba submetido a uma perversa lógica financeira. Recorde-se, com o Papa  
1416 Francisco, que “o dinheiro é para servir e não para governar” (*Evangelii Gaudium* 58)”. Por fim, frisou  
1417 que é fundamental ouvir a população, em suas manifestações coletivas e a igreja sempre estará ao  
1418 lado dos excluídos, marginalizados e dos que mais precisam. Conselheira **Jupiara Gonçalves de**

1419 Castro disse que a situação é crítica e afirmou que o governo atende ao chamado do capital  
1420 internacional e prejudica a seguridade social. Explicou ainda que, ao contrário do que a grande mídia  
1421 propaga, especialistas comprovam que a previdência não está “quebrada” e afirmou que as reformas  
1422 visam deixar cada vez mais os trabalhadores subjugados aos patrões. Salientou que os trabalhadores  
1423 precisam ir às ruas dizer ao governo que não aceitarão perder mais um direito sequer. Conselheiro  
1424 **Aníbal Machado** falou sobre a dificuldade enfrentada pela categoria dos motoristas e salientou que as  
1425 reformas da previdência e trabalhista prejudicam os trabalhadores. Disse que o movimento sindical irá  
1426 participar dos movimentos contra as reformas, porque resultaram na falta de saúde, de emprego,  
1427 levando à morte dos trabalhadores. Conselheira **Juliana Santorum** destacou que são muitas as forças  
1428 opressoras e a mídia possui papel importante nesse processo. Disse que estudos de instituições sérias,  
1429 ao contrário do que afirma o governo, apontam que a previdência é superavitária. Destacou que a  
1430 reforma tem impacto negativo para os trabalhadores e trabalhadoras e repercute na economia de  
1431 municípios de pequeno porte. Citou os seguintes pontos da reforma que prejudicam trabalhadores e  
1432 trabalhadoras do campo: contribuição individual mensal; aumento de idade das trabalhadoras rurais; e  
1433 assalariados deverão ter 25 anos de vínculo formal de trabalho para ter acesso à aposentadoria (irão  
1434 morrer sem conseguir). Destacou que os movimentos sociais e sindicais estão mobilizados para ocupar  
1435 Brasília e os Estados para defender direitos. Por fim, disse que é preciso garantir sustentabilidade  
1436 econômica para a seguridade social e resolver o problema da sonegação de impostos. Conselheiro  
1437 **Ronald Ferreira dos Santos** fez a leitura da nota do Conselho sobre o tema: “Retirar direitos dos  
1438 cidadãos é um curto caminho para o surgimento ou agravamento de doenças relacionadas ao  
1439 emocional de cada ser. Quando se perde benefícios conquistados há décadas e se encara uma nova  
1440 realidade cheia de incertezas e inseguranças, a tendência é que o trabalhador e a trabalhadora entrem  
1441 em um quadro psíquico perigoso, o da depressão. As reformas da Previdência e Trabalhista, que  
1442 tramitam no Congresso Nacional, carregam em si todos os ingredientes que podem levar milhares de  
1443 trabalhadores e trabalhadoras por esse caminho. A possibilidade da perda de direitos como férias e  
1444 décimo terceiro salário, por exemplo, geram ansiedade e muita preocupação na vida de quem tem a  
1445 responsabilidade de cuidar de outras vidas. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) adere à campanha  
1446 proposta pela Organização Mundial de Saúde contra a depressão. Essa doença, silenciosa, afeta cerca  
1447 de 350 milhões de pessoas em todo mundo. Só no Brasil, são perto de 11,5 milhões de brasileiros com  
1448 esse transtorno. Ou seja, 5,8% da nossa população. Nossa país é o segundo com maior prevalência da  
1449 doença nas Américas, quase igualado com os Estados Unidos, que têm 5,9% de depressivos. Mas  
1450 você deve estar se perguntando: Tudo bem, mas o que a depressão e essas reformas têm a ver com o  
1451 Sistema Único de Saúde (SUS)? A resposta é simples. Se o trabalhador perde seus direitos e entra em  
1452 um quadro depressivo derivado dessa perda de direitos, ele sobrecarregará o SUS, que já se encontra  
1453 subfinanciado e não poderá oferecer o tratamento adequado. O ciclo é esse: Trabalhador e  
1454 trabalhadora perdem direitos, entram em depressão, procura o SUS e não conseguem atendimento  
1455 devido ao subfinanciamento. E para garantir o direito à saúde, com financiamento adequado, que o  
1456 CNS relança no Dia Mundial da Saúde o manifesto da Frente em Defesa do Sistema Único de Saúde  
1457 (ABRASUS). O documento – assinado por parlamentares, entidades de classe e sociedade civil  
1458 organizada – lista diretrizes importantes na defesa da saúde pública brasileira. A seguir, você encontra  
1459 essas propostas importantes para que tenhamos um SUS público, integral, universal e de qualidade.”  
1460 Por fim, disse que é preciso dialogar com os prefeitos durante a Marcha que seria realizada em Brasília,  
1461 no mês de maio de 2017. **Retorno da mesa.** O Secretário Executivo da CBJP/CNBB, **Carlos Alves**  
1462 **Moura**, destacou que as medidas representam perigo de retrocesso e é preciso aliar movimentos e  
1463 entidades para enfrentá-las. Disse que aprendeu muito com o debate e salientou que a esperança é o  
1464 fio condutor que não deixar esmorecer. Agradeceu pela troca de experiência e pelo aprendizado e  
1465 manifestou satisfação com o cuidado do CNS com os segmentos menos protegidos. Encerrou com a  
1466 seguinte citação do papa Francisco: “Juntamente com a Terra e o Teto, o Trabalho é um direito  
1467 sagrado, pelo qual vale a pena lutar”. Na sequência, conselheira **Francisca Rego**, sintetizou os  
1468 encaminhamentos que surgiram do debate e colocou em votação. **Deliberação: neste ponto, foram**  
1469 **aprovadas as seguintes propostas:** a) **compartilhar documentos e estudos disponíveis (da OAB,**  
1470 **do CNS, do DIEESE, por exemplo) com informações mais esclarecedoras acerca do tema;** b)  
1471 **definir agenda de enfrentamento na esfera jurídica;** c) **atualizar e subsidiar informações aos**  
1472 **conselheiros sobre as ADINs acerca do tema, em tramitação;** d) **ampliar o diálogo com a**  
1473 **sociedade e alimentar as campanhas na mídia;** e) **definir GT para elaborar documento com**  
1474 **posição do CNS acerca da temática ( indicações: Denise Torreão, Francisca Valda, Juliana**  
1475 **Santorum);** f) **reforçar a importância da presença das entidades na vigília no Congresso Nacional**  
1476 **e na marcha dos prefeitos (na semana seguinte) e da participação no movimento “Ocupe**  
1477 **Brasília”, no dia 24 de maio (mobilizar o sistema conselhos de saúde).** Conselheira **Nelcy Ferreira**  
1478 informou que o FENTAS não indicaria representante para o Programa Criança Feliz. Definido esse  
1479 ponto, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros:  
1480 **Titulares – André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Antonio Carlos**

1481 Figueiredo Nardi, Ministério da Saúde (MS); **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Arilson da**

1482 Silva Cardoso, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Breno de**

1483 Figueiredo Monteiro, Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira

1484 de Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC;

1485 **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG;

1486 **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira

1487 (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –

1488 ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Guilherme**

1489 **Franco Netto**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Jani Betânia Souza Capiberibe**,

1490 Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues**

1491 **Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Juliana Acosta Santorum**,

1492 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Lenir Santos**, Federação

1493 Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato

1494 Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira**

1495 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação

1496 Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta

1497 Contra a Aids – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton**

1498 **Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região

1499 Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar;

1500 **Sônia Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das

1501 Associações de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia

1502 Ocupacional (COFFITO); e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).

1503 *Suplentes* – **Alessandra Ribeiro de Souza**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Alexandre**

1504 **Fonseca Santos**, Ministério da Saúde; **Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega**, Conselho

1505 Federal de Psicologia – CFPA.; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira

1506 Superando o Lúpus; **Antonio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde (MS); **Antônio Muniz da Silva**,

1507 Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas

1508 do Brasil (AFB); **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla –

1509 MOPEM; **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM;

1510 **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Elcyana Bezerra de**

1511 **Carvalho**, Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAZ; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central

1512 dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional

1513 das Associações de Moradores – CONAM; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos

1514 Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gerlane Baccarin**, Ministério da Saúde; **Gilene José dos**

1515 Santos, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi;

1516 **Gilson Silva**, Força Sindical; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários

1517 de Saúde – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **João**

1518 **Bosco Cavalcanti Chaves**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais –

1519 FENAFITO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB;

1520 **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Fernando**

1521 **Ucho**, Ministério da Educação; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional de População de

1522 Rua – MNPR; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos

1523 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Laura Davison**

1524 **Mangilli Toni**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Maria Angélica Zollin de Almeida**,

1525 Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**,

1526 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, Sindicato dos

1527 Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Mariana**

1528 **Carvalho Pinheiro**, Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo,

1529 Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Rodrigo**

1530 **Gomes Marques Silvestre**, Ministério da Saúde; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional

1531 dos Enfermeiros – FNE; **Tathiane Aquino de Araújo**, Rede Nacional de Pessoas Trans- Rede Trans

1532 Brasi; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa

1533 foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E**

1534 **FINANCIAMENTO – COFIN** - Coordenação: conselheiro **André Luiz de Oliveira**; e conselheiro

1535 **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Apresentação: **Francisco Funcia**, assessor técnico

1536 da COFIN; e **Arionaldo Bonfim Rosendo**, Subsecretário de Planejamento e Orçamento do Ministério

1537 da Saúde. Neste ponto, o Plenário apreciou minuta de Parecer Conclusivo, em 27/04/2017, sobre o

1538 Relatório Anual de Gestão - RAG 2016/MS e tomou conhecimento sobre o documento da Subsecretaria

1539 de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde (SPO/MS) com avaliação técnica das razões que

1540 embasaram a recomendação de não aprovação do RAG 2016. O assessor técnico da COFIN,

1541 **Francisco Funcia**, iniciando, explicou que há um processo de discussão que envolve várias temáticas,

1542 portanto, a discussão é feita passo a passo. Assim, ateve-se à análise do RAG e do Relatório

1543 Quadrimestral. Disse que a COFIN analisou o Relatório Anual de Gestão - RAG 2016/MS e aprovou  
1544 minuta de Parecer Conclusivo, em 27 de abril de 2017, a partir da análise e debates do texto-base  
1545 elaborado por ele, para deliberação do Pleno do CNS. Esclareceu que consta da minuta, nas  
1546 "Considerações Finais", os apontamentos para a indicação de medidas corretivas de gestão,  
1547 decorrentes da análise, a ser encaminhada ao Presidente da República, nos termos do artigo 41 da Lei  
1548 Complementar nº 141/2012. Do Tópico I "Cumprimento da Aplicação em Ações e Serviços Públicos de  
1549 Saúde (LC nº 141/2012)", destacou que não houve o cumprimento da aplicação mínima em ASPS.  
1550 Destacou o valor empenhado em ASPS 2016: R\$ 106,236 bilhões (conforme página 7 do RAG) =  
1551 14,7% da Receita Corrente Líquida (RCL) de 2016; R\$ 2,135 bilhões abaixo do piso mínimo  
1552 constitucional de 15% da RCL de 2016 (nos termos dos efeitos combinados da Emenda Constitucional  
1553 nº 86/2015 e da Emenda Constitucional nº 95/2016) ou R\$ 2,574 bilhões, somando-se a compensação  
1554 insuficiente dos restos a pagar cancelados em 2015 nos termos da Lei Complementar nº 141. Mostrou  
1555 tabela (nota técnica – anexo 1), com avaliação da aplicação mínima constitucional em ASPS e da  
1556 Compensação dos Restos a Pagar Cancelados em 2015 pelo Ministério da Saúde, destacando que o  
1557 Ministério não teve a disponibilidade orçamentária para esse fim. Do Tópico II "Demonstrativo das  
1558 Despesas em 2016", valor disponibilizado para empenhos foi insuficiente, salientou: R\$ 118 milhões  
1559 menor que o necessário para o cumprimento da aplicação mínima ("piso") constitucional de 15% da  
1560 RCL ou R\$ 557 milhões menor que o necessário se acrescido o descumprimento da compensação  
1561 integral dos Restos a Pagar cancelados em 2015. Não foi observado o Inciso II do artigo 1º da  
1562 Recomendação 003/2015, de 09 de abril de 2015 e também não foram observados os itens 1 e 3 da  
1563 Recomendação 015/2016, de 11 de novembro de 2016. O RAG2016/MS não detalhou e/ou não  
1564 demonstrou: quais foram as despesas classificadas como Programação Própria e Emendas que não  
1565 puderam ser realizadas por causa do contingenciamento imposto pela área econômica do governo  
1566 federal; os critérios para a escolha das despesas que não foram executadas ou que foram executadas  
1567 parcialmente, nem a classificação do que não foi executado por bloco de financiamento em decorrência  
1568 desse contingenciamento; a alocação de recursos suficientes para promover a mudança de modelo de  
1569 atenção à saúde objeto da recomendação do Conselho Nacional de Saúde, pois em termos  
1570 comparativos, o crescimento relativo da subfunção "Atenção Básica" observado no período 2009-2014  
1571 foi interrompido nos dois últimos anos (2015 e 2016), estagnada no parâmetro de 2014 (Tabela 1 do  
1572 Parecer); e a realização da transferência direta, regular e automática nos termos da LC 141, pois o fato  
1573 de depositar de um fundo (federal) para outro fundo (municipal ou estadual) não assume essa  
1574 característica, considerando o regramento estabelecido pelas inúmeras portarias do Ministério da  
1575 Saúde para definição dessas transferências. Tabela 1 (PARECER RAG) Ministério da Saúde –  
1576 Despesas Empenhadas – Função Saúde e Subfunção 2009-2016. Em comparação a 2014, houve  
1577 queda. Tabela 3 (Nota Técnica – Anexo 1) Ministério da Saúde – Aplicação em Ações e Serviços  
1578 Públicos de Saúde em 2016 comparado a 2014 e 2015 (em R\$ a preços correntes, a preços constantes  
1579 e per capita e como percentual da Receita Corrente Líquida): queda dos valores empenhados per  
1580 capita no total de serviços públicos de saúde. Tabela 5 (Nota Técnica – Anexo 1) Ministério da Saúde –  
1581 ASPS – Despesas empenhadas em pessoal ativo e em outras de custeio e capital – 2014-2016: queda  
1582 com gasto de pessoal; Outros custeos ASPS: crescimento e queda; Programação própria: queda;  
1583 Emendas: crescimento de 96%. Tabela 6 (Nota Técnica – Anexo 1) Ministério da Saúde – ASPS –  
1584 Despesas com Emendas Parlamentares: ver . Do Tópico II "Demonstrativo das Despesas em 2016",  
1585 destacou, do ponto de vista da execução orçamentária em ASPS, o valor empenhado em 2016 foi de  
1586 R\$ 106,719 bilhões, o que representou um nível de execução orçamentária de 96,7% da dotação  
1587 atualizada (LOA + Créditos Adicionais). Segundo critério adotado pela COFIN/CNS, esse nível de  
1588 empenhamento foi classificado como regular, assim como o nível de liquidação; reincidência de itens  
1589 com baixos níveis de liquidação da despesa: **a)** O Conselho Nacional de Saúde alertou para a baixa  
1590 execução orçamentária e financeira de quase todos esses itens durante o exercício de 2016; **b)** os itens  
1591 4 e 5 da Recomendação 015/2016 do CNS não foram observados; **c)** dos 24 itens de despesas do  
1592 Fundo Nacional de Saúde avaliados com níveis de liquidação da despesa "inadequado", "intolerável" e  
1593 "inaceitável" em 2015 (conforme padrão de classificação adotado em 2016 para os intervalos dos  
1594 índices), apenas 5 itens passaram em 2016 para os níveis "adequado" e/ou "regular"; **d)** não foi  
1595 acatado o item 4 da Recomendação 005/2016, de 19 de agosto de 2016 – rever a baixa execução  
1596 orçamentária de itens de despesas destacadas pelo CNS; **e)** não foram observados os itens 4 e 5 da  
1597 Recomendação 015/2016 do Conselho Nacional de Saúde – esclarecimento pelo MS sobre os motivos  
1598 da classificação orçamentária dos itens de despesas destacados pelo CNS; **f)** não foi acatado o item 4  
1599 da Recomendação 005/2016, de 19 de agosto de 2016 – não contingenciar recursos que que  
1600 caracterizem restrição ao atendimento às necessidades de saúde da população e ao cumprimento dos  
1601 valores pactuados na Comissão Intergestores Tripartite - CIT; **g)** não foi observado o item 7 da  
1602 Recomendação 005/2016 – informar ao Conselho Nacional de Saúde os valores pactuados na CIT para  
1603 transferência de recursos financeiros para Estados, DF e Municípios em 2016, identificando os valores  
1604 por bloco de financiamento, por Unidade da Federação e por Município de cada Unidade da Federação;

