



**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 “Omlton 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 **Arlson 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.** Seguindo, 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 **Arlson 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; Geordecio 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 **Moisés Toniolo**. **c)** Comitê Intersetorial de Políticas Públicas para

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

179 ativa (10 a 49 anos) está coberta. Em 2015, foram distribuídos 552.343.753 preservativos masculinos e  
180 22.310.800 preservativos femininos. Também mostrou a Agenda “Proteger e Cuidar de Adolescentes  
181 em 2017”, destacando os materiais. Detalhou a estratégia pré-natal ao parceiro, destacando as  
182 seguintes ações: ofertar uma consulta com exames de rotina no pré-natal da parceira, envolver os  
183 homens no processo de planejamento reprodutivo, gestação, parto, puerpério e cuidados com o  
184 desenvolvimento da criança e promover o autocuidado do homem, reduzir a morbimortalidade  
185 masculina, melhorar o vínculo entre mulheres, homens e filhos. Mostrou os resultados da Pesquisa  
186 Nacional de Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado, que realizou 7.584 entrevistas, com o objetivo  
187 de avaliar acesso e acolhimento dos homens nos serviços públicos de saúde/2014: mais de 1/3 dos  
188 homens não costumam ir aos serviços de saúde; cerca de 1/3 dos homens nunca recebeu orientação  
189 sobre planejamento reprodutivo; 1 de cada 4 homens pesquisados não acompanhou a sua parceira nas  
190 consultas de pré-natal; dos homens que acompanharam sua parceira, a maioria informou que o  
191 profissional de saúde orientou apenas a gestante; de 4 em cada 5 homens que acompanharam a sua  
192 parceira relataram que o profissional de saúde não solicitou exames de rotina para ele; e os poucos que  
193 disseram ter realizado exames, o mais solicitado foi o HIV. No que diz respeito à Atenção Básica, Pré-  
194 Natal, Planejamento Reprodutivo, acompanhamento do Desenvolvimento Infantil, destacou: 6 milhões  
195 de cadernetas da gestante (2015/2016) e 3,2 milhões de cadernetas da criança distribuídas para todo  
196 o país (2015); repasse de recursos financeiros para ampliação dos exames de pré-natal; distribuição e  
197 capacitação de equipes para realização de teste rápido de gravidez, HIV e Sífilis; publicação de  
198 protocolo de Saúde da Mulher na Atenção Básica; EAD com UNASUS para implementação do  
199 Protocolo de Saúde das Mulheres na AB (Enfermeiros - inscrição até 30.05); EAD Política de Atenção  
200 Integral à Saúde das Mulheres com a UFSC (inscrições a partir de agosto); e ampliação da oferta do  
201 DIU de cobre 380. Acerca da atenção ao parto e nascimento, citou as ações: elaboração de protocolo  
202 de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia e capacitação de 100 serviços em 23 UF (AM,  
203 MT, GO e SC em pactuação); publicação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e à  
204 Cesariana - consenso nacional com entidades de classe e movimentos de mulheres; realização de  
205 Seminários sobre Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, com participação de 77 serviços,  
206 totalizando 540 profissionais de saúde; apoio institucional pelo MS a 70 maternidades prioritárias da  
207 Rede Cegonha, com elaboração e acompanhamento de Planos de Ação para mudanças de práticas  
208 obstétricas e neonatais - 246 maternidades avaliadas *in loco* (2013/2014) e 630 maternidades em  
209 avaliação *in loco* com observação de ambiência, realização de entrevistas com puérperas, gestores e  
210 trabalhadores (2016/2017). Sobre os processos formativos, destacou as ações: 710 enfermeiras  
211 obstétricas formadas em cursos de residência e especialização e 463 em formação; 292 enfermeiras  
212 obstétricas participantes de curso de aprimoramento (curta duração); onze turmas do Curso de  
213 urgências e emergências obstétricas com participação de 440 profissionais de saúde (médicos e  
214 enfermeiros); dezessete turmas de Curso ALSO – Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia - 550  
215 (médicos e enfermeiros); 400 vagas para aprimoramento em segurança do paciente nas maternidades  
216 /ENSP (início em agosto); 856 Kits de parteiras tradicionais/oficinas de troca de saberes; 2017 – início  
217 do projeto para mudança do ensino em obstetrícia em 87 hospitais universitários e de ensino; e Saúde  
218 da Mulher Indígena em Perspectiva Antropológica: 34 DSEI e 244 profissionais. Comentou a razão de  
219 Morte Materna no Brasil, explicando que não foi possível desenvolver objetivo do milênio – Mortalidade  
220 Materna – por causas específicas: hipertensão; hemorragia Infecção Perinatal abortos Causas  
221 obstétricas indiretas. Por outro lado, destacou a queda, pela primeira vez, da taxa de cesarianas no  
222 país. Detalhou outras ações: Projeto Parto Adequado - mudança do modelo de atenção ao parto e  
223 nascimento na saúde suplementar onde as taxas de cesariana são maiores (84%). Fase 1: 31 hospitais  
224 privados e 4 hospitais públicos (finalizada, com resultados positivos em relação à redução de  
225 cesarianas desnecessárias e internação de RN em UTI). Fase 2: 150 hospitais (125 privados e 25 do  
226 SUS). Iniciada em abril de 2017; Projeto Zero Morte Materna por Hemorragia/OPAS em 8 estados  
227 prioritários, com inclusão do traje anti-choque, especialmente em áreas remotas: compra e distribuição  
228 de material para AMIU para 178 maternidades e de misoprostol, para 1.243 maternidades;  
229 fortalecimento das ações em SSSR com o UNFPA/Brasil; e implementação do Plano Estratégico para  
230 apoio aos estados e municípios no enfrentamento ao ZIKA vírus em 4 eixos: Saúde Sexual e Saúde  
231 Reprodutiva; atenção às crianças; apoio psicossocial às famílias; capacitação permanente (ex.  
232 incorporação de mais um ultrassom na 30ª semana de gravidez voltado as mulheres que referiram ter  
233 tido zika). Concluída a exposição, foi aberta a palavra para manifestações. Conselheira **Carmem Lúcia**  
234 **Luiz** falou sobre a situação das doulas, que desempenham importante trabalho, mas não são  
235 reconhecidas como profissionais de saúde e perguntou se há proposta de incluir como profissão  
236 necessária nas maternidades. Além disso, explicou que a doula é vista como acompanhamento na hora  
237 do parto, assim, é proibida a entrada de outro acompanhante. Também perguntou qual é a estratégia  
238 para superação das taxas de cesáreas desnecessárias no país. Por fim, salientou que a maior parte  
239 das mulheres não conhece os hospitais da rede que realizam aborto nos casos previstos em lei e  
240 perguntou o que fazer para divulgação desse serviço. Conselheiro **Arlison Cardoso da Silva**

