



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos oito e nove dias do mês de junho 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 Quarta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A mesa de abertura foi composta pelo conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS e pela conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do CNS. Estabelecido o quórum, o Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos, 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 o item do Radar; **3)** Apreciar e deliberar sobre o Documento Orientador da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde; **4)** Apreciar e debater sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento – COFIN; **5)** Apreciar e debater o tema Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Área da Saúde; e **6)** Apresentar as contribuições do Grupo de Trabalho (GT/CNS) sobre a Política Nacional de Atenção Básica. Na sequência, procedeu à pauta da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DAS ATAS 287ª E 293ª DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 294ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – Apresentada a pauta, foram feitas as seguintes considerações: recurso do Fórum de Usuários solicitando a rediscussão da Recomendação do CNS, aprovada na última reunião, que solicita a revogação da Portaria SAS/MS nº 1.482/2016, tendo em vista que esta Portaria não trata apenas de comunidades terapêuticas; e proposta da Mesa Diretora do CNS de nova dinâmica para reunião, a fim de dar maior agilidade aos debates: inscrições durante as exposições. **Deliberação: aprovada a pauta da 294ª Reunião Ordinária do CNS, com os adendos feitos. A respeito da recomendação, acordou-se que seria reformulada e apresentada no item das comissões, para apreciação e deliberação.** Em seguida, o Presidente do CNS colocou em apreciação as atas da 287ª e 293ª Reuniões Ordinárias do CNS. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** interveio para solicitar que não haja mais atraso na feitura e envio das atas das reuniões porque a demora prejudica o processo de análise e aprovação. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** reiterou o esforço da Secretaria Executiva do CNS e da Mesa Diretora para atualizar as atas atrasadas e evitar novos atrasos, destacando, inclusive, que a ata da última reunião foi elaborada em tempo e estava sendo apreciada naquele momento. Também salientou que convites para participar de pontos de pauta devem ser encaminhados com antecedência, possibilitando às pessoas convidadas programar-se para participar. Por fim, explicou que a Portaria nº 1482/2016 inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. **Deliberação: aprovadas as atas da 287ª e 293ª Reuniões Ordinárias do CNS com uma abstenção.** **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 **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. **Justificativa de ausências** – justificaram os seguintes conselheiros e conselheiras titulares: **Francisca Valda da Silva; João Paulo dos Reis Neto, José Fernando Uchoa; José Vanilson Torres da Silva, Lenir Santos; Maria Zenó Soares da Silva, Nelcy Ferreira da Silva; e Ricardo José Magalhães Barros.** **Apresentação de Convidados (as), Novos (as) Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde** – novos conselheiros: **Heleno Rodrigues Ferreira Filho**, representante do CEBES; **Wilson Ramos Bessa Júnior**, ONEDEF; **Analice Dantas Santos**, representante do CFESS; e **Igor Ferreira de Brito.** **Coordenadores (as) de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde:** **Américo de Jesus Soares de Araújo; Palmira Aparecida S. Rangel; Nancy Rodrigues dos Santos; Rocildo Machado Araújo; Venerando Lemes de Jesus; e Etieno Sousa.** **Informes** – Conselheiro **Moysés Toniolo** fez informe sobre os seguintes documentos da Articulação Nacional de AIDS - ANAIDS: **a)** denúncia de falta de preservativo e kits de teste rápido para detecção do HIV – preocupação com a forma como vem

ocorrendo. No dia seguinte seria realizada reunião do movimento social com a área técnica do MS para tratar do tema; **b)** Nota técnica nº. 119/2017 do Departamento de HIV/AIDS e Hepatites virais - preocupação com a nota porque quebra a integralidade e acesso universal das pessoas vivendo com AIDS aos exames de carga viral; **c)** Nota do Fórum de ONG Aids em apoio à notificação compulsória das comorbidades HIV e hepatites virais; e **d)** falta de medicamentos antirretrovirais para pacientes com AIDS no Brasil – forma de cumprir metas e conter a epidemiologia. **2)** Conselheira **Analice Dantas Santos** fez um informe sobre a exoneração da Superintendente do hospital universitário da UFAL, Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi do cargo de superintendente do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA-UFAL), à revelia de sua reitora, Profa. Maria Valéria Costa Correia. Salientou que esse ato ocorreu sem possibilidade de contraditório e ampla defesa e foi motivado pela participação da superintendente em audiência em que colocou posição a respeito da EBSERH. Disse que o Conselho de Saúde de Alagoas aprovou nota contra a exoneração e várias entidades manifestaram-se solicitando a revogação da Portaria. Como proposta, sugeriu que o Plenário também aprovasse recomendação solicitando a revogação da Portaria. A esse respeito, acordou-se que a proposta seria elaborada e apresentada posteriormente. **Indicação - 1)** 4º Encontro Ministério Público e Movimentos Sociais. Data: 5 a 9 de junho de 2017. Horário: 10h às 17h. Participação do CNS: 8 de junho – Direito à Saúde. Local: Brasília-DF. Os (as) indicados (as) já devem estar em Brasília-DF na data da atividade, devido à proximidade e ausência de prazo para emissão de passagens e diárias. **Indicações: Carolina Abad, Shirley Marshal Diaz Morales; Priscilla Viegas Barreto de Oliveira e Denise Torreão Corrêa da Silva.** **2)** Seminário “Educação, saúde, informação, cultura, esporte, comunicação e trabalho: meios para o protagonismo e o empoderamento da pessoa com deficiência visual”. Local: Campo Grande – MS. Data: 20 a 22 de julho de 2017. **Indicação:** conselheiro **Antônio Muniz.