1605 h) não foi contemplado o item 9 da Recomendação 005/2016, de 19 de agosto de 2016 – avaliação dos  
1606 impactos nas condições de saúde da população dos recursos transferidos para Estados e Municípios  
1607 para custeio e capital; e i) não foram contemplados os itens 10 e 12 da Recomendação 005/2016, de  
1608 19 de agosto de 2016 - apresentar os aspectos da gestão de compras de medicamentos, materiais e  
1609 outros insumos, como por exemplo, comparação entre os preços adquiridos e os praticados no  
1610 mercado e informar sobre a alocação e a execução de recursos orçamentários e financeiros específicos  
1611 para a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do SUS nos três níveis  
1612 de atenção à saúde. No que se refere ao Tópico III “Restos a Pagar do Ministério da Saúde”, salientou  
1613 que: a) não foi comprovada a existência de recursos financeiros vinculados às contas do Fundo  
1614 Nacional de Saúde e das demais unidades da administração indireta do MS correspondentes aos  
1615 valores dos empenhos a pagar e dos saldos dos restos a pagar em 31/12/2016, para que se comprove  
1616 a efetiva aplicação mínima legalmente estabelecida para 2016 nos termos da LC 141/2012; b) Não foi  
1617 observado o Inciso 5 do artigo 1º da Recomendação 003/2015, de 09 de abril de 2015 – criação de  
1618 dotação orçamentária específica para compensação dos restos a pagar cancelados desde 2000; c) Não  
1619 foi acatada a Resolução 505/2015, de 12 de novembro de 2015, item III, do Conselho Nacional de  
1620 Saúde – presença de representante do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão no pleno do  
1621 CNS para debater a compensação dos restos a pagar cancelados; d) Descumprimento parcialmente do  
1622 disposto no Item II da Resolução 505/2015, de 12 de novembro de 2015 – análise de viabilidade de  
1623 execução dos restos a pagar antigos pelo MS; e) Não foram observados o atendimento aos itens 1, 2 e  
1624 3 da Recomendação 005/2016, de 19 de agosto de 2016, do Conselho Nacional de Saúde – que tratam  
1625 da compensação dos restos a pagar e da viabilidade de execução dos RP antigos; e f) Dos R\$ 15,8  
1626 bilhões de RP inscritos e reinscritos, foram pagos 54,1% em 2016, restando a pagar (para reinscrição  
1627 no ano seguinte) 39,9% (acima de R\$ 6 bilhões). Em relação à Tabela 2 (Nota Técnica – Anexo 1)  
1628 Ministério da Saúde – Ações e Serviços Públicos de Saúde - Valores empenhados e inscrição de restos  
1629 a pagar 2003-2016 (em R\$ bilhões a preços correntes), citou o nível de saldo a pagar (empenhos a  
1630 pagar no final de 2016 a serem inscritos como restos a pagar): 7,3%, mantendo a tendência de queda  
1631 observada a partir de 2012, mas acima dos 5% como teto estabelecidos pela Resolução nº 505/2015,  
1632 de 12 de novembro de 2015. Não foi observado o item 11 da Recomendação 015/2016, de 11 de  
1633 novembro de 2016 – esclarecimento do MS sobre as não conformidades encontradas pelas auditorias e  
1634 as providências adotadas. Por fim, apresentou apontamentos para parecer conclusivo e para indicação  
1635 de medidas corretivas: a) não cumprimento aplicação do mínimo constitucional (“piso”) em ASPS em  
1636 2016 (faltou aplicar R\$ 2,135 bilhões, que deverá ser aplicado adicionamente ao mínimo em 2017); b)  
1637 não cumprimento da Lei Complementar nº141/2012 referente à compensação integral dos restos a  
1638 pagar cancelados em 2015 como aplicação adicional em 2016 (o que aumentou a insuficiência de  
1639 aplicação em relação ao que determina a Constituição Federal e a Lei Complementar nº 141/2012 em  
1640 2016 para R\$ 2,574 bilhões, que deverá ser aplicado adicionamente ao mínimo em 2017), c)  
1641 deterioração do quadro de subfinanciamento do SUS, precarizando ainda mais as condições de  
1642 atendimento às necessidades de saúde da população, inclusive com a queda real das transferências  
1643 fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios; e) reincidência de baixos níveis de execução  
1644 orçamentária e financeira de vários itens de despesas classificados em 2016 como inaceitáveis,  
1645 intoleráveis e inadequados; f) reincidência da não compensação dos Restos a Pagar cancelados, pelo  
1646 fato de serem despesas que foram computadas como aplicação em ASPS nos anos anteriores; g)  
1647 repetição, em 2016, de procedimentos que foram caracterizados como ressalvas na Resolução  
1648 533/2016, de 19 de agosto de 2016, do Conselho Nacional de Saúde conforme “Parecer Conclusivo” do  
1649 RAG 2015 que integrava aquela resolução, que deveriam ter sido regularizadas em 2016. Diante dessa  
1650 situação, a COFIN recomenda a não aprovação do RAG 2016 do Ministério da Saúde, bem como que  
1651 esses apontamentos sejam considerados como indicações das medidas corretivas da gestão a serem  
1652 encaminhadas ao Presidente da República nos termos da Lei Complementar nº 141/2012,  
1653 especialmente no que se refere à compensação imediata em 2017 do valor da aplicação considerada  
1654 insuficiente nos termos constitucionais e legais anteriormente destacados. O Subsecretário de  
1655 Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, **Arionaldo Bonfim Rosendo**, iniciou a fala  
1656 saudando o Plenário e cumprimentando a Comissão pela celeridade na análise do RAG. Em relação à  
1657 análise feita pela COFIN, avaliou que é preciso debater o que é inadequado e colocou o entendimento  
1658 que “ação sem empenho” pode ser classificada como inadequada, mas aquelas sem pagamento não  
1659 podem ser classificadas dessa forma. Feitas essas considerações, passou à leitura de documento da  
1660 Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde (SPO/MS) com avaliação técnica  
1661 das razões que embasaram a recomendação de não aprovação do RAG 2016. O texto é o seguinte,  
1662 com os devidos grifos do autor: “Análise da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho  
1663 Nacional de Saúde (COFIN/CNS) sobre o Relatório Anual de Gestão 2016 do Ministério da Saúde  
1664 (RAG 2016/MS) recomendou ao pleno do CNS a não aprovação do Relatório, embasada em duas  
1665 alegações: a) “...não cumprimento da aplicação do mínimo constitucional em ASPS [ações e serviços  
1666 públicos de saúde] em 2016...”; e b) “... [não] comprovação da compensação integral dos restos a pagar

cancelados em 2015 como aplicação adicional em 2016..." (p. 6). A Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde (SPO/MS) efetuou avaliação técnica das razões que embasaram a recomendação de não aprovação do RAG 2016 e considera sem fundamento ambas as alegações apresentadas. Não cumprimento do mínimo constitucional (R\$ 2,1 bilhões). A Emenda Constitucional 95, promulgada pelo Congresso Nacional em 15 de dezembro de 2016 (EC 95/2016), altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir novo regime fiscal. A exposição de motivos interministerial que deu origem à proposta de emenda à Constituição (PEC) enviada ao Congresso Nacional em meados de 2016 apresenta quadro de deterioração da situação fiscal do País e apresenta como proposta de enfrentamento desse quadro a fixação, "para o exercício de 2017, [de] limite equivalente à despesa realizada em 2016, corrigida pela inflação observada em 2016" (EMI nº 83/2016 MF MPDG). Desde sua origem, a EC 95/2016 teve como objetivo o estabelecimento de regras que disciplinassem o regime fiscal da esfera federal a partir de 2017, com vigência até 2036. Esse espírito manteve-se ao longo da tramitação da PEC, resultando na aprovação de texto que em nenhum momento refere-se a efeitos no próprio exercício de 2016. Mesmo porque se entende como inapropriada, do ponto de vista da gestão orçamentária, a aprovação de um novo regime fiscal que aplicasse integralmente e de imediato requerimentos para gestão das finanças públicas diferentes daqueles previstos no texto constitucional, na lei de diretrizes orçamentárias e na lei orçamentária anual ao longo dos 350 dias já transcorridos do exercício de 2016, quando da promulgação da EC. Nesse sentido, embora não seja de competência da SPO efetuar avaliações jurídicas, que serão apresentadas oportunamente pela Consultoria Jurídica, parece-nos evidente a vontade do legislador de determinar, com a EC 95, alterações profundas nas regras fiscais às quais o Governo Federal é submetido, **a partir de 2017**. Tratando em específico das regras para a saúde, podemos citar como ilustrativa da vontade do legislador o parágrafo abaixo, o qual consta à p. 53 do relatório apresentado pelo relator, Deputado Darcísio Perondi: **Nesse sentido, adotar o ano de 2016 como base de cálculo para as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde causaria imensa perda para o setor. Ao alterar o ano base para 2017, como propomos, e ao se revogar o art. 2º da EC 86/2015, teremos a incidência do percentual de 15% da receita corrente líquida do ano de 2017, conforme dita o art. 198 da Constituição, e, a partir de então, a correção pelo IPCA** (grifos nossos). Nesse parágrafo é cristalina a vontade do legislador de estabelecer como regras para mínimo da saúde: 1) aplicação mínima de 15% da receita corrente líquida de 2017; e 2) a partir de 2018, correção do piso anual pela inflação registrada. O legislador não trata de alterações nas regras do mínimo de 2016 e nem a PEC e depois a EC em nada alteram as regras para finanças públicas aplicáveis a 2016. A produção de efeitos da EC a partir de 2017 é coerente com o momento da aprovação e promulgação da EC, já na última quinzena do exercício. Aliás, mesmo os efeitos para 2017 só foram viabilizados mediante uma série de adequações realizadas pelo Congresso Nacional na proposta orçamentária para 2017. A própria programação do Ministério da Saúde foi majorada em R\$ 10 bilhões, de modo a garantir autorização de gastos compatíveis com o novo mínimo constitucional para a saúde. A alteração da proposta orçamentária para 2017 foi essencial para viabilizar adequado planejamento aos gastos em ASPS a serem executados ao longo do exercício, resguardando-se o princípio da anualidade orçamentária. A interpretação proposta, por sua vez, vai de encontro a esse princípio orçamentário, consagrado na Lei nº 4.320/1964 e mantido pela Constituição Federal de 1988. Pleiteia-se que regramento estranho à Lei Orçamentária Anual para 2016, aprovado na última quinzena de 2016, seja aplicado no próprio exercício de 2016, sem considerar o ciclo anual de planejamento e execução das políticas públicas, assegurado pela própria Constituição Federal. Por todo o exposto, o entendimento da SPO é o de que o mínimo constitucional da saúde para 2016 é equivalente a 13,2% da RCL apurada no exercício, conforme a regra da EC 86/2015, que norteou a elaboração e execução da Lei Orçamentária Anual de 2016 e de todos os seus créditos adicionais. Entendimento esse compartilhado pelas áreas econômicas, conforme constatado no relatório resumido de execução orçamentária, divulgado por meio da Portaria STN nº 61, de 27 de janeiro de 2017, que demonstra cumprimento do mínimo constitucional a partir dessa regra de cálculo (ver anexo). Nesse sentido, não procede a alegação de que a aplicação mínima em ASPS não foi efetivada em 2016. Ao contrário, houve grande esforço de governo para, frente a um cenário de dificuldades fiscais, que resultou em déficit primário do setor público de R\$ 160 bilhões de reais, garantir aplicação de R\$ 10,9 bilhões além do piso constitucional, assegurando assim a regularidade dos repasses fundo a fundo a estados e municípios, a aquisição e distribuição de medicamentos e imunobiológicos, bem como a continuidade de investimentos estratégicos. Tanto assim que o próprio CNS questionou, em diversas oportunidades ao longo do 2º semestre de 2016, sobre o risco de redução dos limites de empenho estabelecidos para o Ministério da Saúde, uma vez que o ritmo de execução sinalizava aplicações superiores ao piso constitucional vigente. Por outro lado, em nenhum momento, ao longo de toda a tramitação da PEC, houve questionamentos sobre aplicações adicionais de recursos que garantissem o alegado "piso" de 15% da RCL em 2016. A argumentação poderia ser encerrada aqui. No entanto, para evidenciar ainda mais a inadequação do indicativo de reprovação do RAG fundamentado no alegado não cumprimento do piso constitucional decorrente da