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

64% de regiões, sendo 329 com recursos de qualificação da assistência do auto risco; o Ministério da Saúde recebeu conjunto de planos de ação do Estado do Rio Grande do Sul que foram devolvidos ao grupo condutor para complementar informações e outros Estados não enviaram planos por conta dos vazios assistenciais; **g)** o desafio da saúde sexual e reprodutiva não é específico da mulher e não se resume a planejamento familiar - informativos, oficinas, atualização dos protocolos para oferta dos métodos contraceptivos; **h)** serão realizadas visitas técnicas *in loco* nas maternidades com percentual acima de 50% para concluir o processo e habilitar os serviços; **i)** processo Ead – disponibilizará informativo; **j)** Centros de partos normais – 30 centros implantados (meta: 120), portanto, é preciso intensificar ações especialmente com CONASS e CONASEMS; **k)** Ouvidoria: disponibilizará o relatório das auditorias; **l)** população de rua: preocupação com a medida do Ministério Público de Minas Gerais, por entender que não é a mais adequada; foi solicitada nova audiência para tratar do tema; serão intensificadas as reuniões do fórum perinatal de Belo Horizonte para tentar reverter a decisão; e **m)** a humanização é base da Rede Cegonha. Após esse retorno, a mesa passou aos encaminhamentos.