** **3)** Definição de nomes para coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS/CNS. O Plenário decidiu tratar desse ponto no item 8 da pauta. **ITEM 3 – FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE - Educação a Distância - EaD. Residência Médica e Multiprofissional - Apresentação:** conselheira **Francisca Rêgo Oliveira**, integrante do GT de Diretrizes Curriculares da Saúde e representante da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; conselheiro **Danilo Aquino Amorim**, representante da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Denilson Campello dos Santos**, diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde – DEPREPS/SGTES/MS; **Fábio de Abreu Lima**, assessor da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde – DDES/SESU/MEC; **Rita Sales**, Coordenação Geral de Ações Pedagógicas/DEPREPS/SGTES/MS; e **Bruna Borges**, Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Coordenação:** conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do CNS. Enquanto se aguardava a presença dos convidados, foram feitos informes gerais acerca da temática. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira**, representante da ABENFISIO, informou o Pleno sobre a reunião ampliada da CIRHRT/CNS, realizada no dia 2 de junho de 2017, com a presença dos conselhos de classe das quatorze profissões da área da saúde, entidades nacionais de ensino, federações de ensino, estudantes. Explicou que foi elaborado documento que subsidiou os debates e, como encaminhamento, foi definido que os presentes contribuiriam com a elaboração do documento orientador e que seria produzida minuta de resolução com competências e habilidades gerais das profissões da saúde. Também apontou a necessidade de ampliar o trabalho e as estruturas físicas da CIRHRT e, nessa linha, falou sobre a proposta de criação de câmara técnica na Comissão para auxiliar no processo de elaboração de pareceres relativos aos processos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, salientou que o CNS tem envidado esforços para executar as suas delegações legais. Nesse sentido, lembrou que o Pleno do CNS posicionou-se contra a autorização de todo e qualquer curso de graduação da saúde, ministrado na modalidade de Educação a Distância - EAD, por meio da Resolução nº. 515/16. Além disso, esse dispositivo do Conselho determina, no caso do disposto na Portaria nº 4.059/04, observar que não sejam abrangidas nesta modalidade de ensino as disciplinas de caráter assistencial e de práticas que tratem do cuidado/atenção em saúde individual e coletiva. Além disso, que as DCNs da área de saúde fossem objeto de discussão e deliberação do CNS de forma sistematizada, dentro de um espaço de tempo adequado para permitir a participação. Resgatou ainda que o Conselho apontou a necessidade de emitir pareceres acerca dos demais cursos da área da saúde, além dos que já eram analisados - Psicologia, Odontologia, Medicina e Enfermagem (este último incorporado em 2016). Nessa linha, o CNS constituiu GT para debater as DCNs dos cursos da área da saúde. O Grupo iniciou o trabalho e, no decorrer do debate, surgiu a necessidade de construir diretriz geral comum a todas as profissões. Assim, o GT produziu documento provocador para orientar o debate e convocou conjunto das entidades para continuar as discussões a respeito dessa diretriz geral. Salientou ser fundamental que os conselheiros se apropriem deste debate do Grupo e contribuam. Ainda sobre cursos a distância, explicou que o posicionamento do CNS influenciou o processo de autorização desses cursos na área da saúde e menos vagas foram autorizadas. Todavia, no dia 25 de maio de 2017, foi publicado o Decreto Presidencial nº 9.057, que libera ensino a distância

para os cursos de graduação na área da saúde. Disse que o tema foi debatido na reunião do dia 2 de junho de 2017, com a presença de várias entidades, e foi reafirmado posicionamento do CNS (limite máximo de 20%). Na mesma linha, o senador Humberto Costa propôs decreto legislativo que susta os efeitos do Decreto nº 9.057/2017. Além disso, foi sugerido às entidades presentes à reunião do dia 2 de junho que realizassem atividade para mobilizar a opinião pública acerca da temática. Considerando a necessidade de ampliar a capacidade de análise e de produção da CIRHRT, disse que a proposta é estruturar câmara técnica, com a participação de entidades de ensino de educação das profissões, para analisar os processos de autorização para abertura, reconhecimento e renovação. Destacou, por exemplo, que até aquele dia setenta processos aguardavam análise e esse número aumentaria ainda mais com a incorporação de outras profissões da área da saúde. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira** explicou que a proposta é apreciar resolução instituindo câmara técnica no âmbito do Conselho. Conselheiro **Moysés Toniolo** informou a sua participação no seminário "Formação e Psicologia para quem? Possibilidades de Reforma Curricular na Bahia" (Região Sertão/Recôncavo), no dia 3 de junho de 2017, em Feira de Santana/BA. Na oportunidade, entregou documentos com posicionamento do CNS acerca das DCNs e educação a distância nos cursos de graduação da área da saúde. Salientou que, durante o evento, o Conselho Regional de Psicologia da Bahia denunciou a oferta de curso de graduação de Psicologia EAD (cursos "fantasmas") que conseguem certificação de entidades reconhecidas. Conselheiro **João Rodrigues Filho** lamentou que a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS não tenha sido convidada a participar da reunião que tratou das DCNs. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, concordou que a CNTS e a CNTSS deveriam ter sido convidadas para participar da reunião, todavia, ponderou que as discussões não se encerraram e o conjunto das demais entidades poderiam contribuir. Também salientou que o CNS precisa manifestar-se novamente sobre o tema, porque há elemento novo (decreto presidencial). O diretor do DEPREPS/SGTES/MS, **Denilson Campello dos Santos**, saudou os presentes e manifestou satisfação por participar deste debate no CNS. Falou da parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação no debate deste e de outros temas. A representante da Coordenação Geral de Ações Pedagógicas/DEPREPS/SGTES/MS, **Rita Sales**, solicitou que se aguardasse a presença da representação do MEC para iniciar a apresentação, que seria feita de forma conjunta. Acatada a solicitação, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira**, da ABENFISIO, fez suas considerações, enquanto se aguardava a presença da representação do MEC. Iniciou salientando que o CNS, por meio da Resolução nº. 515/16, posicionou-se contra a autorização de todo e qualquer curso de graduação da saúde, ministrado na modalidade de Educação a Distância - EAD. Ressaltou que, ao tratar de educação/formação para a área da saúde, é preciso levar em conta que a saúde lida com vidas, interferindo nas condições de saúde das pessoas. Disse que o Conselho deseja discutir a forma da educação a distância e hoje todos os cursos da área da saúde preveem até 20% desta modalidade. Frisou que o Conselho é extremamente responsável com este tema e está elaborando, por meio de suas comissões, nota acerca da temática. Frisou que a área da saúde não pode ser tratada como demais profissões na questão da educação a distância, uma vez que necessidade de olhar diferente, na lógica da equidade. Além disso, ao tratar da pessoa, é preciso garantir que as políticas de educação e saúde estejam integradas. Assim, é preciso assegurar rede interligada, nos três níveis de atenção, e considerar o sujeito que necessita de cuidado integral. Isto posto, lembrou que há legislações, mas essas por vezes não conversam com as questões que se deseja trazer. Destacou que o Decreto nº 9.057, de 25 de maio de 2017, que regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394/1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, trata todas as etapas da educação (fundamental, médio, superior) de forma igual. Lembrou que a Constituição Federal define que saúde é direitos de todos e dever do Estado e o CNS, enquanto órgão colegiado permanente e deliberativo, atua na formação e controle da execução da política nacional de saúde, bem como nas estratégias e aprovação do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito de setores públicos e privados. Acrescentou que o Art. 200 define que, ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde, bem como as mudanças na formação desses profissionais. Salientou que EAD é uma ferramenta importante na formação profissional em qualquer nível, mas não deve ser utilizada para a formação em saúde da mesma forma que as demais profissões. Também destacou que é preciso atenção à figura do preceptor, principalmente nas instituições privadas, que surge como substituto dos professores. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** anunciou e convidou para compor a a mesa os representantes do MEC. A representante da coordenação de residências em saúde do MEC, **Bruna Borges**, iniciou agradecendo e justificando a ausência da Secretária Executiva da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde/MEC. Também explicou que faria apresentação com abordagem sobre residências no âmbito da saúde e da educação. Iniciando, explicou que a Coordenação de Residência em Saúde está situada na Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde - Secretaria de Educação Superior/SESu e as Comissões de Residência Médica e de Residência Multiprofissional estão localizadas no âmbito da Coordenação de Residências em Saúde. Contextualizou com os

seguintes marcos históricos: a residência médica iniciou-se em 1889 e, no Brasil, em 1945; 1º PR em Enfermagem Medicina Veterinária, em 1961; em 1977, foi regulamentada a residência médica; e, em 2005, foi criada a comissão de residência multiprofissional (11.129/05). Também falou sobre a concepção pedagógica dos Programas de Residências em Saúde - Residência em área Profissional da Saúde( Multiprofissional e Uniprofissional) e Residência Médica: pós-graduação *latu sensu*; necessária integração Ensino e Serviço: docentes devem estar articulados com os profissionais preceptores na rede de atenção a saúde e vice versa; priorização das políticas de Estado para saúde, definidas pelo Ministério da Saúde; e definição das especialidades dos programas de acordo com as necessidades loco-regionais de profissionais e a capacidade operacional das instituições. Detalhou que é competência das CNRM e CNRMS a regulação, supervisão e avaliação dos programas em todo território nacional: emitir normas para os programas; propor e adotar medidas, objetivando o diálogo entre as Residências e Graduação; propor políticas educacionais para a Residência e articular-se com outras Instituições para fins de aprimoramento dos programas; constituir Banco de Avaliadores; e certificar os residentes. Sobre o Projeto Pedagógico dos Programas de Residência Multiprofissional, explicou que os Programas Multiprofissionais devem ser constituídos por, no mínimo, três profissões da área da saúde (quinze categorias envolvidas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica). Mostrou desenho para detalhar o Projeto Pedagógico dos Programas de Residência Multiprofissional: Programa de Residência e áreas de concentração (especialidade da residência médica). Falou sobre a situação atual dos Programas de Residência em Área da Saúde - 539 multiprofissional e 618 em área profissional: Também detalhou o quantitativo de residentes - R1 e R2: 2015: 8.397, 2016: 9.355 e 2017: 10.872. Seguindo, falou sobre a residência médica, criada pela Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que “dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências”. Nos termos da Lei, a Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. Salientou que as instituições de saúde somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica. Apresentou o quantitativo de médicos residentes (R1), destacando, de 13.768, em 2011, para 22.514, em 2017, sendo 58 mil vagas autorizadas para residência no Brasil. Apontou os desafios e perspectivas no que se refere à residência médica e à residência multiprofissional: **1)** Estabelecimento dos indicadores de qualidade e de desempenho e produção de informação; **2)** Estabelecimento de Requisitos mínimos para o funcionamento dos programas - Matriz curricular/competências, Definição e incentivo das áreas prioritárias das especialidades, Cenários de práticas - aumentar; **3)** Reestruturação do Sistema de Informação das Residências em Saúde; **4)** Ampliação e qualificação do BPA; e **5)** Qualificação do corpo docente assistencial dos programas: cursos para formação/capacitação de preceptores. Por fim, destacou que o futuro dos Programas de Residência em Saúde está intrinsicamente relacionado ao que escolhemos fazer a cada momento e juntos. Em sequência