1729 EC 95/2016, vamos tomar por hipótese que o novo piso para 2016, estabelecido em 15 de dezembro  
1730 de 2016, fosse de 15% da RCL. Considerando RCL apurada de R\$ 722,5 bilhões, o piso ASPS seria de  
1731 R\$ 108,4 bilhões. Como as aplicações em ASPS foram de R\$ 106,2 bilhões, restariam R\$ 2,1 bilhões a  
1732 serem aplicados entre 16 e 31 de dezembro. Nesse caso, teria o Poder Executivo 11 dias úteis para  
1733 planejar e executar R\$ 2,1 bilhões além do referencial vigente até 15 de dezembro. Desnecessário  
1734 dizer que a execução orçamentária não ocorre de maneira automática, requerendo planejamento dos  
1735 gastos, existência de processo administrativo que ampare a efetivação da despesa, além de dotação  
1736 orçamentária aprovada pelo Congresso Nacional. Vale lembrar que a promulgação da EC não autoriza  
1737 o Poder Executivo a executar além das dotações autorizadas pelo Legislativo. Não era viável, do ponto  
1738 de vista operacional, planejar e executar volume expressivo de recursos no horizonte de tempo  
1739 disponível. Os repasses fundo a fundo e demais aplicações diretas estavam programadas para ocorrer  
1740 considerando as dotações e limites de empenho vigentes, com cumprimento de todas as obrigações  
1741 federais junto aos estados e municípios ainda em 2016. Não poderia o Ministério da Saúde, sem  
1742 responsabilidade, buscar aplicações que não fossem as mais eficientes para esse recurso adicional,  
1743 apenas para garantir conformidade formal entre os empenhos e a suposta nova regra aprovado. Ao  
1744 final do exercício, o Ministério da Saúde alcançou o patamar de 97% das dotações ASPS empenhadas.  
1745 A única despesa de vulto programada e pendente de recursos adicionais era com o custeio da média e  
1746 alta complexidade, viabilizada mediante aprovação pelo Congresso, em 20 de dezembro, de crédito  
1747 suplementar encaminhado pelo Poder Executivo em 15 de outubro. Aqueles habituados ao processo de  
1748 execução orçamentária sabem que 3% já é patamar de não execução bastante baixo, considerando as  
1749 dificuldades administrativas naturais enfrentadas para efetivação de qualquer política pública. Seriam,  
1750 pois necessárias alterações orçamentárias para viabilizar a execução dos R\$ 2,1 bilhões extras. Ocorre  
1751 que a Lei de Diretrizes Orçamentárias define como **prazo máximo** para envio de projetos de lei ao  
1752 Congresso o dia **15 de outubro** (art. 42, § 2º, da Lei nº 13.242, de 30 de dezembro de 2015). Mesmo  
1753 créditos suplementares mediante decreto ou portaria do Executivo poderiam ocorrer apenas até o dia  
1754 **15 de dezembro** (art. 4º, § 2º, da LOA, Lei nº 13.255, de 14 de janeiro de 2016), data de promulgação  
1755 da EC. **O Poder Executivo estava, pois legalmente impedido de alterar seu orçamento anual**  
1756 quando a EC foi promulgada. Pode-se argumentar que o crédito extraordinário era uma alternativa.  
1757 Esse tipo de crédito é autorizado pela Constituição no caso de despesas imprevisíveis e urgentes,  
1758 como as decorrentes de guerra, comoção interna ou calamidade pública (art. 167, § 3º). Avaliamos,  
1759 dessa forma, não ser cabível a edição de medida provisória de crédito extraordinário para despesas  
1760 que, era sabido, não teriam condições de execução ainda em 2016. Caracterizada tal situação,  
1761 absolutamente *sui generis*, parece-nos absolutamente cabível a aplicação do art. 25 da Lei  
1762 Complementar nº 141, de 2012: Art. 25. **Eventual diferença que implique o não atendimento, em**  
1763 **determinado exercício, dos recursos mínimos** previstos nesta Lei Complementar deverá, observado  
1764 o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao  
1765 **montante mínimo do exercício subsequente** ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante  
1766 mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis. Ou seja, mesmo considerando a hipótese de  
1767 ser devida a aplicação de mais R\$ 2,1 bilhões em ASPS em 2016 para alcance do piso constitucional, a  
1768 data em que a EC foi promulgada, 15 de dezembro de 2016, tornava inviável tal aplicação no próprio  
1769 exercício, tendo o Poder Executivo todo o ano de 2017 para viabilizar o cumprimento de suas  
1770 aplicações mínimas. Nesse sentido, avaliamos ser inapropriada a recomendação de reprovação do  
1771 RAG 2016 com base no não cumprimento das aplicações mínimas em ações e serviços públicos de  
1772 saúde. **COMPROVAÇÃO DA COMPENSAÇÃO INTEGRAL DOS RESTOS A PAGAR CANCELADOS**  
1773 **EM 2015 COMO APLICAÇÃO ADICIONAL EM 2016.** Sobre a reposição dos restos a pagar, a análise  
1774 da COFIN/CNS indica que ...o RAG 2016/MS não evidenciou a existência de recursos financeiros  
1775 vinculados às contas do Fundo Nacional de Saúde e das demais unidades da administração indireta do  
1776 MS correspondentes aos valores dos empenhos a pagar e dos saldos dos restos a pagar em  
1777 31/12/2016, para que se comprove a efetiva aplicação mínima legal estabelecida para 2015. Em  
1778 primeiro lugar, a comprovação da efetiva aplicação mínima ocorre mediante valores empenhados pela  
1779 União, conforme previsto no art. 24 da CL 141/2012, e não pela existência de recursos financeiros  
1780 vinculados ao Fundo Nacional de Saúde e vinculadas da administração indireta. Neste ponto, trazemos  
1781 mais uma vez o entendimento de que, no caso do Governo Federal, não é possível falar em  
1782 disponibilidade de caixa do Fundo Nacional de Saúde e demais unidades da administração indireta,  
1783 uma vez que a Constituição Federal, em seu art. 164, § 3º, estabeleceu regime de caixa único para a  
1784 União: Art. 164. A competência da União para emitir moeda será exercida exclusivamente pelo banco  
1785 central ... § 3º **As disponibilidades de caixa da União serão depositadas no banco central;** as dos  
1786 Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e dos órgãos ou entidades do Poder Público e das  
1787 empresas por ele controladas, em instituições financeiras oficiais, ressalvados os casos previstos em  
1788 lei. O entendimento da SPO é o de que a LC 141/2012 não tem o condão de alterar o regime de caixa  
1789 único estabelecido pela Constituição, de modo que é impróprio falar em descumprimento da lei  
1790 complementar pela não apresentação, no RAG 2016, das disponibilidades de caixa do Fundo Nacional

1791 de Saúde e das unidades vinculadas ao MS. A análise apresentada trata também de necessidade de  
1792 reposição de restos a pagar cancelados relativos a empenhos originais efetuados entre 2003 e 2011.  
1793 Ocorre que, conforme é de conhecimento deste CNS, o Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e  
1794 Gestão, órgão central do Sistema Federal de Planejamento e Orçamento, entende que é devida a  
1795 reposição dos restos a pagar originados de empenhos efetuados nos exercícios de 2012, 2013 e 2014.  
1796 Considerando esse critério, em 2016 era devida a reposição de R\$ 482,9 milhões, montante  
1797 inteiramente reposto, conforme demonstrativos apresentados no RAG 2016. Tal entendimento é de  
1798 conhecimento do CNS, ao qual já foram enviadas cópias das Notas Técnicas Conjuntas nº  
1799 05/SEAFI/DESOC/SOF/MP e 04/SEAFI/DESOC/SOF/MP. Esse entendimento foi também corroborado  
1800 pela setorial da Advocacia-Geral da União no Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão,  
1801 por meio do Parecer nº 0530-6.8/2014/JNS/CONJUR-MP/CGU/AGU, também de conhecimento do  
1802 CNS. Concordando ou não com tal entendimento, cabe ao Ministério da Saúde seguir a orientação  
1803 estabelecida pelo órgão central de orçamento e corroborada pela Advocacia-Geral da União. Desse  
1804 modo, novamente, consideramos infundada a reprovação do Relatório apresentado pelo MS pela não  
1805 adoção de providências que não estavam na governabilidade desta Pasta. Ademais, é preciso lembrar  
1806 que em 2016 foram empenhados R\$ 10,9 bilhões além do piso constitucional. Sendo assim, não se  
1807 pode falar em saldo a compensar de R\$ 439 milhões, quando na verdade foram aplicados quase R\$ 11  
1808 bilhões além do mínimo exigido.” Concluída a leitura, salientou que é preciso aprofundar o debate na  
1809 COFIN/CNS. **Manifestações.** Conselheiro **Moysés Toniolo** manifestou preocupação com a execução  
1810 das ações relativas à AIDS e com o desmonte de serviços essenciais. Também fez os seguintes  
1811 questionamentos: Como está a participação de CONASS e CONASEMS na COFIN? Qual os motivos  
1812 do subfinanciamento da atenção básica – menos 6,19% e da baixa execução das ações de vigilância  
1813 epidemiológica? Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** disse que a representação do CONASS  
1814 não participou da reunião da COFIN porque coincidiu com a assembleia do CONASS e a reunião da  
1815 CIT. Salientou que as entidades que compõem o CNS lutam e continuarão a batalha em prol de  
1816 financiamento que considera adequado e suficiente para o SUS. Cumprimentou a COFIN pelo trabalho  
1817 e pontou duas questões que precisam ficar claras: debate sobre a necessidade de financiamento  
1818 adequado; e aprovação ou desaprovação de contas. Para tanto, disse que uma questão de origem ser  
1819 debatida com maior profundidade para ficar clara: o que está definido para patamar de discussão: 15%  
1820 ou 13,2%? Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** perguntou à mesa se o Plenário deveria deliberar  
1821 sobre o RAG naquela reunião, porque precisa de tempo para análise mais aprofundada, dada a  
1822 complexidade. Conselheira **Clarice Baldotto** ratificou as falas do conselheiro Haroldo Pontes e da  
1823 conselheira Nelcy Ferreira e avaliou que as entidades precisam de prazo para análise mais  
1824 aprofundada, por se tratar de um tema complexo. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** esclareceu que  
1825 o calendário da COFIN foi depois logo após a definição do calendário do CNS, mas pode haver  
1826 coincidências de datas, como ocorrido na última reunião, que impossibilitou a participação de CONASS  
1827 e CONASEMS. A respeito do tema, sugeriu aos conselheiros a leitura da EC nº. 86 e da EC nº. 95 para  
1828 obter mais subsídios para debate do RAG. Destacou que o tema será debatido na próxima reunião da  
1829 Comissão e frisou que é preciso convencer a área econômica a disponibilizar mais R\$ 2,5 bi para  
1830 compensar déficits históricos. Por fim, disse que a interpretação do CNS foi feita nos termos da EC  
1831 promulgada no final de 2016. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** disse que sugeriu e a Mesa  
1832 Diretora do CNS acatou a proposta de apreciar o RAG na 293ª e votar em outra reunião, por conta da  
1833 necessidade de acúmulo para deliberação. Salientou que o Ministério da Saúde continuará a buscar  
1834 mais recursos para a saúde e lembrou que as datas da reunião da CIT foram modificadas para não  
1835 coincidir com as do Conselho. Como encaminhamento, sugeriu aprofundar o debate sobre o RAG 2016,  
1836 esclarecendo os apontamentos e as dúvidas, de modo a levantar subsídios para deliberação. O  
1837 Presidente do CNS reiterou a importância das coordenações das comissões analisarem o documento  
1838 trazido pela COFIN, independente de reunião presencial. Conselheiro **José Arnaldo Diniz** salentou  
1839 que os conselheiros devem se debruçar sobre os demais aspectos trazidos pela COFIN, principalmente  
1840 a aprovação reiterada do Relatório com ressalvas. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** concordou  
1841 que é preciso aprofundar o debate, antes de deliberar sobre o tema. Disse que a assessoria jurídica do  
1842 CONASEMS está analisando o impacto da nova legislação publicada no final de 2016 que trata do  
1843 percentual mínimo para aplicação em ASPS. Também justificou que a representação do CONASEMS  
1844 esteve ausente nas reuniões da COFIN porque coincidiu com as reuniões da CIT. Conselheira **Záira**  
1845 **Salermo** sugeriu pautar o tema para deliberação na reunião de julho de 2017. Conselheira **Maria Laura**  
1846 **Carvalho Bicca** solicitou levantamento sobre os impactos sofridos pela população por conta da  
1847 restrição orçamentária e financeira do MS, em função das medidas econômicas adotadas pelo governo.  
1848 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** salientou que é preciso aprofundar o debate deste tema no âmbito  
1849 das entidades. Conselheira **Juliana Santorum** sugeriu a realização de reunião ampliada da COFIN  
1850 com a participação dos coordenadores das comissões 2016 ou reunião das comissões com a  
1851 assessoria da COFIN a fim de levantar subsídios para a análise do RAG. Conselheiro Moysés Toniolo  
1852 sugeriu, após as considerações da SPO, encaminhar os documentos para Procuradoria e AGU para

1853 análise. **Retorno da mesa.** O Subsecretário de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde,  
1854 **Arionaldo Bonfim Rosendo**, fez breves considerações sobre as falas dos conselheiros, reiterando a  
1855 necessidade de aprofundar o debate na COFIN/CNS e frisando que é preciso entender cada termo da  
1856 execução orçamentária. O assessor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, chamou a atenção para a  
1857 seriedade dada ao assunto, pela SPO, tendo gerado, inclusive, documento escrito da Secretaria.  
1858 Concordou que é preciso aprofundar as discussões e, inclusive, propôs pautar, na próxima reunião do  
1859 CNS, debate de natureza jurídica sobre o percentual mínimo de 15% para aplicação em ASPS (Ações  
1860 em Serviços Públicos em Saúde) em 2016, com convite a representantes da área de direito sanitário e  
1861 CONJUR/MS. Disse ter clareza sobre as questões operacionais e considerou que não é possível  
1862 analisar o RAG sem levar em conta que o governo é formado pelos vários ministérios. Lembrou que a  
1863 Constituição está acima da LDO e da LOA e frisou que há espaço para alocar novos recursos ao final  
1864 do exercício. Após essas falas, a mesa passou aos encaminhamentos. **Deliberação: como resultado**  
1865 **do debate, o Plenário decidiu:** a) aprofundar o debate sobre o RAG 2016, esclarecendo os  
1866 apontamentos da COFIN ao RAG 2016 e ao RQPC 3º de 2016, na próxima reunião da Comissão,  
1867 que ocorrerá nos dias 18 e 19 de maio; b) encaminhar o parecer preliminar do RAG 2016 e seus  
1868 anexos aos coordenadores das comissões temáticas do CNS, com o objetivo de aprofundar o  
1869 debate nesses espaços, de modo a qualificar as contribuições e os possíveis desdobramentos  
1870 em cada temática específica e eventuais pedidos de esclarecimentos às áreas técnicas do MS; c)  
1871 solicitar levantamento sobre os impactos sofridos pela população decorrente da restrição  
1872 orçamentária e financeira do MS, em função das medidas econômicas adotadas pelo governo  
1873 (remeter às comissões temáticas); d) realizar reunião ampliada da COFIN com a participação dos  
1874 coordenadores das comissões a fim de levantar subsídios para a análise do RAG 2016; e)  
1875 viabilizar para a próxima reunião ordinária do CNS o debate de natureza jurídica sobre o  
1876 percentual mínimo de 15% para aplicação em ASPS (Ações em Serviços Públicos em Saúde) em  
1877 2016; e f) destinar um dia de reunião do CNS para o debate sobre a análise do PNS, PAS e RAG,  
1878 visando contemplar o debate conjunto dos aspectos orçamentários e financeiros com os  
1879 indicadores e metas físicas relacionadas às políticas de saúde. **ITEM 8 – A POLÍTICA PARA**  
1880 **TRATAMENTO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA PELO SUS - Apresentação:** Denis Bernardi Bichuetti,  
1881 Médico Neurologista, Professor Adjunto do Departamento de Neurologia da Universidade Federal de  
1882 São Paulo (UNIFESP); **Sandro José Martins**, Coordenador-Geral Coordenação Geral de Atenção  
1883 Especializada; e conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel**. **Coordenação:** conselheiro **Neilton Araujo**  
1884 **de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. O médico Neurologista, **Denis Bernardi Bichuetti**, professor  
1885 adjunto do Departamento de Neurologia da UNIFESP, fez uma explanação detalhada sobre o que é  
1886 esclerose múltipla, quem são as pessoas com esclerose múltipla, do que sofrem essas pessoas,  
1887 tratamento da esclerose múltipla, realidade atual no Brasil e oportunidades de melhora clínica e social  
1888 para as pessoas com esclerose múltipla. Iniciou explicando que esclerose múltipla é uma doença do  
1889 sistema nervoso central que afeta o cérebro e a medula espinal, comprometendo a mielina (capa que  
1890 recobre os nervos) de forma inflamatória. A prevalência é 3 milhões de pessoas em todo o mundo,  
1891 sendo 20-30/100.000 no Brasil e 40.000 pessoas no Brasil, com frequência duas vezes mais alta em  
1892 mulheres do que em homens. A prevalência varia ao redor do mundo e é causada por uma interação  
1893 complexa de fatores ambientais e genéticos. A média de idade de início precoce é 20 a 40 anos de  
1894 idade; nos EUA é a principal causa de incapacidade e aposentadoria em pessoas em menores de 50  
1895 anos; e na Escandinava, 50% de desempregados com menos de 40 anos. Explicou que as pessoas  
1896 com esclerose múltipla apresentam: perda de força, dificuldade de locomoção, fadiga, dor,  
1897 espasticidade, dificuldades visuais, alterações urinárias, constipação, efeitos colaterais por conta dos  
1898 remédios, alteração de sensibilidade, alteração na memória e tremor/falta de coordenação. Detalhou as  
1899 expectativas das pessoas com esclerose múltipla: EDSS 3: 7-10 anos; EDSS 6: 15-20 anos; e EDSS 7:  
1900 25-30 anos. Trata-se de uma doença silenciosa no início e se não for tratada nesse período, leva a  
1901 danos irreversíveis. Explicou que no Hospital Universitário da UNIFESP são 1599 pacientes em  
1902 acompanhamento, com 55 consultas semanais, 219 mensais e 2.413 por ano. Detalhou as duas formas  
1903 de tratamento da esclerose múltipla: a) preventivo: Betainterferonas, Acetato de glatiramer,  
1904 Natalizumabe, Fingolimode, Teriflunomida, Ciclofosfamida, Alemtuzumabe, Dimetil Fumarato,  
1905 Cladribina, Ocrelizumabe, Mitoxantrona, Rituximabe e Daclizumabe; e b) sintomático: Fisioterapia,  
1906 Psicologia, Fonoaudiologia, Psiquiatra, Urologista, Ginecologista, Medicamentos, Espasticidade,  
1907 Antidepressivos e Fampridina. Disse que há medicamentos de potência média, intermediária e alta, que  
1908 podem ser adequados à gravidade da doença de cada paciente. Os medicamentos disponíveis hoje  
1909 permitem tratar a maioria dos pacientes. Todavia, é necessário tratamentos complementares para  
1910 aqueles que desenvolvem incapacidade. Mostrou o organograma do tratamento no mundo:  
1911 medicamentos de potência baixa e intermediária, de potência intermediária e de potência alta  
1912 (raramente há indicação de transplante de medula óssea). No mundo, a recomendação é de troca de  
1913 medicamentos de baixa potência para intermediária e, em alguns casos, uso daqueles de potência mais  
1914 alta. Acrescentou que é possível identificar, por características clínicas e por meio de exame de