**Deliberação: solicitar à área técnica que encaminhe à Secretaria Executiva do CNS o relatório com resultado da pesquisa telefônica anual com mulheres que tiveram parto/SUS, realizada em 2016 (119 maternidades auditadas) para envio à CISMU/CNS para análise.** Em seguida, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DAS MULHERES - Eixo 1: O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres.** *Apresentação:* **Emília Fernandes**, Primeira Secretária de Políticas para as Mulheres - SPM e Presidente do Fórum de Mulheres do Mercosul/Brasil; e **Jacira da Silva**, Coordenadora do Movimento Negro Unificado do Distrito Federal - MNU/DF. *Coordenação:* conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, coordenadora da CISMU. Iniciando, conselheira **Carmem Lúcia Luiz** falou da trajetória de luta das duas convidadas para debater o eixo 1 da Conferência. A Coordenadora do Movimento Negro Unificado do Distrito Federal - MNU/DF, **Jacira da Silva**, iniciou agradecendo o convite e saudando o Conselho pelo compromisso na luta por garantir políticas essenciais à saúde das pessoas, entre elas, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra. No contexto atual, disse que é preciso ter atenção ao projeto político de retrocessos – reforma da previdência, reforma trabalhista. Nas frentes de batalha, ressaltou que o combate ao racismo institucional, por vezes invisibilizado, precisa ser pauta permanente e a questão racial, que é transversal, precisa estar contemplada nos debates das políticas. Lembrou que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra prevê comitês técnicos e o Conselho precisa colocar em pauta o papel fiscalizador das políticas, verificando, inclusive, como está a implantação dessas instâncias. Também disse que é preciso reconhecer as especificidades das mulheres negras – anemia falciforme, hipertensão e outras características dessa população – para definir ações específicas e qualificar a formação profissional para atendimento a essa população. Lembrou que as mulheres negras são e foram vítimas do abortamento desde o processo escravocrata, tendo sido usadas pelos opressores e ponderou que esse processo não acabou. Também destacou o genocídio da juventude negra, em que os jovens são executados pela violência racial. Sobre a reforma trabalhista proposta pelo governo, avaliou que ameaça os poucos direitos já conquistados e é preciso lutar contra essa iniciativa. Finalizou salientando que a 2ª CNSMu é um espaço fundamental para reforçar a Política de Saúde das Mulheres e todos devem contribuir com o debate. Em seguida, expôs a primeira Secretária de Políticas para as Mulheres - SPM e Presidente do Fórum de Mulheres do Mercosul/Brasil, **Emília Fernandes**, que iniciou a sua manifestando satisfação por participar desse debate e poder aprender com o CNS. Salientou que o Brasil possui marcos legais na sua história de luta da população brasileira e dos governos e destacou, entre eles: luta pela redemocratização, luta dos movimentos populares (surgimento do programa de saúde da mulher: 83); realização da I Conferência Nacional de Saúde da Mulher; e Constituição Federal (88). Avaliou que o país atravessa grave crise política, econômica, social, com desaceleração do crescimento, aumento do desemprego, ameaça à soberania nacional, tentativas de retroceder nos direitos já conquistados. Ponderou que há grandes questões a serem feitas, mas o Parlamento está profundamente desacreditado pela forma como vem agindo. Pontou que as mulheres são protagonistas das conferências, com propriedade para debater diversos temas como pobreza, direitos, sindicalismo, educação, saúde, violência, direitos humanos, política (apenas 10% de mulheres no parlamento). Além disso, as mulheres desejam debater: reforma agrária; alimentação saudável; mundo trabalho; direitos sexuais e reprodutivos. Frisou que as mulheres avançaram na luta social e de direito, mas por outro lado, enfrentam o avanço do conservadorismo, do machismo, do preconceito e da defesa de estado mínimo. Salientou ainda que se observa no país retrocesso nos espaços institucionais de políticas públicas e participação popular. Avaliou que é preciso análise mais ampla da situação do Brasil em um contexto social em que se acentua a crise do capitalismo, com retirada de direitos e educação e saúde vistas como mercadoria. Frisou que a crise internacional, iniciada nos Estados Unidos, chegou até a América Latina, assim, vive-se desmonte de programas e projetos. Trata-se de um momento delicado 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 seguridade, 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 **Jupiara 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 Emília 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