à apresentação, a representante do DEPREPS/SGTES/MS, **Rita Sales**, falou sobre as residências em Saúde no Brasil. Começou destacou que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES foi instituída em 2003 com o compromisso na formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão do trabalho na área da saúde do Brasil. Apresentou as ações prioritárias do Ministério da Saúde em relação às residências em saúde: apoio para qualificação e expansão dos programas de Residências em Saúde por meio do incentivo técnico, político e financeiro para instituições proponentes; política de concessão de bolsas para novas vagas de Residência em Regiões do país, Áreas e Redes Prioritárias para o SUS; formação de Gestores, preceptores e tutores para Programas de Residência em Saúde; Plano Nacional de Formação de Preceptores para Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade; e criação do Cadastro Nacional de Especialistas e os estudos relacionados às necessidades de formação para o SUS. Falou sobre o Pró-Residência, Programa de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas, que tem por objetivo apoiar a formação de especialistas em regiões prioritárias para o SUS por meio da Expansão de Programas de Residência Médica (PRMs) e Programas de Residência em áreas profissionais da Saúde (PRMS). Também fez um destaque ao Programa mais Médicos para o Brasil citando os eixos: ampliação e Melhoria da Infraestrutura - Formação para o SUS, ampliação da Oferta na Graduação e Residência Médica, Mudança no Eixo de Locais de Formação e Reorientação da Formação; Provimento Emergencial - editais de Chamadas Nacional (na primeira chamada, 1.662 CRMs homologados) e Internacional e cooperação internacional. Detalhou ainda que os objetivos do Programa mais Médicos Residência são estimular a expansão e o acesso a especialidade de MFC, promover a qualificação da preceptoria, qualificar a estrutura das unidades de saúde responsáveis pela formação e prover médicos para o SUS com competência generalista e especialistas em MFC e outras áreas prioritárias. Ainda sobre o Programa mais Médicos Residência, destacou o Plano de Formação

de Preceptores, detalhando: Residente de Medicina Geral de Família e Comunidade - Bolsa Líquida: R\$ 3.330,43; Participa de Curso de Formação de Preceptores durante toda a residência - Bolsa Líquida: R\$ 2.500,00; e Soma das Bolsas - R\$ 5.830,43. Também disse que médicos da rede vinculados ao município, exercendo ou não atividade de preceptoria, participam de curso de formação de preceptores e recebem bolsa de R\$ 1.000,00. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** solicitou tempo maior para expor sobre o tema, na condição de representante da Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG. Com a anuência do Plenário, o conselheiro passou a tratar da temática. Começou salientando que não se avançou na unificação da residência médica e residência em área profissional da saúde (multi e uni) e isso ocorre, principalmente, porque o CFM não reconhece como especialistas médicos que fazem residência junto com os residentes multi. Salientou que houve crescimento acentuado da residência de 2013 a 2014, mas tímido nos últimos anos, porque deixou de ser prioritária. Ressaltou ainda que a mudança da portaria dos cargos da Comissão de Residência Multiprofissional de Saúde ocorreu sem debate amplo com os que participavam e esses representantes, por não considerarem o espaço como democrático, negaram-se a participar e os trabalhos da comissão permaneceram parados. As atividades foram retomadas ao final de 2013, com amplo debate (realização de quatro fóruns regionais) e foi realizado seminário nacional para eleição dos representantes e debate sobre residência em área profissional da saúde. Destacou que está em debate a portaria de composição da Comissão e, segundo o Fórum Nacional de Residentes, a CNRM não se reúne desde outubro de 2016. Todavia, os residentes continuam ativos e vigilantes, inclusive, em 2016, realizaram o encontro de residentes e elegeram representantes. Entre as pautas defendidas pelos residentes, destacou a unificação das residências; qualificação/valorização dos preceptores (apenas os médicos preceptores possuem bolsa, os demais, não); garantia de mais paridade nas CORENUS; unificação; e respeito aos movimentos. Salientou que os residentes desejam participar mais dos conselhos e informou que o VII Encontro de Residentes em Saúde será realizado em Recife, de 14 a 18 de agosto de 2017, com o tema “Refletindo hoje e contribuindo amanhã. A organização das residências em saúde na defesa do SUS e da democracia”. Frisou que a residência é um modelo importante de formação para o país, portanto, todos profissionais deveriam ter acesso pleno a esse mecanismo. Conselheiro **Danilo Aquino Amorim**, representante da DENEM, pontuou na sua fala aspectos importantes a serem colocados nesta pauta. Começou destacando que é preciso saber, primeiramente, quantos e quais profissionais o SUS necessita com formação especializada. Inclusive, lembrou que há uma série de experiências internacionais que apontam modelos de projeção de força de trabalho em longo prazo. Além disso, é preciso definir políticas indutoras que valorizem principalmente as áreas que não são aquelas estimuladas pelo complexo médico industrial. Frisou que é preciso aprofundar o debate sobre a residência, que é complexa, mas antes disso é preciso definir o planejamento estratégico do SUS, em médio e longo prazo, para demanda de formação de profissionais de saúde em nível especializado. Além disso, lembrou que a Lei do Programa Mais Médicos determina que, a partir de 2018, os profissionais médicos formados deverão ter acesso à vaga de residência em medicina de família e comunidade. Assim, perguntou qual o planejamento do MS e do MEC para cumprir essa meta definida em Lei. Além disso, disse que é preciso saber qual é a política estratégica de formação para os níveis terciários e secundários. No mais, destacou que é preciso expandir as bolsas e garantir qualidade dos programas de residência, assim, perguntou como fazer isso diante do congelamento do orçamento da saúde por 20 anos. Finalizando, disse que esses questionamentos precisam tornar-se agenda estratégica do controle social e frisou que a CIRHRT promoverá debate sobre residência na área da saúde, na próxima reunião. **Manifestações.** Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** destacou que essa discussão é importante, porque há problemas na formação de profissionais em todos os setores da atenção. Disse que a população, especialmente a negra, sofre com o déficit na formação dos profissionais de saúde, principalmente na atenção primária. Frisou que a política de saúde do país deve ser gerenciada a partir das políticas de equidade, por exemplo, assegurando atenção mais qualificada no SUS. No tratamento das populações vulneráveis, afirmou que o déficit na formação é nítida em todo o país. Falou sobre a rede primária da cidade de Salvador, destacando a precariedade de cobertura do Programa Saúde da Família. Avaliou que a apresentação do MEC/MS foi insuficiente, por entender que é necessário apresentar metas objetivas para serem fiscalizadas pelos conselhos na ponta. Por fim, frisou que a falta de planejamento estratégico do MS em relação às profissões da saúde influencia a mercantilização dos cursos de saúde. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** reiterou que o Conselho é um espaço de síntese e de surgimento de novas formulações. Saudou o conselheiro Danilo Amorim, pelo trabalho realizado na CIRHRT, os representantes do MEC e lembrou que há seis meses está sendo desenvolvido trabalho para unir em um fórum comum os diferentes atores com o interesse maior de qualificar a formação e a atuação dos profissionais de saúde. Destacou que na reunião do CNS será possível estabelecer pontos de convergência e comemorou a inclusão da CIRHRT na Comissão de Residência Multiprofissional. Salientou que, para consolidação do SUS, é preciso considerar a qualidade da gestão, o financiamento, formação de pessoal e qualidade do controle social. Frisou que a nova articulação entre CNS, MS e MEC possibilitará construir melhores e

mais resultados com agilidade. Conselheiro **Moysés Toniolo** agradeceu os expositores pelas informações e salientou que o incentivo às áreas prioritárias deve orientar-se pela demanda e necessidade da população e não pelas demandas do mercado. Ressaltou que é preciso promover debates nas comissões, especialmente na CIRHRT, na CISPP e na CISPD, sobre a demanda de profissionais especialistas no SUS, além de debater a formação generalista. Também perguntou se há perspectiva de portaria do MEC para orientar a formação EAD e citou a denúncia de oferta de curso de graduação de Psicologia EAD na Bahia (cursos “fantasmas”) que conseguem certificação de entidades reconhecidas. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**, representante do CONASS na CNRM, salientou, inicialmente, que há mais dificuldade para trabalhar a residência multiprofissional do que a residência médica. Como encaminhamento, sugeriu que fosse definida data da reunião da comissão nacional e que esta comissão encaminhe a realização do encontro nacional. Conselheiro **Aníbal Machado** explicou que o Fórum de Usuários debateu o tema na última reunião e sugeriu que fosse feito relato acerca dos debates. Salientou a dificuldade de garantir profissionais especialistas essenciais nos Estados, como neuropediatras, e a demora na realização de exames essenciais às consultas. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, sentiu-se contemplado nas falas dos conselheiros **Neilton Araújo** e **Haroldo Pontes**. Reiterou que é preciso fazer movimentos técnicos e políticos e acumular forças para garantir a implementação do que já foi pactuado. Aos encaminhamentos, acrescentou: integrar iniciativas e esforços na defesa do SUS público, integral, universal e de qualidade; e articular o debate sobre o processo de formação à discussão sobre a atenção básica e outros temas do controle social. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** saudou o CNS pela pauta e agradeceu os expositores pelas informações. Perguntou se o processo de avaliação na educação EAD, na forma como ocorre, é satisfatório e, no caso da avaliação prática, garante a segurança no atendimento ao paciente. Reiterou que é preciso garantir mais profissionais para o SUS, mas com formação de qualidade. Conselheira **Gilene José dos Santos** reiterou a importância de saber o resultado da avaliação das residências e perguntou se a Portaria que define a carga horária da residência foi revogada e como ocorre a tutoria. Conselheiro **João Rodrigues Filho** manifestou satisfação com a mesa, mas lembrou que anteriormente foi feita consulta ao MEC sobre a educação EAD e não houve respostas. Também lamentou que a CNTS não tenha sido convidada também a participar do evento que os conselhos profissionais realizaram para debater a formação EAD. Conselheiro **Arlison Cardoso** manifestou satisfação com esse debate e destacou, em que pese o incremento de vagas de residência multiprofissional e médica, que não houve avanço nos últimos anos. Salientou que é essencial envolver a gestão municipal na implementação dos cursos de residência, principalmente para definição de quais e o quantitativo. Também lembrou que o Conselho promoveu debate anterior sobre as especialidades médicas que o Brasil necessita e salientou que é preciso enfrentar essa questão. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Souza** lembrou que o serviço social foi a primeira categoria da saúde a adotar o ensino a distância, acarretando crescimento de 90 mil profissionais para 150 mil, uma expansão desenfreada com vários problemas que causam crise na formação profissional. Disse que há apoio do MEC para expansão do ensino a distância, o que não ocorre nas universidades federais, que possuem vagas ociosas pela falta de condições para permanência dos alunos. Destacou que os conselhos profissionais da saúde têm encampado ampla luta contra o ensino a distância, inclusive com proposição de projeto de lei que proíbe a formação a distância nos cursos da saúde. Também informou que no site do CFESS foram disponibilizadas denúncias, que inclusive foram enviadas ao MEC. Sobre a residência multiprofissional, discordou da diferenciação entre tutores, preceptores, categorias multi e medicina, e do estabelecimento de carga horária de 60 horas sem projeto pedagógico adequado, formação para o setor privado, ampla expansão da residência associada à precarização do trabalho profissional. Também defendeu o imediato reestabelecimento da comissão nacional de residência e estabelecimento de câmaras técnicas.