1915 ressonância magnética, o grau de risco de o paciente ir para cadeira de rodas. Falou sobre o  
1916 tratamento da esclerose múltipla - PCDT brasileiro, destacando que estão disponíveis: dois  
1917 medicamentos de baixa eficácia; um de eficácia intermediária; e um de alta eficácia. Disse que é  
1918 possível tratar mais de 90% dos pacientes com os medicamentos disponíveis. Todavia, no PCDT  
1919 brasileiro, é obrigatório seguir uma escala de utilização do tratamento, prejudicando a individualização  
1920 do tratamento de uma doença que é extremamente heterogênea de uma pessoa para outra. Sobre a  
1921 situação atual no Brasil e propostas de melhoria: 40.000 pacientes no Brasil, sendo 14.000 tratados  
1922 (35%). Relatou um pouco do que escuta dos pacientes: não há medicamento disponível - pelo menos  
1923 um mês de falta no ano de 2016; não consigo fazer ressonância; não consigo fazer fisioterapia;  
1924 esclerose múltipla (CID 10 G 35) não é reconhecida como deficiência; e "o INSS não me aposenta e  
1925 meu empregador não aceita mudar minha função" - perda de emprego por demissão. Finalizando,  
1926 apresentou propostas de melhoria: flexibilização do protocolo PCDT - permitir que o médico tenha mais  
1927 liberdade na escolha e troca de medicamentos de acordo com o perfil de cada paciente e  
1928 individualização de tratamento e redução de sequelas a largo prazo; regularização de acesso - falta de  
1929 medicamentos e excesso de exames necessários para uso de medicamentos - aumento do custo de  
1930 tratamento; regularização na realização de exames; acesso a tratamento sintomático (exemplo:  
1931 fisioterapia); e reconhecimento de G35 como deficiência. Por fim, fez um agradecimento à conselheira  
1932 Cleuza de Carvalho Miguel – MOPEM; equipe UNIFESP: professores, colegas e alunos; pesquisadores  
1933 e Centros de Referência de todo o Brasil; Associações de pacientes; entidades de classe; legisladores  
1934 e políticos; e Conselho Nacional de Saúde. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** agradeceu o  
1935 expositor e aproveitou para registrar homenagem às enfermeiras e aos enfermeiros pelo dia mundial do  
1936 enfermeiro. O Coordenador-Geral/CGAE/MS, **Sandro José Martins**, fez breves considerações sobre a  
1937 esclerose múltipla no SUS. Sobre a assistência ao paciente com Esclerose Múltipla no SUS, explicou  
1938 que são atendidos na Rede de Serviços do SUS onde possuem serviços de neurologia credenciados  
1939 pelo gestor, serviços de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia habilitados pelo Ministério da  
1940 Saúde, nos serviços de Reabilitação e o SUS disponibiliza procedimentos clínicos, medicamentos e  
1941 reabilitação (órtese e próteses e terapias), assistência ventilatória não invasiva às pessoas com  
1942 doenças neuromusculares (BiPAP). Além disso, disse que o tratamento da esclerose múltipla no SUS é  
1943 feito de acordo com Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Múltipla, que vem sendo  
1944 atualizado desde 2001, com acréscimos de alternativas terapêuticas, conforme análise da CONITEC.  
1945 Explicou que está em fase de consulta pública a incorporação de dois outros medicamentos da classe  
1946 de ação intermediária (alemtuzumabe e fumarato demitila) para tratamento da esclerose múltipla. Além  
1947 disso, informou que na reunião da CONITEC de fevereiro de 2017 foi aprovada a flexibilização da  
1948 indicação de medicamento de acordo com a condição do paciente. Assim, a atualização do protocolo  
1949 de tratamento da esclerose múltipla visa permitir ao médico a escolha do melhor tratamento para o  
1950 paciente, sem considerar escala que precisa ser observada universal e não individualizada. Também  
1951 disse que não tinha conhecimento sobre a falta de medicamento ou descontinuidade no fornecimento  
1952 dos medicamentos para tratamento da esclerose múltipla. O professor da UNIFESP, **Denis Bernardi**  
1953 **Bichuetti**, salientou que a flexibilização é um ponto muito importante, mas precisa funcionar. Disse que  
1954 há regras do PCDT que permitem pular etapa, mas se enfrenta recusa na farmácia de alto custo. Sobre  
1955 a distribuição, disse, por exemplo, que em São Paulo, nos meses de fevereiro e março de 2017, não foi  
1956 distribuído Interferon Beta-1a subcutânea e, segundo a companhia farmacêutica, o medicamento foi  
1957 vendido e a farmácia de alto custo justificou que o medicamento não foi entregue. O Coordenador-  
1958 Geral/CGAE/MS, **Sandro José Martins**, retomou explicando que a operacionalização nas mudanças,  
1959 após aprovado na CONITEC, há um prazo para incorporação no sistema. Conselheiro **Neilton Araújo**  
1960 **de Oliveira** informou que a representante da área de assistência farmacêutica/MS não poderia  
1961 comparecer e estava sendo verificada a possibilidade da vinda de outra representação para fazer os  
1962 esclarecimentos necessários. Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** saudou o convidado e os  
1963 representantes de outros Estados que se faziam presentes. Salientou que são mais de 35 associações  
1964 nos estados e quando há falta de medicação é feita comunicação entre as associações. Ressaltou que  
1965 a falta de medicação para as pessoas com esclerose múltipla causa graves consequências e danos aos  
1966 os pacientes, podendo levar à morte. Portanto, esse é um problema que merece atenção e precisa ser  
1967 resolvido. Disse que essa é uma situação recorrente no país, mas que ocorre com maior frequência em  
1968 São Paulo. Explicou que é integrante da CONITEC e consegue acompanhar o debate sobre  
1969 incorporação de novos medicamentos. Concluídas as falas dos expositores, foi aberta a palavra aos  
1970 conselheiros e nas intervenções foram pontuados os seguintes aspectos: solicitar à área técnica de  
1971 assistência farmacêutica do Ministério da Saúde levantamento das questões levantadas durante a  
1972 apresentação, com destaque para a falta de medicamento para esclerose múltipla e envio de informe à  
1973 Secretaria Executiva do CNS que encaminhará aos conselheiros, especialmente à conselheira **Cleuza**  
1974 **Miguel**, para envio às entidades; a falta de medicamentos é um problema grave que ocorre em relação  
1975 a outras patologias; destaque ao Movimento Medicamento no Tempo Certo - MTC – que tem por  
1976 objetivo promover o debate sobre a garantia do acesso ao tratamento da artrite reumatoide e outras

1977 doenças reumáticas no Brasil; os pacientes também enfrentam dificuldades de acesso às terapias complementares; é importante assegurar o diagnóstico precoce da esclerose múltipla para evitar sequelas; os grupos de apoio são essenciais; os municípios muitas vezes são sobrecarregados por conta de compra de medicamentos de alto custo que deveriam ser adquiridos pelos Estados e pela União; importância da revisão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Múltipla, que permite ao médico a escolha do melhor tratamento para o paciente, sem considerar escala; aprofundar o debate das questões trazidas pelos expositores e levantadas pelo Plenário nas comissões do CNS, especialmente na Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD, Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF e Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias – CIASPP; as pessoas com esclerose enfrentam dificuldade para ingressar e permanecer no mercado do trabalho – a esclerose múltipla (CID 10 G 35) não é reconhecida como deficiência; sugestão de pautar debate sobre a inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho na CIASPD/CNS; é preciso ter atenção aos cuidadores das pessoas com esclerose múltipla; reconhecimento da escolha do assunto que reafirma o entendimento de que este tipo de pauta deve ser prioridade na definição da agenda do CNS: as doenças e os dilemas que os portadores vivem em seu cotidiano; é importante revisitar a Política de Assistência Farmacêutica; é fundamental a participação do CNS no VII Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica, contribuindo na definição de temas a serem debatidos; registro de solidariedade ao movimento das pessoas com esclerose múltipla; é preciso aprofundar o debate sobre dispensação de medicamentos para esclerose e outras doenças; é papel do CNS defender a dignidade da pessoa humana, sociedade justa e igualitária e a garantia da seguridade social; é preciso reconhecer os problemas de gestão no SUS em relação a abastecimento de medicamentos e acesso a exames; dúvidas: há judicialização no campo da esclerose múltipla? Há tratamentos não incorporados pelo SUS? Como está a pesquisa de novos tratamentos?; denúncia de dificuldade de distribuição de medicamentos para glaucoma nos estados e municípios; é necessário avançar para as questões da alta e média complexidade de forma planejada, com definição de fluxos, protocolos, capacitação profissional. **Retorno da mesa.** O professor da UNIFESP, **Denis Bernardi Bichuetti**, fez breves comentários sobre as falas contemplando as seguintes questões: hoje, o tempo entre o primeiro sintoma e o diagnóstico é de 2 a 4 anos (parte do atraso se dá pela falta de procura do atendimento e diagnóstico equivocado), mas esse prazo vem diminuindo; o problema maior refere-se à primeira consulta (demora de seis meses ou mais para marcar consulta nos centros especializados) e acesso ao medicamento (três meses); e a judicialização também ocorre em relação ao medicamento para esclerose múltipla, mas o novo protocolo contribuirá para diminuir esse processo. O Coordenador-Geral Coordenação Geral de Atenção Especializada, **Sandro José Martins**, explicou que, de 2014 a 2017, a CONITEC tratou de assuntos relacionados à incorporação de novos tratamentos e revisão de protocolos para esclerose múltipla em dez reuniões. Por fim, agradeceu a oportunidade e comprometeu-se a buscar as informações solicitadas pelo Plenário. **Deliberação: neste ponto foram aprovadas as seguintes propostas:** a) a área técnica de assistência farmacêutica do Ministério da Saúde realizará levantamento sobre as questões levantadas durante o debate, com destaque para a falta de medicamento para esclerose múltipla e encaminhará informe à Secretaria Executiva do CNS que enviará aos conselheiros, especialmente à conselheira Cleuza Miguel, para envio às entidades; b) solicitar que CONASS e CONASEMS contribuam para diagnóstico sobre falta de medicamento para esclerose múltipla; c) aprofundar o debate das questões levantadas durante o debate nas comissões do CNS, especialmente na Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD, Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF e Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias – CIASPP e levar as demandas ao Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica; d) na CONITEC, verificar a possibilidade de agilizar a incorporação de novos protocolos; e e) incluir debate sobre regulamentação. Definido esse ponto, a mesa agradeceu os expositores e suspendeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 9 da pauta.  
**ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO**  
– **CIRHRT** - Apresentação: conselheiro **Danilo Amorim**, coordenador adjunto da CIRHRT. Coordenação: conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o coordenador adjunto da CIRHRT, conselheiro **Danilo Amorim**, fez um informe dos debates da última reunião da Comissão realizada nos dias 11 e 12 de maio: 1) Em relação ao GT-DCN da CIRHRT/CNS: a) a 3ª reunião do GT-DCN, aconteceu no dia 25 de abril de 2017, com debate da agenda de trabalho para 2017 e proposta de reuniões até novembro; b) debate de minuta de Documento Orientador com vistas a subsidiar a elaboração de uma Resolução do CNS com o olhar do controle/participação social sobre Diretrizes Curriculares Nacionais comuns a todos os cursos de graduação da área da saúde. A proposta é que o texto sirva de referência para reunião ampliada do GT prevista para acontecer em 2 de junho de 2017; c) DCN do curso de Enfermagem - o relatório da 2ª reunião do GT-DCN, realizada em 3 de março de 2017, está em consolidação e será enviado aos conselheiros e membros da CIRHRT

que redigirão Nota Técnica para compor nova Resolução do CNS. (1 do GT e 2 da CIRHRT/CNS). Na 2040 176<sup>a</sup> RO/CIRHRT, de 2 e 3 de maio de 2017 foram indicados: Francisca Valda da Silva, Leidjane 2041 Ferreira de Melo e Maria Guilhermina Cunha Salasário; e **d)** Para a reunião do GT-DCN em 22 de junho 2042 de 2017, estão confirmadas as discussões dos cursos de Fonoaudiologia e Fisioterapia. **2)** Em relação 2043 às pautas da CIRHRT: **a)** indicação de representante do Ministério da Educação para ocupar a vaga de 2044 membro titular na CIRHRT/CNS, pelo segmento gestor: Sílvio José Cecchi – Diretor de 2045 Desenvolvimento da Educação em Saúde/DDES/SESU/MEC; **b)** Residências em Saúde: foram 2046 encaminhados o ofício nº 381/SE/CNS/GM/MS e o memorando nº 130/SE/CNS/GM/MS, ambos de 13 2047 de abril de 2017, respectivamente, à Secretaria de Educação Superior (SESu/MEC) e à Secretaria de 2048 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), em atenção à deliberação do Plenário do 2049 CNS, na sua 292<sup>a</sup> RO, solicitando convocação imediata de reunião da Comissão Nacional de 2050 Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS); **c)** o CNS recebeu, 11/5/, gestores do Ministério da 2051 Educação (SERES e SESU) e do Ministério da Saúde (SGTES) com o intuito de articular pautas 2052 comuns às duas áreas, entre elas a das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da 2053 saúde, Residências Profissionais em Saúde e a regulação e avaliação de cursos de graduação do 2054 sistema federal de ensino. Ficou agendada para o próximo dia 16 de maio, terça-feira, às 14h, reunião 2055 para aprofundar os temas discutidos no âmbito das pastas da educação e da saúde; e **d)** convite da 2056 SGTES/MS para participação de reunião na OPAS/OMS, em Brasília/DF, no dia 18 de maio, das 9h às 2057 17h, que dará início ao processo de revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde 2058 (PNEPS): confirmadas a participação do conselheiros Danilo Aquino Amorim e conselheira Sueli 2059 Terezinha Goi Barrios. Conselheiro **Dalmare Anderson** salientou a importância da participação de 2060 representante do CNS no GT de reformulação do Regimento da Comissão Nacional de Residência 2061 Multiprofissional. Conselheiro **Antônio Muniz** informou que a ONCB encaminhou documento para 2062 análise o coordenador da Comissão respondeu que a CIRHRT recebeu e solicitará esclarecimento para 2063 debate mais aprofundado. Na sequência, o coordenador adjunto da CIRHRT passou à apresentação 2064 dos dezesseis processos analisados: oito de autorização (seis de Psicologia, um de Enfermagem e um 2065 de Odontologia), sete de reconhecimento de curso (um de Odontologia, quatro de Enfermagem e dois 2066 de Psicologia) e um de renovação de reconhecimento de curso (Medicina). Começou pelos pareceres 2067 insatisfatórios: **1)** Processo: 201413744 – Faculdade São Miguel – Autorização Psicologia. 2068 Insatisfatório. **2)** Processo: 201603343 – Universidade Metropolitana de Santos – Autorização. 2069 Psicologia. Insatisfatório. **3)** Processo: 201413728 – Faculdade Teológica e Filosófica – Autorização. 2070 Psicologia. Insatisfatório. **4)** Processo: 201505715 – Centro Universitário Amparense – Autorização 2071 Psicologia. Insatisfatório. **5)** Processo: 201600905 – Faculdade São Geraldo. Autorização. Enfermagem. 2072 Insatisfatório. **6)** Processo: 201508056 – Faculdade Santa Rita de Cássia – Reconhecimento. 2073 Enfermagem. Insatisfatório. Concluída a apresentação, a mesa colocou em votação os pareceres. 2074 **Deliberação: aprovados, em bloco, com uma abstenção, os seis insatisfatórios.** Em seguida, 2075 apresentou os pareceres satisfatórios com recomendações: **7) Processo: 201414148 – Faculdade 2076 Quirinópolis – Autorização. Psicologia. Satisfatório com recomendações. Recomendações para 2077 o próximo ciclo avaliativo:** **a)** Quanto à formação prática na saúde, apesar da IES demonstrar que o 2078 Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Instituição estará voltado à formação profissional dos alunos, e 2079 que isso se dará por meio da prestação de serviços especializados em Psicologia à comunidade de 2080 Quirinópolis e região, o novo curso deverá demonstrar como será a utilização da rede de serviços 2081 instalada do SUS (distribuição e concentração de serviços por capacidade resolutiva) e de outros 2082 recursos e equipamentos sociais existentes na região, a partir dos sete convênios relatados pela equipe 2083 do INEP, conforme preconiza a Resolução CNS/MSNº 350/2005. **8) Processo: 201506091 – 2084 Faculdade do Norte de Mato Grosso – Autorização. Psicologia. Satisfatório com recomendações. 2085 Recomendações para o próximo ciclo avaliativo:** **a)** A proposta do Curso tem relevância social que 2086 justifique a abertura de mais vagas para cursos de Psicologia em Guarantã do Norte, como exige a 2087 Resolução 350/2015 do CNS no item c; **b)** Recomenda-se que seja explicitada no PPC a capacidade 2088 de atendimento e a disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários de prática intra e 2089 extramuros, desde o início do curso, nos campos de prática do SUS, considerando, sobretudo, tratar-se 2090 de curso para o turno **noturno** (Resolução CNS/MS Nº 350/2005 e Parágrafo Único, do Artigo 27, da 2091 Lei Nº 8.080/90); **c)** O PPC deve apresentar a forma como o aluno do curso noturno irá se inserir nos 2092 estágios e como será o uso da rede de serviços para este turno, considerando o exigido no item 4, 2093 subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005; **d)** O PPC deve ser revisto, no que concerne a 2094 incorporação de propostas pedagógicas e metodologias ativas de ensino, conforme exigido no item 04, 2095 subitem b, da Resolução CNS Nº350/2005. **e)** Para o próximo ciclo avaliativo, deve ser apresentada a 2096 documentação referente aos convênios, assim como a documentação comprobatória do compromisso 2097 dos gestores locais do SUS para o desenvolvimento do curso de Psicologia, de acordo com o 2098 recomendado pela Resolução CNS/MS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27, da Lei Nº 8.080/90. **f)** 2099 Como não há referência à constituição de CEP na IES, e o PPC também não contempla a existência do 2100 CEP, recomenda-se a explicitação de como a Instituição se organizará para cumprimento da Resolução