assegurar no orçamento recursos para realização de conferências temáticas – promoção da igualdade racial, de comunicação – e essas conferências devem dialogar entre si. A Primeira Secretária de Políticas para as Mulheres - SPM e Presidente do Fórum de Mulheres do Mercosul/Brasil, **Emília Fernandes**, agradeceu as palavras de apoio e carinho e nas respostas às intervenções pontuou as seguintes questões: neste momento, o jogo de forças do retrocesso está na pauta, assim, é preciso resistir na luta e na resistência; é preciso fortalecer o SUS e lutar por mais recursos para o Sistema – alternativas: taxação das fortunas, das heranças; na onda de combate à corrupção, os conservadores crescem, os homofóbicos ganham força e há crescimento do feminicídio e da violência; é preciso definir legislação mais específica para combater a discriminação e a violência contra homossexuais; não é possível falar em desenvolvimento sócio ambiental sem combater a extrema pobreza; o CNS deve envolver-se no processo de preparação da Conferência Mundial da Água, prevista para 2018; a luta dos povos indígenas vem desde o “descobrimento” do Brasil e é preciso ter atenção aos ataques a esses povos; repúdio a iniciativas como escola sem partido e exclusão da filosofia nas escolas; Estado brasileiro é laico e o respeito a todas as religiões é essencial; homens precisam envolver-se nos debates sobre as mulheres; e o CNS é um espaço de denúncia contra os retrocessos e de resistência na defesa do SUS. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** frisou que o papel do controle social é denunciar os retrocessos propostos e resistir pela manutenção dos direitos conquistados. Também fez um destaque ao racismo interpessoal que reforça as desigualdades colocadas às mulheres negras. Dos agravos que acometem as mulheres, destacou o câncer e o sofrimento mental dado pela condição social imposta às mulheres, especialmente as negras. Finalizou agradecendo as duas expositoras pelas falas e destacando que “vidas negras importam sim e muito”. Na sequência, explicou que foi proposta resolução sobre a participação de participantes livres seja aplicada à 1ª CNSV, porque as etapas não tiveram início. No caso da 2ª CNSMu, cujas etapas já iniciaram, a proposta é aprovar critérios para participação das (os) Participantes Livres na etapa nacional. Nos termos da proposta, a Comissão Nacional Organizadora da 2ª CNSMu acompanhará o preenchimento das 75 (setenta e cinco) vagas dispostas no artigo 4º da Resolução nº 538, de 10 de novembro de 2016, considerando os seguintes critérios: As pessoas indicadas para participar como Participante Livre da Etapa Nacional da 2ª CNSMu deverão obrigatoriamente ter participado de pelo menos uma Conferência Livre. As Conferências Livres poderão indicar até o limite previsto no artigo 4º da Resolução nº 538, de 10 de novembro de 2016 (75 participantes), para a Etapa Nacional da 2ª CNSMu, sendo pelo menos 60% de mulheres, respeitando a diversidade dos segmentos e as regiões. A organização da Conferência Livre deverá promover a inscrição de suas/seus participantes para a etapa nacional da 2ª CNSMu, preenchendo o formulário de inscrição e enviando a lista de presença dos participantes, para que a Comissão Organizadora possa, respeitando o critério acima, definir a participação na etapa nacional. A organização das Conferências Livres deverá comunicar a realização da mesma à Comissão de Organizadora Nacional da 2ª CNSMu. Se possível a Comissão de Organizadora Nacional da 2ª CNSMu indicará uma representante para participar dos debates da conferência livre. O credenciamento das (os) Participantes Indicadas (os) nas Conferências Livres será realizado no dia 17 de agosto de 2017, de 12 horas às 18 horas, e no dia 18 de agosto de 2017, de 9 horas às 12 horas. A atuação das (os) Participantes Indicadas (os) nas Conferências Livres, para a Etapa Nacional da 2ª CNSMu terá direito a voz, da mesma forma que as (os) convidadas, conforme disposto no Regimento, no Documento Metodológico e no Regulamento da 2ª CNSMu. As (Os) Participantes Indicadas (os) nas Conferências Livres terão suas despesas com hospedagem e alimentação no local do evento, e traslado em Brasília, custeadas pelo Ministério da Saúde. Não cabe ao Ministério da Saúde ou ao Conselho Nacional de Saúde qualquer responsabilidade por seus gastos com transporte de sua cidade de origem a Brasília. Não havendo manifestações, a coordenadora da mesa colocou em aprovação a proposta.