**Retorno da mesa.** A representante da coordenação de residências em saúde do MEC, **Bruna Borges**, respondeu às questões levantadas contemplando na sua fala os seguintes aspectos: início de parceria entre MS e MEC e importância de dar continuidade a esse processo; CRMS – o prazo da Comissão expirou, por isso, não foi possível realizar reuniões. Com isso, a Portaria está em fase final de reestruturação para viabilizar a reunião. A portaria está em análise do setor jurídico do Ministério da Saúde. Cobrança para retomar a Comissão, com a portaria publicada; as câmaras técnicas serão reativadas – foi solicitada nova indicação, avaliadores em capacitação para dar encaminhamento ao processo da residência multiprofissional; sobre a carga horária – resolução vigente determina 20% teórico e 80% teórico-prático; especialidades – é preciso definir especialidades e áreas prioritárias tanto para Medicina quanto para residência profissional e pensar no médico generalista (hoje, programas são autorizados sem estudo sobre a necessidade locorregional); e avaliação da educação a distância – não é do escopo da SESU/MS, a SERES é a Secretaria que trata da avaliação e autorização desses cursos tema. O assessor da DDES/SESU/MEC, **Fábio de Abreu Lima**, interveio para ponderar que a EAD com qualidade traz resultados positivos e essa questão passa até mesmo pela formação dos professores. No caso da saúde, frisou que é preciso garantir a prática na formação.



Também disse que foi realizada reunião sobre educação interprofissional, com a participação da SGTES, SESU e Rede de Educação Interprofissional e na oportunidade foi apontada a necessidade de rediscutir o termo “multi” profissional e pensar de forma abrangente - “inter” profissional. O diretor do DEPREPS/SGTES/MS, **Denilson Campello dos Santos**, frisou que há mais de quatro meses saúde e educação têm aprofundando debate sobre os temas educação e trabalho. Frisou que passos importantes foram dados, com benefícios concretos ao atendimento nos diversos municípios, mas reconheceu que é preciso melhorar ainda mais. Em relação ao Programa Mais Médicos, disse que o momento é de avaliação dos resultados dos TCCs. Agradeceu e retirou-se por ter viagem marcada para Cuba. A representante do DEPREPS/SGTES/MS, **Rita Sales**, explicou que a Lei do Mais Médicos está sendo revisada para 2018/2019 e outros parceiros serão convidados para participar desse debate. Considerou importante a proposta de realizar debate sobre formação, expansão, residência. Sugeriu também, em um novo debate, convidar representantes dos três departamentos da SGTES/MS. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** defendeu a redução da carga horária da residência, por considerar que 60 horas é excessiva (proposta do Fórum Nacional de Residentes: 44 horas) e aproveitou para saudar residentes presentes. Também propôs que o CNS aprove a realização de encontro com a juventude para debater temas diversos – conferências temáticas, residências, entre outros. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira**, representante da ABENFISIO, reiterou que o Conselho não é contra a ferramenta EAD, mas entende que é preciso debater a utilização nos cursos da área da saúde. Frisou que o CNS é parceiro nesse debate e deseja contribuir no processo. Na sequência, conselheiro **Danilo Aquino Amorim**, representante da DENEM, sintetizou e colocou em apreciação os encaminhamentos oriundos do debate. **Deliberação: neste ponto de pauta, o Plenário, aprovou, por unanimidade, os seguintes encaminhamentos gerais: 1) promover articulação, por meio de workshop, seminário ou reunião, entre a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) e as Comissões Intersetoriais de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias (CIASPP), de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência (CIASPD) e de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida (CIASCV), para discutir formação profissional em saúde; 2) recomendar a convocação imediata, no prazo de 15 dias, de reunião da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS; 3) reconhecer e apoiar a realização do Encontro Nacional de Residentes em Saúde, que acontecerá em Recife/PE, em agosto de 2017; 4) Articular os debates, de forma organizada e integrada, entre o conjunto das ações desenvolvidas pelo controle social em saúde (Conferências Mulher e Vigilância, GT Atenção Básica, entre outros); e 5) Articular a realização de um “grande encontro”, com o protagonismo da juventude e participação da representação estudantil (UNE, ANPG, DENEM, Executivas de Estudantes, etc), para discutir formação em saúde, entre outros temas da saúde.** Definidos esses encaminhamentos, agradeceu a presença dos convidados e despediu-se deles, salientando que este é o início do processo de debate. Seguindo, apresentou os encaminhamentos oriundos da reunião ampliada da CIRHRT que debateu diretrizes gerais para formação dos profissionais de saúde: **1) recomendar ao INEP a retomada do Instrumento de Avaliação/INEP, aprovado pela Portaria MEC nº 386, de 10 de maio de 2016, que foi suspensa pela Portaria MEC nº 1.053, de 12 de setembro de 2016; 2) recomendar a retomada imediata dos trabalhos do Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES); 3) solicitar audiência conjunta CNE e CNS para debater os temas: educação a distância para os cursos de graduação na área da saúde, carga-horária mínima para os cursos de graduação da área da saúde, Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais (DCN Gerais) para os cursos de graduação da área da saúde e Tutoria para os Programas de Residência em Saúde.** **Deliberação: o Plenário aprovou os encaminhamentos oriundos da reunião ampliada da CIRHRT/CNS.