2101 nº466/2012 do CNS. **g)** No que concerne a pretensão da Instituição de Ensino, após o reconhecimento  
2102 do curso, de utilizar até 20% da carga horária em forma de EAD, ressalta-se a necessidade de se  
2103 atentar a Resolução nº515/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe em seu artigo 2º  
2104 “observar que não sejam abrangidos por esta modalidade de ensino as disciplinas de caráter  
2105 assistencial e de práticas que tratem do cuidado/atenção em saúde individual e coletiva”. **9) Processo:**  
2106 **201506553 – Faculdade de Educação Bom Despacho – Autorização. Satisfatório**  
2107 **com recomendações. Recomendações para o próximo ciclo avaliativo:** **a)** Explicitar no Projeto  
2108 Pedagógico do Curso (PPC) como se dará a inserção dos estudantes nos campos de prática e serviços  
2109 de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), desde o início do curso, conforme preconizam a  
2110 Resolução CNS/MS Nº 350/2005 e o Parágrafo Único, do Artigo 27, da Lei Nº 8.080/90; **b)** Aumentar o  
2111 quantitativo de docentes para o curso, pois os nove (9) docentes relacionados, e seus respectivos  
2112 regimes de trabalho, poderão ser insuficientes para atender ao número de vagas solicitado. **10)**  
2113 **Processo: 201506091 – Universidade Federal de Campina Grande – Reconhecimento. Psicologia.**  
2114 **Satisfatório com recomendações. Recomendações para o próximo ciclo avaliativo:** **a)** Explicitar o  
2115 comprometimento dos gestores do SUS com o desenvolvimento do curso de Psicologia, de acordo com  
2116 o recomendado pela Resolução CNS/MS Nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27, da Lei Nº 8.080/90; **b)**  
2117 Detalhar a capacidade de atendimento e a disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários  
2118 de prática intra e extramuros, desde o início do curso, no âmbito do SUS, considerando, sobretudo,  
2119 tratar-se de curso ofertado no turno noturno (Resolução CNS/MS Nº 350/2005 e Parágrafo Único, do  
2120 Artigo 27, da Lei Nº 8.080/90); **c)** Inserir a informação de que na instituição há um Comitê de Ética em  
2121 Pesquisa (CEP) ativo, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - CEP-HUAC. **11) Processo:**  
2122 **201604550 – Faculdade de Ciências do Tocantins – Reconhecimento Odontologia. Satisfatório**  
2123 **com recomendações. Recomendações para o próximo ciclo avaliativo:** **a)** Estabelecer com os  
2124 gestores locais do SUS compromisso formalizado por meio de convênios/termos de compromisso, a  
2125 partir de entendimentos discutidos e pactuados, para o desenvolvimento pedagógico do curso de  
2126 Odontologia, coerente com as necessidades sociais do Município de Araguaína e região. A  
2127 documentação deverá ser disponibilizada/apensada ao Processo, via Sistema e-MEC, para análise e  
2128 acompanhamento, conforme preconiza a Resolução CNS/MS Nº 350/2005, item 4, letra “b”; **b)**  
2129 Explicitar no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) como, onde e em que condições (qualitativas e  
2130 quantitativas) os estudantes do curso de Odontologia são inseridos nos campos de prática do Sistema  
2131 Único de Saúde (SUS), ao longo de todo o curso e, em especial, desde o início, introduzidos nas  
2132 relações institucionais, conforme preconiza a Resolução CNS/MS Nº 350/2005, com destaque para o  
2133 item 4, letra “a”; **c)** Disponibilizar, via Sistema e-MEC, o Projeto Político Pedagógico (PPC), na íntegra e  
2134 atualizado. **12) Processo: 201607643 – Faculdade Estácio de Alagoas – FAL. Reconhecimento**  
2135 **Psicologia. Satisfatório com recomendações. Recomendações para o próximo ciclo avaliativo:** **a)**  
2136 Descrever claramente no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) a forma de inserção dos alunos, desde o  
2137 início do curso, na comunidade e a valorização da inserção dos mesmos no âmbito dos serviços de  
2138 Atenção Básica, conforme artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; **b)** Ampliar a capacidade de atendimento e a  
2139 disposição dos alunos, física e numericamente, nos cenários de prática intra e extramuros, desde o  
2140 início do curso, evidenciando a inserção dos estudantes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)  
2141 considerando, sobretudo, tratar-se de curso com oferta de vagas também no turno **noturno**,  
2142 observando a Resolução CNS/MS Nº 350/2005 e o Parágrafo Único, do Artigo 27, da Lei Nº 8.080/90;  
2143 **c)** Diferenciar no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e na matriz curricular a forma como os alunos do  
2144 curso diurno e noturno irão se inserir nos estágios e na rede de serviços, considerando o exigido no  
2145 item 4, subitem a, da Resolução CNS Nº 350/2005; **d)** Incorporar no PPC propostas pedagógicas e  
2146 metodologias ativas de ensino-aprendizagem, conforme exigido no item 4, subitem b, da Resolução  
2147 CNS Nº350/2005; **e)** Articular junto aos gestores locais do SUS o seu comprometimento quanto ao  
2148 desenvolvimento do curso de Psicologia, de acordo com o preconizado na Resolução CNS/MS Nº  
2149 350/2005 e o Caput do Artigo 27, da Lei Nº 8.080/90. **13) Processo: 201507342 – Centro**  
2150 **Universitário Anhanguera de São Paulo – Reconhecimento. Enfermagem.** Satisfatório com  
2151 recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)** Explicitar no Projeto Pedagógico do Curso (PPC) a  
2152 forma como os alunos do curso, no turno **noturno**, estão se inserindo nos estágios e como está sendo  
2153 o uso da rede de serviços para este turno; e **b)** Referir a capacidade de atendimento e disposição dos  
2154 alunos fisicamente nos cenários de prática, conforme preconiza o Item 4, subitem a, da Resolução CNS  
2155 nº. 350/2005). **14) Processo: 201419024 – Universidade do Oeste de Santa Catarina – Renovação**  
2156 **de Reconhecimento Medicina.** Satisfatório com recomendações para o próximo ciclo avaliativo: **a)** A  
2157 IES deverá comprovar claramente e com documentos a real situação de funcionamento do Hospital  
2158 Universitário Santa Terezinha e o total de leitos disponíveis para as atividades de ensino dos alunos de  
2159 medicina da UNOESC; **b)** A IES deverá descrever no PPC, de forma clara, como se efetivará a  
2160 participação da gestão local no desenvolvimento do Projeto Político Pedagógico do curso, conforme  
2161 preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005; e **c)** A IES deverá melhorar suas estruturas físicas e todos os  
2162 itens relacionados como insuficientes ou frágeis pelos avaliadores do INEP. Conselheira Ivone Martini

2163 de Oliveira, no caso do Centro Universitário Anhanguera de São Paulo, reconhecimento de curso de  
2164 Enfermagem, sugeriu recomendação ao MEC para que a instituição tenha maior atenção ao campo de  
2165 estágios. **Deliberação:** aprovados os oito satisfatórios com recomendações, com um voto contrário e  
2166 três abstenções. Finalizando, submeteu à apreciação do Pleno: **13) Processo: 201356785 –**  
2167 **Universidade de Caxias do Sul – Reconhecimento. Enfermagem.** Satisfatório. Observação: O curso  
2168 está sendo encerrado, há apenas 11 alunos egressos e não há novas matrículas. **Deliberação:**  
2169 aprovado com uma abstenção. Por fim, apresentou a proposta de devolver ao MEC o Processo  
2170 201604650 – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro – Reconhecimento  
2171 Enfermagem. Justificativa: IGC = 2 (2015). Deliberação: o Plenário aprovou a devolução do  
2172 processo ao MEC, devido ao IGC. **ITEM 10 – GRUPOS DE TRABALHO E COMISSÕES**  
2173 **INTERSETORIAIS DO CNS – Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do  
2174 CNS; e conselheira **Jani Capiberibe**. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP** – O  
2175 Presidente do CNS lembrou que os Fóruns de Trabalhadores e de Usuários foram comunicados sobre  
2176 as vacâncias na Comissão e foi solicitada a indicação de novos representantes. As indicações do  
2177 Fórum de Usuários para compor as vacâncias na Comissão foram as seguintes: **Jorge Alves de**  
2178 **Almeida Venâncio; Gilson Silva; e Bartíria Perpétua Lima da Costa;** e recondução do conselheiro  
2179 **Jorge Alves de Almeida Venâncio** na coordenação da CONEP. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida**  
2180 **Venâncio** reiterou o seu compromisso na coordenação da CONEP de manter a fila sob controle e  
2181 continuar a articulação com os vários segmentos. **Deliberação:** aprovadas, por unanimidade, as  
2182 indicações do Fórum de Usuários para compor as vacâncias na Comissão: **Jorge Alves de**  
2183 **Almeida Venâncio; Gilson Silva; e Bartíria Perpétua Lima da Costa;** e aprovada, por  
2184 unanimidade, a recondução do conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** na coordenação  
2185 da CONEP. **Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias** -  
2186 Conselheiro **Moysés Toniolo, coordenador** da CIASPP apresentou síntese dos encaminhamentos da  
2187 2ª Reunião da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias, realizada de 5  
2188 a 7 de abril de 2017, em Maceió/AL. As questões são as seguintes: **1)** Elaborar uma agenda com todas  
2189 as datas de patologia. Situação atual: encaminhada minuta de Agenda aos membros da Comissão.  
2190 Encaminhamento: que as patologias, no seu dia, sejam referidas no item Radar da reunião do Pleno. **2)**  
2191 Incluir como pauta da reunião da Comissão: incorporação de tecnologia. Situação Atual: pautar em  
2192 reuniões futuras. **3)** Debate: Que patologias necessitam de notificação compulsória? Há necessidade  
2193 de revisão da Portaria 204/2016, de 17 de fevereiro de 2016, que define a Lista Nacional de Notificação  
2194 Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e  
2195 privados em todo o território nacional. **4)** Articulação entre Comissões Intersetoriais: Comissão de  
2196 Educação Permanente: **a)** Plano de educação em saúde para os usuários - elaboração de uma  
2197 estratégia de "Educação em Saúde para o Usuário do SUS"; **b)** Composição de GT conjunto entre  
2198 CIASPP e CIEPECSS para elaborar uma proposta de Estratégias Comunitárias e nos serviços de  
2199 Atenção Básica, que promova ações educativas para a promoção da saúde e prevenção de doenças e  
2200 agravos. Comissão de Orçamento e Financiamento: traçar um panorama sobre o financiamento para  
2201 todas as patologias. Verificar o orçamento. Situação Atual: pautar em reuniões futuras. **5)** Conferências  
2202 de Saúde da Mulher e de Vigilância: as entidades devem mobilizar-se nos estados e municípios para  
2203 intervir durante o processo de conferências temáticas de 2017. Situação Atual: encaminhado aos  
2204 membros da comissão o calendário disponível sobre as datas e locais das Conferências nos estados e  
2205 municípios. **6)** Elaborar uma planilha com deliberações da 15ª, PNS para avançar na elaboração do  
2206 plano de trabalho da comissão. Situação Atual: em execução. **7)** Missão e Atribuições da comissão.  
2207 Situação Atual: elaborada a Missão e as atribuições. **Missão:** Assessorar o Pleno do CNS para a  
2208 promoção da equidade no acesso ao cuidado integral à saúde das Pessoas com Patologias.  
2209 Atribuições: **1)** Propor, no âmbito de sua missão, ao plenário do CNS, a apreciação de Resoluções,  
2210 Recomendações e moções; **2)** Acompanhar e monitorar a implementação das Políticas Públicas  
2211 relacionadas às pessoas com doenças transmissíveis, doenças crônicas não-transmissíveis e doenças  
2212 raras e negligenciadas, no sentido de analisar o cumprimento dos Princípios e Diretrizes do SUS; **3)**  
2213 Acompanhar e Monitorar a proposição e desenvolvimento de protocolos clínicos como parâmetro inicial,  
2214 para procedimentos terapêuticos. Observação: foi informado que: o desenvolvimento dos Protocolos  
2215 Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) já é feito pela Conitec/MS e atualizado por este mesmo  
2216 órgão. A Conitec também é responsável pelo fluxo de incorporação ou desincorporação de novas  
2217 tecnologias na área da saúde no SUS. Conitec: <http://conitec.gov.br/fluxo-de-incorporacao-de-tecnologias-no-SUS>. Próxima Reunião: Data: 10, 11 e 12 de julho. Pauta: a) O plano para tuberculose -  
2218 avaliação sob a luz da Resolução 444. b) Workshop sobre advocacy em saúde para o conjunto de  
2219 entidades de patologia que compõe a Comissão de Patologia - possíveis participações: conselheiros  
2220 titulares e/ou suplentes; membros de fórum de usuários; membros de outras comissões do CNS; e  
2221 assessoria técnica. **Deliberação:** aprovados os encaminhamentos sugeridos pela Comissão.  
2222 **Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT.** Conselheira **Juliana**  
2223 **Santorum** fez um informe sobre a 95ª Reunião da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e  
2224

da Trabalhadora – CISTT, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2017, em Brasília/DF. Participantes: CISTT Nacional, 13 titulares e 7 suplentes; e CISTTs Estaduais: 23 membros de CISTTs estaduais, representando 14 estados: Acre, Amapá, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins.