**Deliberação: aprovados, com uma abstenção, os critérios para participação dos participantes livres na etapa nacional da 2ª CNSMu.** Após essa votação, conselheira **Carmem Lúcia Luiz** deixou a mesa e a conselheira **Francisca Valda Rego** continuou submetendo à apreciação do Pleno a resolução que aprova, em caráter definitivo, o Regulamento da Etapa Nacional da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, nos termos do Anexo I. Considerando que o texto havia sido distribuído aos conselheiros, consultou o Plenário se poderia ser feita a leitura apenas da parte inicial da resolução, sem o anexo. O Plenário acatou a proposta. Concluída a leitura, colocou em votação a resolução. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a resolução do CNS que aprova, em caráter definitivo, o Regulamento da Etapa Nacional da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres.** O texto da resolução é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua xxxxxx Reunião Ordinária, realizada nos dias x e x de xxxx de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 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, e Considerando o disposto no inciso II, alínea “a” do artigo 19 e §1º do artigo 27 da Resolução CNS nº 537, de 19 de setembro de 2016, que determinou que a proposta de Regulamento da Etapa Nacional fosse elaborada pela comissão organizadora e submetida à consulta virtual por um período de 30 dias; Considerando o



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

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

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

cabendo recurso à Plenária da 2ª CNSMu.” **ITEM 5 – 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA EM SAÚDE** - *Coordenação:* conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* conselheiro **Fernando Pigatto**, coordenador adjunto da 1ª CNVS; e conselheiro **Guilherme Franco Netto**, integrante da Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CNVS. Inicialmente, o coordenador adjunto da 1ª 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 1ª CNVS, conselheiro **Guilherme Franco Netto**, apresentou a minuta do documento orientador da 1ª 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 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, apontaram a necessidade da realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª 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 284ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 18 e 19 de agosto de 2016, por meio da Resolução n. 535, aprovou o Regimento da 1ª 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 1ª 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 1ª CNVS será elaborado com base no eixo principal e nos subeixos temáticos, considerando as deliberações da 15ª 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 reduzam 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 a 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 a 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