** Seguindo, apresentou a proposta de criar espaço de discussão/articulação, constituído por um representante de cada uma das quinze (15) Associações de Ensino, das 15 profissões da área da saúde, por meio de uma Resolução. **Deliberação: o Pleno aprovou a criação de Câmara Técnica na CIRHRT, com objetivos, tempo de duração e composição definidos, sendo constituída por um representante de cada uma das quinze Associações de Ensino, das 15 profissões da área da saúde, por meio de uma Resolução (o texto da resolução que cria a câmara seria apreciado no último item da pauta).** Considerando que a “estrutura” câmara técnica não consta do atual Regimento Interno do CNS (Resolução nº 407/2008), o Plenário decidiu elaborar resolução alterando o Regimento para prever a estrutura (extensiva às demais comissões do CNS) e, também, instituir outros instrumentos para uso no CNS, como parecer técnico e nota técnica (o texto da resolução foi apreciado no fim da reunião). Ainda em relação aos encaminhamentos da reunião ampliada, apresentou e o Pleno aprovou, com uma abstenção, a proposta de garantir que as discussões das DCNs gerais caminhem e dialoguem junto com a construção das DCNs específicas de cada curso de graduação da área da saúde, tendo o CNS a atribuição de divulgar amplamente o processo de discussão realizado pelo GT/DCN/CIRHRT/CNS. Com essa definição, o coordenador adjunto agradeceu e encerrou o item e a conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. **ITEM 4 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**

**FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO – COFIN - Apresentação: Roberta Peixoto**, integrante do Grupo de Trabalho Saúde da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – PFDC; **Dra. Élide Graziane Pinto**, Procuradora do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo; **Maria Paula**, representando **Sérgio Eduardo de Freitas Tapety**, Advocacia Geral da União/consultoria jurídica do Ministério da Saúde; e **Janaína Camargo Rosal**, Tribunal de Contas da União. **Coordenação:** conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheiro **André Luiz Oliveira**, coordenador-adjunto da COFIN/CNS, resgatou que, na última reunião, o Plenário decidiu promover debate jurídico sobre o percentual mínimo de 15% para aplicação em Ações e Serviços Públicos em Saúde – ASPS – 2016, a fim de subsidiar o debate sobre o Relatório Anual de Gestão (RAG) do Ministério da Saúde referente a 2016. Explicou que na última reunião do COFIN foi realizado amplo debate com as áreas técnicas do Ministério da Saúde e, na última reunião do CNS, foi apresentado relatório preliminar sobre o RAG 2016. Além disso, informou que a reunião da COFIN com os coordenadores das comissões intersetoriais do Conselho será realizada no dia 5 de julho de 2017 para esclarecimentos em relação ao RAG 2016. Após essa contextualização, abriu a palavra às convidadas. A primeira expositora foi a procuradora **Roberta Peixoto**, integrante do GT Saúde da PFDC, que iniciou cumprimentando os presentes e agradecendo o espaço a PFDC”. Pautou a sua apresentação no documento Debate Jurídico - Percentual mínimo de 15% para aplicação em Ações e Serviços Públicos em Saúde – ASPS – 2016”. O texto é o seguinte: “Debate Jurídico – Percentual mínimo de 15% para aplicação em Ações e Serviços Públicos em Saúde – ASPS – 2016. Ao tratar do percentual mínimo para aplicação em ações e serviços públicos de saúde no ano de 2016, é importante destacar inicialmente que com a Emenda Constitucional 86/2015 houve alteração no regime que estabelecia esse gasto mínimo para a União, que vigorava desde a edição da Lei Complementar nº 141/2012 e que tinha por base a variação nominal do PIB, passando, então, a ser com base na receita corrente líquida da União. A edição da EC nº 86/2015, em seu art. 1º, deu nova redação ao inciso I, do § 2º, do art. 198, da CR/88, e assegurou a partir de então que a União aplicasse, anualmente, em ASPS recursos mínimos no percentual de 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro. Contudo, esse percentual de 15% não foi assegurado de forma imediata, mas sim de forma progressiva, em virtude da previsão de subpisos, no art. 2º da própria EC, para os anos de 2016 a 2019, nos percentuais 13,2%, 13,7%, 14,1%, 14,5%, para, somente em 2020, ser exigido da União a aplicação desse percentual mínimo de 15%. Foi em razão da fixação, pelo art. 2º da EC nº 86/2015, dos subpisos progressivos para os anos de 2016 a 2019, mas não apenas com relação a este ponto (já que art. 3º da EC nº 86/2015, que suprimiu o caráter adicional das receitas advindas da exploração do petróleo e gás natural, também é objeto da ADI), que o Procurador Geral da República propôs a ADI 5.595, após acolher representação pela propositura de Ação Direta de Inconstitucionalidade feita pela Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão (Dra. Debora Duprat), em razão de representação formulada junto ao Ministério Público Federal pela Procuradora do Ministério Público de Contas de São Paulo (Dra. Élide Graziane Pinto). Não se pode desprezar que a Emenda Constitucional nº 95/2016, que instituiu o Novo Regime Fiscal da União, em seu art. 3º, foi expressa em revogar o art. 2º da EC nº 86/2015, justamente aquele que estabeleceu os subpisos progressivos do percentual mínimo de aplicação nas ASPS obrigatório para a União. Como a EC nº 95/2016 entrou em vigor na data da sua promulgação, conforme seu art. 2º, por certo, já fez vigorar para o exercício de 2016 esse percentual mínimo de 15% da receita corrente líquida da União, previsto no art. 198 da CR/88. Diante disso, ou seja, da revogação expressa contida na EC nº 95/2016, o melhor entendimento a ser adotado é no sentido de já, em 2016, ser obrigatório por parte da União a aplicação de, no mínimo, 15% da sua receita corrente líquida em saúde pública. Porém, na hipótese da União insistir no percentual de 13,2% estabelecido para o ano de 2016, pelo art. 2º da EC nº 86/2015, como o piso mínimo, expressamente revogado, aplicável aqui, todos os fundamentos fáticos e