**Encaminhamentos:** **1)** Reforma da Previdência - recomendação da CISTT Nacional para que o CNS oriente os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde a promoveram debate sobre “desmonte da previdência”. **2)** Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - que na Reunião do CNS do mês de junho seja incluída na pauta ou no item Radar apresentação do Ministério da Saúde sobre o monitoramento do funcionamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerests; e aprofundar debate sobre os impactos da Nanotecnologia na saúde do trabalhador e da trabalhadora (que a Coordenação de Saúde do Trabalhador e a CISTT realize um seminário para debater o tema). **3)** Fortalecimento das CISTTs - realizar pesquisa para conhecer o perfil das CISTTs, a fim de traçar ações e subsidiar formulação de programa de Educação Permanente (Observação: Esta ação está inserida no Projeto de qualificação em parceria com o Diesat); e intensificar implantação das resoluções da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora sobre a criação das CISTTs municipais para efetivar a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **4)** Plano de Trabalho da CISTT - foi elaborado a partir das ações do Planejamento Estratégico do CNS, demandas do Pleno e propostas do 7º Encontro das CISTTs; a Coordenação da CISTT está fazendo ajustes para apresentá-lo ao Pleno em junho. **5)** Parecer do Conselho Federal de Medicina nº 3/17 - este parecer do CFM, publicado em 13 de fevereiro de 2017, permite a quebra do sigilo médico, viola a privacidade do paciente/trabalhador e da trabalhadora e desvirtua o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP). A CISTT indica ao Pleno a aprovação de recomendação dirigida ao Conselho Federal de Medicina e ao Ministério Público do Trabalho, para revogação deste parecer. Na sequência, conselheira **Madalena Margarida da Silva** fez a leitura da minuta elaborada pela CISTT/CNS. O texto é o seguinte: “Minuta de recomendação nº 000, 12 de maio de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que prevê em seu art. 12 que “Ninguém será sujeito à interferência na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataque à sua honra e reputação. Todo ser humano tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques”; considerando a Constituição Federal: Art. 5º I - ninguém será obrigado a fazer ou a deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei; X - são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação; considerando o Decreto nº 6.042/2007 da Presidência da República, que disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico; considerando que o conteúdo do Parecer CFM 3/17, publicado em 13/02/17 pelo Conselho Federal de Medicina, permite que o profissional de Medicina do Trabalho libere as informações confidenciadas pelo paciente/trabalhador e trabalhadora em consulta médica, ao destacar a possibilidade de uso de dados específicos ao caso e registrados no prontuário do trabalhador; considerando que essa medida contraria o Código de Ética Médica - Res. (1931/2009) - Capítulo IX - Sigilo profissional, segundo o qual: “É vedado ao médico: Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade”; considerando a violação à privacidade do paciente/trabalhador e da trabalhadora e o comprometimento de sua dignidade e da necessária relação de confiança entre paciente/trabalhador e trabalhadora e médico; considerando que os destinatários do novo Parecer são médicos do trabalho contratados por empregadores; considerando que as informações prestadas pelo paciente/trabalhador e trabalhadora, se repassadas pelo médico, podem ser interpretadas no sentido de eximir as empresas de adotar as medidas necessárias para a promoção e proteção da saúde, prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, além de dificultar o acesso aos direitos trabalhistas/previdenciários/acidentários; considerando que o parecer CFM nº. 3/17 poderá desvirtuar a razão de existir do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário - NTEP, mascarando as más condições do trabalho que causaram a situação real do agravo à saúde do trabalhador e trabalhadora; considerando a legitimidade da Nota de Repúdio do Fórum Nacional de Saúde do Trabalhador das Centrais Sindicais; considerando que compete ao Conselho Nacional de Saúde o fortalecimento da participação e do controle social no SUS (Art. 10, IX da Resolução n.º 407, de 12 de setembro de 2008); e considerando o conjunto de deliberações aprovadas na 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em especial as constantes do subcapítulo 3, que dispõem sobre a efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas

2287 três esferas de governo. **Recomenda:** Ao Conselho Federal de Medicina, que revogue o Parecer CFM  
2288 3/17. Ao Ministério Público do Trabalho, que acompanhe e apure os casos de violação dos direitos,  
2289 impactos e riscos à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras que podem advir com a manutenção  
2290 deste Parecer.” **Deliberação: aprovada a recomendação, por unanimidade.** Em seguida, o  
2291 coordenador da mesa colocou em votação os encaminhamentos da Comissão. **Deliberação:**  
2292 **aprovados os encaminhamentos sugeridos pela CISTT. Comissão Intersetorial de Atenção à**  
2293 **Saúde nos Ciclos de Vida** - conselheira **Vânia Lúcia**, coordenadora da CIASCV, submeteu à  
2294 apreciação do Plenário o plano de trabalho da Comissão e duas minutas de recomendação. Plano de  
2295 trabalho: A CIASCV, a partir das propostas aprovadas no Planejamento do Conselho Nacional de  
2296 Saúde 2015/2018, das propostas sobre Controle Social da 15<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde e  
2297 objetivando fortalecer as Políticas de Saúde (criança, adolescente, jovem, adulto (a) e da Pessoa idosa,  
2298 formulou na sua 1<sup>a</sup> reunião, o Plano de Trabalho com os seguintes eixos temáticos: **I - Eixo Temático I:**  
2299 **a)** O Papel dos municípios na Política de Atenção à Saúde (criança, adolescente, jovem, adulto (a) e da  
2300 Pessoa idosa. **b)** Acompanhamento e avaliação sistemática da execução Orçamentária em especial  
2301 com olhar profundo nos ciclos de vida; (criança, adolescente, jovem, adulto (a) e da Pessoa idosa). **c)**  
2302 Acompanhamento do PL 287 – BPC. **d)** Acompanhamento das situações das Crianças com  
2303 Microcefalia e situação das mães e familiares - conhecimento das dificuldades e cuidados. **e)**  
2304 Acompanhamento das Políticas de Atenção aos ciclos de vida. **f)** Acompanhamento do Programa  
2305 Criança Feliz – MDSA. **g)** Acompanhamento da Política Nacional do Humaniza SUS - Pautar e  
2306 acompanhar as ações de acolhimento. **h)** Acompanhamento em relação à situação do atendimento de  
2307 Radioterapia (Centros especializados). **i)** Acompanhamento: Situação de atendimento - radioterapia  
2308 (Centros especializados); **j)** Cuidados Paliativos – Convidar área Técnica e Universidade de Brasília.  
2309 Reuniões Intersetoriais: CONANDA e o CNDI e para fortalecer o debate da saúde da criança do  
2310 adolescente e do Jovem e a Pessoa Idosa. Acompanhamento da qualificação do Cuidado – pessoas  
2311 Idosas residentes em ILPIs – Rede de Atenção à Saúde do território (MS) e (MDSA) – Fiscalização e  
2312 cumprimento da Lei; Apresentação: Levantamento Censitário das ILPIs. Convidar o CONSEA –  
2313 Segurança Alimentar e Nutricional. Discutir o Programa de Saúde na Escola (Saúde na Escola) – FNDE  
2314 e Politicas de Alimentação Escolar – MEC (Programa Nacional de Alimentação escolar). Vigilância  
2315 Nutricional - Acompanhar Obesidade Infantil (CGAN). Autismo – Diretrizes do atendimento precoce e  
2316 linha de cuidado. Acompanhamento: Prevenção do uso de álcool e outras drogas (Saúde Mental).  
2317 Acompanhamento: Prevenção de DST e HIV /AIDS, Doenças crônicas não transmissíveis e Sífilis  
2318 congênita. \*Sugerir ao CNS - Recomendar criar comissão Intersetorial de Saúde (criança, adolescente,  
2319 jovem, adulto (a) e da Pessoa idosa nos Conselhos municipais e estaduais. **II – Eixo Prioritário 2: a)**  
2320 Monitorar a execução das propostas da 15<sup>a</sup> CNS e das demais Conferências de Saúde. (ciclos de vida)  
2321 - Levantamento das propostas nos ciclos de vida. Executado e Incorporação das propostas. **b)**  
2322 Monitorar a execução das propostas da 10<sup>a</sup> Conferência Nacional da Criança e do Adolescente e  
2323 Monitorar a execução das propostas da 4<sup>a</sup> Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa -  
2324 Levantamento das propostas na Comissão Ciclos de Vida e incorporação das propostas. **c)** Promover  
2325 cuidado integral as pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem adulto e idoso)  
2326 considerando as questões de gênero, orientação sexual, orientação sexual na escola, raça, etnia,  
2327 situações de vulnerabilidade, as especificidades e as diversidades na atenção básica nas redes  
2328 temáticas e nas redes de atenção a saúde. **d)** Articular práticas integrativas e complementares, Pautar  
2329 a Comissão/Cns - Convidados intersetoriais/interministerial - Pautar e convidar representante da  
2330 comissão da Saúde mental. **e)** Acompanhamento: desenvolver e fortalecer o acesso à informação e  
2331 preparar trabalhadores e trabalhadoras devem ser uma prioridade para avançarmos nos 25 anos do  
2332 SUS – pautar e convidar a comissão saúde do trabalhador. **f)** Participar da elaboração e divulgação de  
2333 campanhas específica para os ciclos de vida – área técnica do MS - Desenvolver e fortalecer o acesso  
2334 à informação e a preparação da população em geral. **g)** Controle Social – Papel da CIASCV no  
2335 acompanhamento e fortalecimento do Controle Social na Saúde da Criança, Adolescente, Jovem,  
2336 Adulto (a) e Idosos (a). **h)** Propor estratégias para ampliar a participação social nas conferências e  
2337 outros eventos de saúde relacionados aos ciclos de vida - Articular junto aos conselhos municipais e  
2338 estaduais de saúde o foco no debate para Fortalecer as políticas de atenção à criança, do adolescente  
2339 e do jovem e idoso. **i)** Proposta de um Seminário para Primeiro Semestre de 2018 – Situação do Idoso  
2340 no País (CNDI, SDH, MDSA, MS, MEC e outros). **III – Calendário das reuniões 2017: 1<sup>a</sup> - 11 e 12 de**  
2341 **abril de 2017; 2<sup>a</sup> - 28 e 29 de setembro de 2017; e 3<sup>a</sup> - 13 e 14 de novembro de 2017. Deliberação:**  
2342 **aprovado o plano de trabalho da Comissão.** Em seguida, fez a leitura da minuta de recomendação  
2343 elaborada pela Comissão. O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, 12 de maio de 2017. O  
2344 Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião  
2345 Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei  
2346 nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº  
2347 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do  
2348 Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de

2349 1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece a saúde como um direito  
2350 fundamental do ser humano, que apresenta como fatores determinantes e condicionantes, entre outros,  
2351 o trabalho, a renda, a educação e o acesso aos bens e serviços essenciais, e que é dever do Estado  
2352 prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício sob as diretrizes: universalidade de acesso  
2353 aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade e igualdade da assistência à  
2354 saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; considerando a Lei nº 10.858, de 13 de  
2355 abril de 2004, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz a disponibilizar medicamentos,  
2356 mediante resarcimento, e dá outras providências; considerando o Decreto nº 5.090, de 20 de maio de  
2357 2004, que regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o Programa “Farmácia  
2358 Popular do Brasil”, que visa à disponibilização de medicamentos, em municípios e regiões do território  
2359 nacional; considerando que o Governo Federal não financiará as unidades próprias do  
2360 Programa Farmácia Popular e que as unidades não mais receberão verbas da União a partir de maio e  
2361 que caso os municípios optem pela manutenção das unidades, deverão arcar com os  
2362 custos; considerando que o Programa “Farmácia Popular do Brasil” garante a distribuição gratuita ou  
2363 com até 90% de desconto de 112 medicamentos de uso contínuo para doenças crônicas, como  
2364 hipertensão, diabetes e anemia; considerando que o fechamento das unidades próprias visa restringir  
2365 os recursos e reduzir a participação do sistema público de saúde de modo a privilegiar os interesses do  
2366 setor privado; considerando que a desativação das unidades próprias da Farmácias Popular afetará  
2367 duramente a população em situação de vulnerabilidade social; considerando que as unidades próprias  
2368 da Farmácias Popular estão localizadas distantes dos bairros mais pobres, com isso, os moradores  
2369 serão prejudicados, pois as particulares não estão nessas localidades; considerando que as pequenas  
2370 farmácias de bairro, não dispõe da melhor estrutura para atender os usuários, e que o Governo Federal  
2371 não apresenta estudo que justifique seu projeto e que demonstre os benefícios à população; e  
2372 considerando que compete ao Conselho Nacional de Saúde “atuar na formulação de estratégias e no  
2373 controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos  
2374 aspectos econômicos e financeiros” (Art. 10, I da Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008).  
2375 **Recomenda:** Ao Ministério da Saúde que interrompa qualquer processo de desmonte do Programa  
2376 Farmácia Popular, em especial da modalidade rede própria, e amplie o debate com o controle social no  
2377 sentido de assegurar a manutenção do Programa e a garantia de amplo acesso à integralidade da  
2378 assistência. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira  
2379 Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017.” **Deliberação: aprovada a**  
2380 **recomendação com três votos contrários.** Segundo, conselheiro **Geraldo Adão Santos** fez a leitura  
2381 da segunda minuta de recomendação, elaborada pela Comissão. O texto é o seguinte: “Recomendação  
2382 nº 000, 12 de maio de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima  
2383 Nonagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017, no uso de suas  
2384 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de  
2385 dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da  
2386 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e  
2387 considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde  
2388 (SUS), e estabelece a saúde como um direito fundamental do ser humano, que apresenta como fatores  
2389 determinantes e condicionantes, entre outros, o trabalho, a renda, a educação e o acesso aos bens e  
2390 serviços essenciais, e que é dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno  
2391 exercício sob as diretrizes: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de  
2392 assistência, integralidade e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de  
2393 qualquer espécie; considerando o disposto no conjunto das normativas brasileiras referentes aos  
2394 Direitos das Pessoas Idosas em especial o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003); a Política Nacional  
2395 do Idoso (Lei nº 8.842/1994); a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/2006) e  
2396 o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo (Decreto nº 8114/2013); considerando as  
2397 garantias proferidas pela Convenção Interamericana dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa no âmbito  
2398 da Organização dos Estados Americanos (OEA); considerando o acelerado processo de transição  
2399 demográfica e epidemiológica em curso na sociedade brasileira; considerando o Relatório Mundial de  
2400 Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 2015, que recomenda aos  
2401 países membros que melhorem os desenhos de seus sistemas de saúde para que atendam às  
2402 necessidades de saúde das pessoas idosas, adaptando seus sistemas de informação para que  
2403 reúnam, analisem e publicizem dados sobre a capacidade funcional da pessoa idosa; considerando o  
2404 reconhecimento da pessoa idosa como usuário “sócio sanitário” do SUS, ou seja, que as ações de  
2405 cuidado devem ser articuladas com outras políticas públicas em especial, com o Sistema Único de  
2406 Assistência Social (SUAS); considerando a necessidade de organização da rede de atenção à saúde  
2407 da pessoa idosa APS, conforme a Portaria GM 2.528/2006, bem como a garantia do acesso aos  
2408 diferentes pontos de atenção especializados e a continuidade do cuidado; considerando a necessidade  
2409 de implementação de um modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa, a partir da implantação  
2410 de novas ferramentas de promoção do envelhecimento saudável, da atenção à saúde e do