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

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



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

maior acidente ambiental da nossa história, tendo como epicentro a ruptura dos tanques de contenção de lixo tóxico da extração mineral no Município de Mariana – MG, e que se expandiu por cerca de 800 quilômetros ao longo do Rio Doce, até alcançar o Oceano Atlântico, afetando a vida de milhões de pessoas e poluindo o meio ambiente, não é uma mera casualidade. Ele expressa, como tantos outros exemplos, a forma irresponsável e insustentável de como o capital, com a conivência do Estado, se apropria violentamente dos recursos naturais, dos meios de produção e do trabalho alheio para alimentar o ciclo de concentração da riqueza. No Brasil, país continental que jamais realizou a reforma agrária, a história do campo é marcada pela permanente disputa pela terra. Os conflitos pelo direito à terra representam uma ameaça permanente à vida das populações tradicionais. São hediondas e inaceitáveis as recentes agressões às liberdades e aos direitos humanos, tais como os massacres de trabalhadores rurais em Colniza, no Mato Grosso e de indígenas da etnia Gamela, no Maranhão. Hoje, a grande maioria das terras produtivas brasileiras pertence aos donos de grandes propriedades onde ocorrem extensivos e intensivos processos produtivos baseados no monocultivo, principalmente da soja, algodão e milho. Para assegurar maior rentabilidade, estes processos produtivos utilizam sementes geneticamente modificadas para que as plantações tenham maior probabilidade de resistir às intempéries; estas modificações genéticas são moduladas de forma que as plantas sejam resistentes aos agrotóxicos que atuam no controle de pragas, como é o caso do glifosato. O Brasil está entre os três países de maior produção de alimentos transgênicos e é o maior mercado de agrotóxicos do mundo. O impacto das combinações da contaminação ambiental e da exposição de trabalhadores rurais e de seus familiares é altíssimo e não adequadamente mensurado. A tentativa de desregulamentação do uso de agrotóxicos é um grave risco sanitário para toda a população brasileira. A indústria pecuária, também realizada em propriedades privadas de grandes extensões, promove consumo de recursos naturais e danos ambientais em grande escala. A utilização disseminada de antibióticos e hormônios para o desenvolvimento dos animais contribuem com a insegurança alimentar. O surgimento da indústria alimentar e o consumo excessivo de produtos processados, mediados pela publicidade e ideologia consumista resultam numa transição nutricional caracterizada por uma dieta extremamente calórica, rica em açúcares e gorduras, e insatisfatória quanto ao aporte nutricional. O surgimento e/ou agravamento de patologias como desnutrição, dislipidemias, obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis estão intimamente ligadas a tais mudanças na alimentação das coletividades e dos indivíduos. A eliminação da fome alcançou enorme progresso nos anos recentes devido a políticas sociais compensatórias, em especial o Programa Bolsa Família. Entretanto, segue ainda enquanto um grande desafio da sociedade brasileira, com o registro de sete milhões de vítimas. Cabe à Vigilância em Saúde examinar as condições de vida e saúde das populações para organizar intervenções nos seus respectivos territórios. A ação da Vigilância em Saúde deve incidir sobre diversos planos: 1. Nas políticas e mecanismos regulatórios de todos os setores econômicos, sociais e ambientais que tenham relação com a saúde; 2. Na rede de atenção à saúde, considerando todos os seus dispositivos; 3. Junto à sociedade, integrada aos territórios. A complexidade da realidade brasileira impõe que a Vigilância em Saúde se oriente de forma universal, integrada, participativa e territorial, tendo como protagonistas a sociedade e os trabalhadores da vigilância. A Vigilância em Saúde necessita conceber um sistema de informação estruturado a partir das dinâmicas de produção, consumo e formas de viver das comunidades nos territórios. Territórios estes não fixos, que possibilitem o exame da saúde para além da lógica dos pontos de atenção da rede de saúde e que se integre aos valores e percepções materiais e imateriais das comunidades. A Conferência Nacional de Vigilância em Saúde está inspirada nos valores de democracia, justiça e solidariedade, reafirmando o compromisso com a efetiva garantia do direito à saúde e com o desafio da construção de um Sistema Único de Saúde – SUS, universal, público e de qualidade. As etapas municipal, estadual e nacional da Conferência Nacional de Vigilância em Saúde devem levar em consideração o cenário de determinação social da saúde em seus respectivos territórios mediado pela atual conjuntura política por que passa o país. Democracia é saúde. Saúde é democracia. Perguntas: Quais as características da determinação da saúde no território correspondente a esta etapa da 1ª CNVS - O que promove e o que ameaça a saúde? Identifique até 3 problemas de grande impacto à saúde registrados no território correspondente a esta etapa da 1ª CNVS: a) Como o impacto se distribuiu entre os diversos grupos da população? b) Como a sociedade reagiu? c) Como atuou a Vigilância em Saúde com os demais setores? d) Como atuou a Vigilância em Saúde na Rede de Atenção à Saúde? e) Como a Vigilância em Saúde interagiu com a Sociedade?" Na sequência, apresentou textos, em construção, sobre os quatro subeixos: Subeixo 1 – Lugar da Vigilância em Saúde no SUS. Tópico: Garantia de acesso. Pergunta: Como o SUS disponibiliza o acesso à vigilância em saúde? Esse acesso se dá através de todos os níveis de atenção à saúde no SUS?. Tópico: Modelo de atenção. Perguntas: Em que medida tem ocorrido o processo de integração entre a vigilância em saúde e as demais áreas de atenção à saúde? Quais são os problemas e desafios que dificultam/impedem a concretização dessa orientação estratégica?; e Que estratégias podem ser desenvolvidas para efetivar a ação da vigilância em saúde como parte integrante 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, palestras, 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 a 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 1ª 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 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. O texto é o seguinte: “Resolução n.º 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 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 Portaria n.º 1.017, de 11 de maio de 2016, que convocou a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde; considerando a Resolução CNS nº 535, de 19 de agosto de 2016, que aprovou o Regimento da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS); considerando a possibilidade de organização das conferências livres pelos movimentos sociais e entidades previstos no artigo 12 da Resolução CNS n.º 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.º 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.º 407, de 12 de setembro de 2008). Resolve: Aprovar, as regras de realização das Conferências Livres, para a Etapa Nacional da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, nos termos do Anexo a esta Resolução. ANEXO: Conferência Livre para a Etapa Nacional da 1ª 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 1ª 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 1ª CNVS, disposto na Resolução nº 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 1ª CNVS, com antecedência mínima de 20 (vinte) dias. Parágrafo único. A Comissão de Organização Nacional da 1ª 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 1ª CNVS, até o limite previsto no artigo 3º da Resolução CNS nº 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 1ª 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 1ª 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 1ª CNVS acompanhará o preenchimento das 75 (setenta e cinco) vagas dispostas no artigo 3º da Resolução CNS nº 539, de 09 de dezembro de 2016. **DO**