2411 autocuidado; considerando a necessidade de programas de educação permanente para os  
2412 profissionais de saúde nas áreas de interface para o cuidado em saúde da pessoa idosa; e  
2413 considerando que compete ao Conselho Nacional de Saúde “atuar na formulação de estratégias e no  
2414 controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos  
2415 aspectos econômicos e financeiros” (Art. 10, I da Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008).  
2416 **Recomenda:** Ao Ministério da Saúde que promova a: a) adoção de todos os esforços para consolidar  
2417 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI); b) adoção de mecanismos eficientes para o  
2418 financiamento das ações que viabilizem a implementação da PNSPI; c) inclusão de informações sobre  
2419 capacidade funcional no sistema e-sus AB, a partir do registro recomendado pela Caderneta de Saúde  
2420 da Pessoa Idosa; d) construção e implementação de uma Política Nacional de Cuidados de Longa  
2421 Duração, considerando as recomendações dispostas na Carta de Brasília (2015), que trata da  
2422 importância de estruturar a Política de Cuidados de Longa Duração para pessoas idosas. Plenário do  
2423 Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada  
2424 nos dias 11 e 12 de maio de 2017.” **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade.**  
2425 Na sequência, conselheira **Juliana Acosta Santorum** fez a leitura do texto da minuta de  
2426 recomendação, elaborada por ela e pelas conselheiras Denise Torreão e Francisca Valda, resultado do  
2427 debate do item 6 da pauta. O texto: “Minuta de recomendação nº xxx de xxx de xxxx DE 2017. O  
2428 Plenário do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião  
2429 Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017, e no uso de suas competências regimentais e  
2430 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de  
2431 dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da  
2432 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e  
2433 Considerando que a República Federativa do Brasil constitui-se em Estado Democrático de Direito e  
2434 tem como fundamentos a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do  
2435 trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político, conforme incisos I, II, III, IV e V do Artigo 1º da  
2436 Constituição Federal de 1988; Considerando que a construção de uma sociedade livre, justa e solidária  
2437 e a garantia do desenvolvimento nacional constituem objetivos fundamentais da República Federativa  
2438 do Brasil, conforme incisos I e II Artigo 3º da Constituição Federal de 1988; Considerando que são  
2439 direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a  
2440 segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos  
2441 desamparados, na forma do Art. 6º da Constituição Federal de 1988; Considerando que a ordem social  
2442 tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais, de acordo com o  
2443 Art. 193 da Constituição Federal de 1988; Considerando que a seguridade social compreende um  
2444 conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar  
2445 os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, conforme Artigo 194 da Constituição  
2446 Federal de 1988, e que compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social,  
2447 com base nos objetivos de universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência  
2448 dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais e irreversibilidade do valor dos benefícios,  
2449 conforme incisos I, II e IV do Artigo 194 da Constituição Federal de 1988; Considerando que as  
2450 Proposta de Emenda Complementar PEC nº 287/2017, que altera os Arts. 37, 40, 109, 149, 167, 195,  
2451 201 e 203 da Constituição, para dispor sobre a seguridade social, estabelece regras de transição e dá  
2452 outras providências, e a proposta do PL 6787/2016, que altera o Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de  
2453 1943 - Consolidação das Leis do Trabalho, e a Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, para dispor sobre  
2454 eleições de representantes dos trabalhadores no local de trabalho e sobre trabalho temporário, e dá  
2455 outras providências, geram impactos negativos para a sociedade brasileira, aumentando a pobreza e a  
2456 desigualdade, desumanizam as relações de trabalho e retiram flagrantemente direitos das  
2457 trabalhadoras e trabalhadores; Considerando as Notas Técnicas do Dieese números 168, 171, 172, 174  
2458 e 175 de 2017, que apontam para a minimização da Previdência pública, os impactos para as  
2459 mulheres, idosos, trabalhadoras e trabalhadores rurais, e para a precarização das relações de trabalho,  
2460 e que analisam que um mercado de trabalho mais desestruturado e com redução do padrão salarial  
2461 ameaça a evolução das contribuições previdenciárias; Considerando que a tramitação da PEC  
2462 287/2017 é um flagrante desmonte do Estado Democrático de Direito; Considerando que a tramitação  
2463 do PL 6787/2016 demonstra flagrante retirada de direitos das trabalhadoras e trabalhadores;  
2464 Considerando que todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou  
2465 diretamente, nos termos do Parágrafo Único do Art 1º da Constituição Federal de 1988. Recomenda ao  
2466 Congresso Nacional que retire de tramitação a PEC 287/2017 e o PL 6787/2016. Instale uma Comissão  
2467 Parlamentar de Inquérito para apurar a real situação da Seguridade Social, em especial o déficit da  
2468 Previdência Social. Instale uma Comissão Parlamentar de Inquérito que proponha uma reforma  
2469 tributária que supere a natureza estrutural das desigualdades do sistema tributário Nacional regressivo  
2470 e injusto com os trabalhadores e trabalhadoras e os mais pobres.” **Deliberação: aprovado o texto da  
2471 recomendação, com duas abstenções e com a retificação “proposta de emenda complementar”**  
2472 por “proposta de emenda constitucional”. A recomendação será encaminhada aos conselhos

2473 **estaduais e municipais de saúde para subsidiar o debate do tema.** Seguindo, conselheira **Ana**  
2474 **Sandra Fernandes Arcoverde Nobrega** fez breve informe sobre a reunião da CISM e submeteu à  
2475 apreciação do Plenário a seguinte minuta de Recomendação: “Recomendação nº 000, 12 de maio de  
2476 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião  
2477 Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei  
2478 nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº  
2479 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do  
2480 Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que a normatização de  
2481 estabelecimentos de saúde e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) requer a indicação  
2482 clara de critérios de provimentos mínimos, tais como: recursos humanos, procedimentos a serem  
2483 executados, valores de custeio, origem dos recursos, procedimentos de monitoramento, natureza da  
2484 personalidade jurídica de entidades provedoras, relação da nova portaria com as normas já existentes e  
2485 revogação de dispositivos contraditórios, bem como obediência às regras da Vigilância Sanitária (como  
2486 a RDC/ANVISA nº50/2002, RDC/ANVISA nº 29/2011, RDC/ANVISA nº 63/2011 e demais regras  
2487 associadas) e que a referida portaria não estabelece tais condições; considerando que a Portaria  
2488 SAS/MS nº 1.482, inclui as CTs na Tabela do CNES como tipo 83, ou seja, como estabelecimento de  
2489 saúde que provê práticas corporais, artísticas, culturais, físicas, promoção nutricional e educação em  
2490 saúde, mas que ignora, de forma intencional, que na verdade as atividades promovidas pelas CTs se  
2491 realizam primordialmente em regime de internação fechada, o que as obrigaría a se submeter às  
2492 exigências da Lei 10.216, de 2001, reconhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica; considerando que a  
2493 Portaria SAS/MS nº 1.482 deixa de considerar que já existem vários relatórios de inspeção de  
2494 entidades públicas no Brasil atestando uma série de violações dos direitos humanos nas CTs, como:  
2495 Conselho Federal de Psicologia, “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de  
2496 internação para usuários de drogas”, de 2011; Comitê de Prevenção à Tortura do Estado do Rio de  
2497 Janeiro, “Relatório de Inspeção em Comunidades Terapêuticas Financiadas pelo Governo do Estado do  
2498 Rio de Janeiro”, de 2013; considerando as diversas irregularidades levantadas pelo Dr. Glaucio Ney  
2499 Shiroma Oshiro, Promotor de Justiça da Promotoria Especializada de Defesa da Saúde do Ministério  
2500 Público do Acre, dirigido ao Prefeito de Rio Branco/AC, através do Ofício nº 0205, de 12 de março de  
2501 2014, levantando uma série de irregularidades em medida tomada pelo referido prefeito, no mesmo  
2502 sentido de financiar as CTs naquele município, e que se aplicam integralmente à referida Portaria  
2503 SAS/MS nº 1482/2016, em foco; considerando deliberação do Conselho de Saúde do Estado de Minas  
2504 Gerais, no sentido de que os espaços de cuidado e tratamento em saúde mental, álcool e outras drogas  
2505 de seu estado sejam 100% públicos e estatais, abertos e de base territorial, dentro das diretrizes da  
2506 Política de Redução de Danos, da Reforma Psiquiátrica e Antimanicomial e do SUS; e considerando  
2507 que compete ao Conselho Nacional de Saúde “atuar na formulação de estratégias e no controle da  
2508 execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos  
2509 econômicos e financeiros” (Art. 10, I da Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008). Recomenda:  
2510 Ao Ministério da Saúde, que revogue a Portaria SAS/MS nº 1.482 de 25/10/2016, tendo em vista que as  
2511 Comunidades Terapêuticas não podem ser consideradas estabelecimentos de saúde e tampouco  
2512 incluídas no CNES, visto que não atendem aos critérios exigidos pela legislação vigente, sob risco de  
2513 incorrer em ilegalidade. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima  
2514 Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017.” Conselheiro **Neilton de**  
2515 **Araújo Oliveira** sugeriu que fosse feito esclarecimento ao Plenário, antes da votação. Conselheiro  
2516 **Moyses Longuinho Toniolo de Souza** perguntou como entidades que impedem o uso de  
2517 preservativo, por exemplo, podem ser consideradas promotoras de saúde. Conselheiro Ronald Ferreira  
2518 dos Santos, Presidente do CNS, disse que a Mesa Diretora do CNS organizará debate sobre  
2519 certificação e solicitou que os conselheiros focassem o debate em torno da recomendação. Conselheira  
2520 **Vânia Lúcia Costa Leite** discordou fraternalmente da fala do conselheiro Moysés Toniolo, uma vez  
2521 que a Pastoral da Criança atua na prevenção de doenças e promoção da saúde e realiza trabalho com  
2522 crianças de 0 a 6 anos, famílias e gestantes. Além disso, informou que, na condição de representante  
2523 da CNBB, participou de GT com o MS e realizou várias campanhas de diagnóstico precoce do HIV e  
2524 sífilis. Conselheiro **Neilton de Araújo Oliveira** sugeriu devolver a recomendação para CISM e subsidiar  
2525 com mais informações. Conselheira **Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nobrega** manteve a proposta  
2526 de apreciar a minuta naquela reunião. Diante dos dois encaminhamentos distintos, a mesa colocou em  
2527 votação as duas propostas: 1) apreciar a minuta naquela reunião. 2) retornar à Comissão e apreciar  
2528 no Plenário do CNS em outra oportunidade. A proposta 1 recebeu 18 votos. A proposta 2, sete  
2529 votos. Com isso, a mesa colocou em votação a recomendação. A recomendação foi aprovada  
2530 com 19 votos favoráveis, cinco abstenções. Em seguida, fez a leitura da moção de repúdio. O texto  
2531 é o seguinte: “Moção de Repúdio nº 000, 12 de maio de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de  
2532 Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de  
2533 maio de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de  
2534 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11

2535 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988  
2536 e da legislação brasileira correlata; e considerando que a Nota Técnica sobre a calamidade na  
2537 assistência pública em saúde mental no Brasil apresenta dados sobre a atenção em saúde mental,  
2538 porém falha ao não levar em conta a multiplicidade de fatores e responsabilidades que condicionam  
2539 seu atual contexto e que o documento apresenta-se não apenas como reducionista, mas também  
2540 sensacionalista e tendencioso, na medida que tenta induzir a opinião pública em favor de interesses  
2541 corporativos; considerando que a atual Política de Saúde Mental e Atenção Psicossocial é orientada  
2542 pelo paradigma da integralidade do cuidado em saúde e da interdisciplinaridade e que, portanto, seu  
2543 campo de saber-fazer deve ser constituído na diversidade de profissões que são protagonistas nessa  
2544 área e não somente pela categoria profissional médica, apontada como detentora única do  
2545 conhecimento técnico-científico da saúde mental; considerando que a formulação, implementação,  
2546 fiscalização, avaliação e monitoramento das Políticas Públicas de Saúde Mental devem ser construídas  
2547 e pactuadas através do diálogo entre Estado, sociedade civil organizada, movimentos sociais,  
2548 comunidade científica, entidades de classe e representantes das diferentes profissões que constituem  
2549 esse campo técnico-científico; considerando que a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras  
2550 Drogas, do Ministério da Saúde, deve se pautar pela legislação vigente, em especial pela Lei Federal  
2551 n.º 10.216/2001, por princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e Conferências Nacionais  
2552 de Saúde e de Saúde Mental; considerando que as deliberações devem ser construídas e pactuadas  
2553 através de processos democráticos, pelo amplo diálogo, com participação dos envolvidos, interessados  
2554 e responsáveis pela saúde mental; e considerando que compete ao Conselho Nacional de Saúde o  
2555 fortalecimento da participação e do controle social no SUS (Art. 10, IX da Resolução n.º 407, de 12 de  
2556 setembro de 2008). Vem a público: externar repúdio à Nota Técnica sobre a calamidade na assistência  
2557 pública em saúde mental no Brasil (veiculada por meio do Ofício n.º 68/17/ABP/SEC), divulgada nas  
2558 mídias sociais, assinada pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Brasileira de Psiquiatria  
2559 e encaminhada para autoridades públicas em todos os níveis da federação. Plenário do Conselho  
2560 Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias  
2561 11 e 12 de maio de 2017.” Após esclarecimentos sobre o teor da nota, a mesa colocou em votação a  
2562 minuta. **Deliberação: aprovada a moção de repúdio com três abstenções.** Seguindo, o Presidente  
2563 do CNS fez a leitura de minuta de moção de repúdio à abertura do Inquérito Criminal PCnet 2017-024-  
2564 000178-001-0059891137-03 contra os conselheiros municipais de saúde do Conselho Municipal de  
2565 Saúde de Belo Horizonte (CMS/BH), Bruno Abreu Gomes e Enildo Calixto Luback, junto à 1ª Delegacia  
2566 Especializada de Orientação e Proteção à Criança e ao Adolescente, tendo por motivação, segundo  
2567 consta do ofício CMS/CNS/CES/EXTER n.º 244/2017, única e exclusivamente a Resolução nº. 419/16  
2568 e a Ata 205 do CMS-BH. O texto é o seguinte: “Moção de repúdio nº 000, 12 de maio de 2017. O  
2569 Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião  
2570 Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017, no uso de suas competências regimentais e  
2571 atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei n.º 8.142, de 28 de  
2572 dezembro de 1990, pelo Decreto n.º 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da  
2573 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e  
2574 considerando que a saúde é um direito de todo cidadão brasileiro, previsto na Constituição Federal de  
2575 1988, e que o Sistema Único de Saúde (SUS), parte do sistema de proteção social, se organiza por  
2576 meio de políticas públicas deliberadas pelo controle social; considerando que a Lei n.º 8.142, de 28 de  
2577 dezembro de 1990 previu as conferências e conselhos de saúde como instâncias colegiadas do SUS  
2578 (Art. 1º, I e II da Lei n.º 8.142/1990); considerando que o Conselho de Saúde é uma instância  
2579 colegiada, deliberativa e permanente do SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura  
2580 organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos  
2581 Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei n.º 8.142/1990 e que os  
2582 Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na  
2583 administração da saúde (Resolução CNS n.º 453/2012, Primeira diretriz); considerando que, como  
2584 Subsistema da Seguridade Social, o Conselho de Saúde atua na formulação e proposição de  
2585 estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos  
2586 e financeiros (Resolução CNS n.º 453/2012, Primeira diretriz, parágrafo único); considerando a abertura  
2587 do Inquérito Criminal PCnet 2017-024-000178-001-0059891137-03, contra os conselheiros municipais  
2588 de saúde do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS/BH), Bruno Abreu Gomes e Enildo  
2589 Calixto Luback, junto à 1ª Delegacia Especializada de Orientação e Proteção à Criança e ao  
2590 Adolescente, tendo por motivação, segundo consta do ofício CMS/CNS/CES/EXTER n.º 244/2017,  
2591 única e exclusivamente a Resolução 419/16 e a Ata 205 do CMS-BH; e considerando a competência do  
2592 Conselho Nacional de Saúde no fortalecimento da participação e do controle social no SUS (Art. 10, IX  
2593 da Resolução n.º 407, de 12 de setembro de 2008). Vem a público: Externar repúdio a abertura do  
2594 Inquérito Criminal PCnet 2017-024-000178-001-0059891137-03, acima referido, tendo em vista que a  
2595 sua motivação contrária ao trabalho desenvolvido pelo controle social fere frontalmente os princípios  
2596 constitucionais e da democracia participativa. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua

2597 Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017.”  
2598 **Deliberação: a moção de repúdio foi aprovada por unanimidade.** Seguindo, o Presidente do CNS  
2599 apresentou minuta de moção de repúdio, proposta pela conselheira **Paula Jhons**, integrante da CIAN.  
2600 Esclareceu que a conselheira propôs a minuta porque seria realizada audiência pública na Câmara dos  
2601 Deputados, na semana seguinte, para tratar da mudança do Código de Defesa do Consumidor. O texto  
2602 é o seguinte: Moção de Repúdio nº xxx, de maio de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde,  
2603 em sua Reunião Ordinária, realizada nos dias xxxx e de maio de 2017, no uso de suas atribuições  
2604 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de  
2605 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da  
2606 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e Considerando que o art.  
2607 196, da Constituição Federal de 1988, determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado,  
2608 garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros  
2609 agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e  
2610 recuperação”; Considerando que o art. 227, da Constituição Federal de 1988, impõe à família, à  
2611 sociedade e ao Estado o dever “de assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta  
2612 prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à  
2613 cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los  
2614 a salvo de toda forma de negligéncia, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”;  
2615 Considerando que o art. 37, §2º, do Código de Defesa do Consumidor, caracteriza como abusiva a  
2616 publicidade que, dentre outras, “se aproveite da deficiência de julgamento e experiência da criança”;  
2617 Considerando que a Resolução nº 163/2014, do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente  
2618 (Conanda) define como abusiva “a prática do direcionamento de publicidade e comunicação  
2619 mercadológica à criança com a intenção de persuadi-la para o consumo de qualquer produto ou  
2620 serviço”; Considerando que o Superior Tribunal de Justiça, em mais de uma oportunidade, reconheceu  
2621 a abusividade de campanha publicitária promovida por empresa de alimentos, vez que direcionada  
2622 diretamente à criança, indivíduo presumidamente hipervulnerável nas relações de consumo;  
2623 Considerando que a publicidade exerce forte influência sob a formação de hábitos de consumo das  
2624 crianças; Considerando que a *Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008-2009): Análise do Consumo  
2625 Alimentar Pessoal no Brasil*, realizada pelo IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, motrou  
2626 que 15% das crianças brasileiras estão obesas e 30% com excesso de peso; Considerando que, em  
2627 2011, o Sistema Único de Saúde (SUS) investiu R\$ 488 milhões em tratamento de doenças associadas  
2628 à obesidade; Considerando que, no Brasil, o custo com a obesidade é de 2,4% do PIB, ou cerca de 110  
2629 bilhões de reais, de acordo com a pesquisa *Overcoming obesity: An initial economic analysis*, lançada  
2630 pela consultoria McKinsey Global Institute, em 2014. Considerando que a Comissão para Erradicar a  
2631 Obesidade Infantil, da Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendou restringir a exposição de  
2632 crianças à publicidade de alimentos não saudáveis, como medida de combate à obesidade infantil e  
2633 doenças crônicas não transmissíveis, tais quais diabetes e problemas cardiovasculares; Considerando  
2634 que o Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes, aprovado pelo  
2635 Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2014, prevê, como uma das  
2636 medidas de enfrentamento da obesidade, a regulamentação da publicidade de bebidas açucaradas,  
2637 produtos energéticos com poucos nutrientes e *fast-foods*; Considerando que o Guia Alimentar para a  
2638 População Brasileira, produzido pelo Ministério da Saúde em 2014, estabelece que a publicidade,  
2639 direcionada à criança, de produtos alimentícios ultraprocessados caracteriza obstáculo à adoção de  
2640 hábitos de alimentação saudáveis; Considerando que o relatório apresentado pelo deputado Eli Correa  
2641 Filho ao Projeto de Lei nº 3.515/2015, perante a Comissão de Defesa do Consumidor, propõe a  
2642 inclusão do parágrafo 4º, ao artigo 37, do Código de Defesa do Consumidor, que enfraquece a proteção  
2643 da criança frente aos apelos comerciais; Considerando que a inclusão do parágrafo 4º, ao artigo 37, do  
2644 Código de Defesa do Consumidor relativiza a noção de abusividade da publicidade comercial  
2645 direcionada à criança, ao estabelecer que “não se presume que a publicidade se aproveita da  
2646 deficiência de julgamento e experiência da criança”, salvo nos casos de “imperativo de consumo à  
2647 criança” ou “promoção de discriminação entre o público de crianças e adolescentes”. **Vem a público  
2648 externar repúdio:** À inclusão do § 4º ao artigo 37, do Código de Defesa do Consumidor, constante do  
2649 relatório do deputado Eli Corrêa Filho ao Projeto de Lei nº 3.515/2015, apresentado na Comissão de  
2650 Defesa do Consumidor da Câmara dos Deputados, que mitiga a proteção das crianças frente à  
2651 publicidade. Sendo certo que direcionamento de publicidade à criança – em especial, de produtos  
2652 alimentícios ultraprocessados – tem relação direta com o aumento dos índices de obesidade e o  
2653 agravamento de doenças crônicas não transmissíveis, mitigar a proteção do indivíduo com menos de  
2654 12 anos frente aos apelos comerciais significa violar frontalmente o seu direito à saúde. Plenário do  
2655 Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária, realizada nos dias xxx e xxx de maio de  
2656 2017.” Conselheira **Záira Tronco Salerno**, coordenadora da CIAN, estranhou a propositura da minuta,  
2657 porque a Comissão debateu o tema e solicitou espaço na pauta do CNS para apresentação de  
2658 proposta a respeito. Além disso, a conselheira proponente da minuta integra a CIAN e não informou a

2659 Comissão sobre a proposta. O Presidente reiterou que a conselheira elaborou e apresentou a minuta  
2660 para levar a posição do Conselho à audiência que debateria o tema. **Deliberação: aprovada a moção**  
2661 **de repúdio, com adendos: traduzir as expressões estrangeiras e redefinir o formato dos**  
2662 **considerandos. A Mesa Diretora do CNS pautará o tema solicitado pela CIAN na reunião**  
2663 **ordinária do mês de julho.** Seguindo, o Presidente do CNS apresentou o texto moção de  
2664 reconhecimento do CNS em homenagem aos 35 anos de instituição do CONASS e ao ex-ministro Dr.  
2665 Adib Jatene: “Moção de reconhecimento nº. 000, de 12 de maio de 2017. O Plenário do Conselho  
2666 Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias  
2667 11 e 12 de maio de 2017, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro  
2668 de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006;  
2669 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação  
2670 brasileira correlata; e considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior avanço civilizatório  
2671 já verificado no país e os dados da atual conjuntura em que vários retrocessos estão acontecendo no  
2672 Brasil; considerando que o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) foi  
2673 criado em fevereiro de 1982, é historicamente parceiro do controle social na defesa do SUS e do direito  
2674 à saúde, e que alavancou projetos importantes para o fortalecimento da saúde pública brasileira;  
2675 considerando também que o CONASS teve como primeiro presidente o cardiologista Adib Jatene,  
2676 falecido em novembro de 2014 e que a história do SUS, do CONASS, do ex-Ministro se compõem e se  
2677 conectam; considerando ainda o grande legado humano e profissional do médico acreano Dr. Adib  
2678 Jatene, com sua trajetória de Ministro da Saúde, Secretário de Saúde do Estado de São Paulo,  
2679 cirurgião, pesquisador e professor, bem como, entre outros fatores, o caráter humanista da sua  
2680 atuação; e considerando a competência do Conselho Nacional de Saúde no fortalecimento da  
2681 participação e do controle social no SUS (Art. 10, IX da Resolução n.º 407, de 12 de setembro de  
2682 2008). Vem a público: prestar uma homenagem aos 35 anos de instituição do CONASS e ao ex-  
2683 ministro Dr. Adib Jatene, por seus relevantes e fundamentais serviços prestados para a construção do  
2684 SUS.” **Deliberação: aprovada, por unanimidade, com acréscimos (humano, ético e profissional; e**  
2685 **Adib Domingues Jatene), a moção de reconhecimento do CNS. Informe da Comissão**  
2686 **Intersetorial de Saúde Suplementar – Conselheira Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello** informou fez  
2687 um informe sobre a última reunião da Comissão, que está sem coordenação, portanto, foi  
2688 acompanhada pelo conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, enquanto Mesa Diretora do CNS.  
2689 Apresentou os encaminhamentos da Comissão e minuta de moção de repúdio, para apreciação do  
2690 Pleno. **Encaminhamentos:** 1) que o conselho se manifeste à ANS, em separado, por meio de Ofício,  
2691 justificando sua posição de não participar do debate na Agência por ser contrário à Proposta, que  
2692 considera ilegal; 2) convidar o IPEA para apresentar ao Pleno palestra com o tema “Isenções Fiscais”;  
2693 3) encaminhar ao Ministério da Fazenda pedido de informações de volume de recurso médio anual  
2694 investido na saúde suplementar através da renúncia fiscal do IR de pessoa física e jurídica; 4) solicitar  
2695 ao Ministério da Saúde informações sobre o volume de resarcimento ao SUS feito pelas operadoras  
2696 de Planos de Saúde; 5) propor ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde uma Moção denunciando que  
2697 o MS extrapolou a sua competência em relação à formulação da proposta de criação de Planos de  
2698 Saúde Acessíveis. Anexar posicionamento do MPF, do Pleno do CNS e Notas Públicas das entidades  
2699 que já se manifestaram. A proposta de minuta será feita pelo representante da ABRASCO e  
2700 posteriormente socializada para contribuição dos demais membros da CISS; 6) propor ao Pleno a  
2701 organização de um Seminário convidando o TCU e o MPF para tratar do financiamento e isenções  
2702 fiscais; e 7) recuperar debate sobre o tema “Ressarcimento ao SUS” em reuniões anteriores da CISS e  
2703 do Pleno. Na sequência, submeteu à apreciação do Pleno a minuta de moção de repúdio: “O Plenário  
2704 do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária,  
2705 realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições  
2706 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de  
2707 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da  
2708 República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que a saúde  
2709 está ligada a sistemas de proteção social funcionais e sustentáveis, organizados por meio de políticas  
2710 de bem-estar e que o SUS foi criado como um sistema de proteção social, com o objetivo de garantir o  
2711 direito à saúde de todos, conforme previsto constitucionalmente; considerando a existência em paralelo  
2712 de empresas e grupos econômicos que praticam o comércio de planos de saúde, detendo recursos  
2713 financeiros e assistenciais importantes para uso privativo de cerca de 25% da população; considerando  
2714 que a relação entre SUS e planos de saúde não é de equilíbrio nem de complementação, mas de  
2715 concorrência por recursos financeiros, humanos e estruturais; considerando a proposta de planos de  
2716 saúde “acessíveis” feita por um grupo de trabalho convocado pelo Ministério da Saúde, sob a  
2717 justificativa de que estes planos “desafogariam” o SUS; considerando que parte das campanhas dos  
2718 deputados federais das últimas eleições (55ª Legislatura – 2015-2019) foi financiada por operadoras de  
2719 planos de saúde, conforme informações do Tribunal Superior Eleitoral; considerando a falta de  
2720 transparência por parte do Ministério da Saúde com todo o processo de elaboração e divulgação das

discussões realizadas no referido GT; considerando que a proposta de planos de saúde negligencia as questões cruciais da relação entre o sistema público e as empresas de planos de saúde, que são o subfinanciamento de um em razão do subsídio ao outro, e a absorção, pelo SUS, dos procedimentos de alto custo que o esquema comercial de planos de saúde se recusa a oferecer; considerando que parte das propostas dos planos “acessíveis” representa uma evidente diminuição da competência regulatória da ANS e promove a desregulação do setor fiscalizado; considerando que esta desregulação envolve cobertura restrita aos serviços disponíveis na região de contratação, abrindo margem para que a operadora negue procedimentos obrigatórios previstos no rol de cobertura mínima, sob o argumento de que tais serviços não estão disponíveis na região de contratação; considerando que esta desregulação envolve reajustes de planos individuais segundo tabela de custos, abrindo margem para que as empresas fixem reajustes superdimensionados no decorrer da relação contratual; considerando que esta desregulação também envolve a obrigatoriedade de segunda opinião médica, abrindo margem para negativas de cobertura em internações e procedimentos caros e complexos, atendimentos de urgência etc; considerando que a referida desregulação implica a revisão dos prazos de atendimento, aumentando o tempo de espera para procedimentos e flexibilizando a única forma da ANS controlar a qualidade da assistência; considerando que a proposta envolve a criação de planos com coparticipação em alta porcentagem, e que os efeitos deste mecanismo podem atrasar a prevenção e o diagnóstico precoce, sendo essa situação mais grave no caso de doentes crônicos e idosos; considerando ainda que a regulamentação da coparticipação sendo discutida pela ANS em duas frentes, na questão de planos acessíveis e na edição de uma nova normativa sobre o tema; considerando que a proposta está atualmente em análise de viabilidade técnica pela ANS, em grupo fechado; e considerando que compete ao Conselho Nacional de Saúde “atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (Art. 10, I da Resolução n.º 407, de 12 de setembro de 2008). Vem a público: Externar repúdio ao conjunto da proposta de planos de saúde “acessíveis” e à forma como ela foi concebida no Ministério da Saúde, bem como ao seu acolhimento para análise pela ANS, refutando na totalidade os seus termos e demandando a dissolução do grupo de trabalho criado no âmbito da ANS. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017.” **Deliberação: aprovados os encaminhamentos da Comissão; e aprovada a moção de repúdio com duas abstenções.** Grupo de Trabalho de Atenção Básica – Conselheira **Juliana Santorum** e conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**, membros do GT, fizeram informe sobre atividade do GT no Congresso da ABRASCO e apresentaram os encaminhamentos oriundos da atividade. **Encaminhamentos:** a) construir documento para ser apreciado pelo Pleno do CNS; b) pautar debate sobre revisão da Política da Atenção Básica na próxima reunião do CNS (disponibilizar, com antecedência, o documento que está em debate. Na pauta, convidar representante da gestão e do GT. Não aprovar a revisão da Política antes do debate no CNS); c) garantir a participação de um membro do GT do CNS de Atenção Básica na câmara técnica que está formulando a revisão; e d) antes da próxima reunião do Pleno, realizar reunião do GT para consolidar as contribuições ao processo de revisão. **Deliberação: aprovados os encaminhamentos sugeridos pelo GT.** Conselheiro **Aníbal Machado** fez registro sobre o Dia dos assistentes sociais – 15 de maio – e parabenizou esses profissionais. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, o Presidente do CNS encerrou a 293ª Reunião Ordinária do CNS, agradecendo a presença de todos. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de reunião: Titulares – **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Juliana Acosta Santorum**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores –

2783 CONAM; e **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes –*  
2784 **Alexandre Fonseca Santos**, Ministério da Saúde; **Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega**,  
2785 Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira  
2786 Superando o Lúpus; **Anderson Antônio Monteiro Mendes**, União Nacional das Instituições de  
2787 Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Antonio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde (MS); **Clarice**  
2788 **Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos  
2789 Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos  
2790 Estudantes de Medicina – DENEM; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de  
2791 Fonoaudiologia – CFFa; **Elcyana Bezerra de Carvalho**, Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAz;  
2792 **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB;  
2793 **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Geraldo**  
2794 **Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gilene José dos**  
2795 **Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi;  
2796 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone**  
2797 **Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,  
2798 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação  
2799 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional de  
2800 População de Rua – MNPR; José Felipe dos Santos, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY;  
2801 **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos  
2802 em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Karla Larica Wanderley**, Ministério  
2803 da Saúde; **Madalena Margarida da Silva**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Marco Aurelio**  
2804 **Antas Torronteguy**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Maria Angélica**  
2805 **Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças**  
2806 **Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Paula Johns**, Associação de  
2807 Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do  
2808 Tabagismo; **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho**, Ministério da Saúde; **Shirley Marshal Diaz**  
2809 **Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Tathiane Aquino de Araújo**, Rede Nacional de  
2810 Pessoas Trans- Rede Trans Brasi; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.