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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 promoverem 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 confidenciais 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 agravamento 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 nº 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 subtema 3, que dispõem sobre a efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas

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

1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece a saúde como um direito fundamental do ser humano, que apresenta como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, o trabalho, a renda, a educação e o acesso aos bens e serviços essenciais, e que é dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício sob as diretrizes: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; considerando a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências; considerando o Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei n.º 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o Programa “Farmácia Popular do Brasil”, que visa à disponibilização de medicamentos, em municípios e regiões do território nacional; considerando que o Governo Federal não financiará as unidades próprias do Programa Farmácia Popular e que as unidades não mais receberão verbas da União a partir de maio e que caso os municípios optem pela manutenção das unidades, deverão arcar com os custos; considerando que o Programa “Farmácia Popular do Brasil” garantia a distribuição gratuita ou com até 90% de desconto de 112 medicamentos de uso contínuo para doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e anemia; considerando que o fechamento das unidades próprias visa restringir os recursos e reduzir a participação do sistema público de saúde de modo a privilegiar os interesses do setor privado; considerando que a desativação das unidades próprias da Farmácias Popular afetará duramente a população em situação de vulnerabilidade social; considerando que as unidades próprias da Farmácias Popular estão localizadas distantes dos bairros mais pobres, com isso, os moradores serão prejudicados, pois as particulares não estão nessas localidades; considerando que as pequenas farmácias de bairro, não dispõe da melhor estrutura para atender os usuários, e que o Governo Federal não apresenta estudo que justifique seu projeto e que demonstre os benefícios à população; 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).

**Recomenda:** Ao Ministério da Saúde que interrompa qualquer processo de desmonte do Programa Farmácia Popular, em especial da modalidade rede própria, e amplie o debate com o controle social no sentido de assegurar a manutenção do Programa e a garantia de amplo acesso à integralidade da assistência. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017.” **Deliberação: aprovada a recomendação com três votos contrários.** Seguindo, conselheiro **Geraldo Adão Santos** fez a leitura da segunda minuta de recomendação, elaborada pela Comissão. O texto é o seguinte: “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, 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 Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), e estabelece a saúde como um direito fundamental do ser humano, que apresenta como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, o trabalho, a renda, a educação e o acesso aos bens e serviços essenciais, e que é dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício sob as diretrizes: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; considerando o disposto no conjunto das normativas brasileiras referentes aos Direitos das Pessoas Idosas em especial o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003); a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994); a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/2006) e o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo (Decreto nº 8114/2013); considerando as garantias proferidas pela Convenção Interamericana dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa no âmbito da Organização dos Estados Americanos (OEA); considerando o acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica em curso na sociedade brasileira; considerando o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 2015, que recomenda aos países membros que melhorem os desenhos de seus sistemas de saúde para que atendam às necessidades de saúde das pessoas idosas, adaptando seus sistemas de informação para que reúnam, analisem e publiquem dados sobre a capacidade funcional da pessoa idosa; considerando o reconhecimento da pessoa idosa como usuário “sócio sanitário” do SUS, ou seja, que as ações de cuidado devem ser articuladas com outras políticas públicas em especial, com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS); considerando a necessidade de organização da rede de atenção à saúde da pessoa idosa APS, conforme a Portaria GM 2.528/2006, bem como a garantia do acesso aos diferentes pontos de atenção especializados e a continuidade do cuidado; considerando a necessidade de implementação de um modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa, a partir da implantação de novas ferramentas de promoção do envelhecimento saudável, da atenção à saúde e do



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

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

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

Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de 2017.”

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

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