jurídicos apresentados pelo Procurador Geral de República na ADI 5595, quando requer a declaração de inconstitucionalidade deste art. 2º da citada EC nº 86/2015. A inconstitucionalidade do art. 2º da EC nº 86/2015 é sustentada pelo PGR na referida ADI por violar direitos e garantias individuais, cláusula pétrea, prevista no art. 60, parágrafo 4º, da CR/88. No caso, este dispositivo dos subpisos para o custeio federal da saúde infringe diretamente (i) os direitos fundamentais à vida e à saúde, (ii) o princípio da vedação de retrocesso social, (iii) o princípio da proporcionalidade, derivado do postulado do devido processo legal, em sua acepção substantiva, diante da proibição de proteção deficiente e, ainda, por violar (iv) o dever de progressividade na concretização dos direitos sociais, assumido pelo Brasil em tratados internacionais. A CR/88, de fato, elevou a saúde à condição de direito fundamental, estabelecendo ainda ser dever do Estado assegurar sua proteção, promoção e recuperação, o que deve se dar, se operacionalizar, por meio do Sistema Único de Saúde. O financiamento em saúde, portanto, é inerente a concretização de tal direito e deve se dar em tal monta que permita atender aos princípios também constitucionais da universalidade, da equidade e da integralidade. Assim, se a LC 141/2012 determinava que a União aplicasse anualmente em saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do PIB



ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual, não permitindo redução, em termos nominais, quando houvesse variação negativa do PIB, a EC nº 86/2015, em seu art. 2º, ao estabelecer subpisos, iniciando pelo percentual de 13,2% sobre a receita corrente líquida, no ano de 2016, trouxe retrocesso no quantitativo anual de recursos investidos pela União, que, segundo demonstrado na inicial da ADI, representa uma perda na ordem de 20 milhões. Consta ainda da inicial da ADI que, ao se adotar o percentual de 13,2% da EC nº 86/2015 no ano de 2016, há uma redução dos valores brutos em relação aos valores aplicados em ASPS no ano de 2015, quando vigente ainda o regime estabelecido na LC nº 141/2012. Também é destacado na inicial da ADI que o Congresso Nacional, acolhendo pedido do Conselho Nacional de Saúde para conter o retrocesso do custeio federal, inseriu dispositivo na LDO de 2016, que previa que o montante a ser aplicado em saúde no ano de 2016 não poderia ser inferior ao valor resultante da aplicação da regra anterior constante na LC nº 141/2015, o qual, contudo, foi vetado. O financiamento do SUS, elemento indispensável para concretização do direito social à saúde, até que alcançado o acesso universal, equânime e integral às ASPS, pressupõe o seu progressivo incremento, consoante pactuado pelo Brasil no âmbito internacional, razão pela qual o art. 2º da EC nº 86/2015 representa profundo retrocesso na efetivação deste direito fundamental. De fato, o Brasil assumiu o dever de progressividade, constante no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e no Protocolo de São Salvador, o qual contém regra específica que obriga os Estados a adotarem **medidas econômicas** para assegurar **progressiva** prestação dos direitos sociais. Conforme consta da inicial da ADI, a *“eficácia impeditiva de retrocesso é uma das características funcionais dos direitos fundamentais”*, acrescentando, ainda, que tal eficácia impeditiva tem por finalidade *“proteger direitos sociais concretizados por atos anteriores contra medidas regressivas de órgãos estatais, de forma que ocorra sempre ampliação desses direitos (ou ao menos preservação deles)”*. Limita *“a liberdade dos agentes estatais diante da concretização de direitos fundamentais de natureza social já alcançada”*, vincula o próprio legislador *“à legislação efetivadora de direitos fundamentais”* e não o *“autoriza eliminar normas sobre a matéria ou a reduzir drasticamente o alcance delas”*. Esse princípio do não retrocesso social está presente no nosso ordenamento jurídico, como decorrência do estado democrático e social de direito, do princípio da dignidade do ser humano, do princípio da proteção da confiança e da máxima eficácia das normas definidoras de direitos fundamentais e, ainda, é reconhecido pelo Supremo Tribunal Federal. Da mesma forma, o art. 2º da EC nº 86/2015, ao estabelecer os subpisos de forma progressiva de custeio federal, impacta de forma negativa a estruturação e o funcionamento do SUS, o que atinge diretamente o direito fundamental à saúde, ao apresentar regras que são aquém do necessário à promoção do acesso integral, universal e igualitário às ações e serviços de saúde, o que viola, por consequência, o princípio da vedação de proteção deficiente de bens jurídicos constitucionalmente tutelados, que representa uma das faces do princípio da proporcionalidade, derivado da cláusula pétrea do devido processo legal, na sua concepção substantiva. Assim sendo, quer pela revogação expressa do art. 2º da EC nº 86/2015, pelo art. 3º da EC nº 95/2016, quer pela inconstitucionalidade intrínseca do próprio art. 2º da EC nº 86/2015, conforme descrito na inicial da ADI 5595, o mínimo constitucional exigível da União para o custeio das ASPS, já no ano de 2016, é o percentual de 15% da sua receita corrente líquida; e não o percentual 13,2% que consta no Relatório Resumido da Execução Orçamentária do 6º Bimestre de 2016 (Anexo 12), do Tesouro Nacional. Valendo complementar ainda que o mínimo constitucional da saúde para a União, no ano de 2016, é 15% da sua receita corrente líquida e, mais, os Restos a Pagar dos anos anteriores, posteriormente cancelados ou prescritos, conforme §§ 1º e 2º da LC 141/2012. Não há dúvida que a luta permanente, para assegurar a efetiva aplicação deste percentual fixado constitucionalmente, decorre da prática reiterada dos entes da federação das esferas federal e estadual em tratar o mínimo constitucional como teto, não obstante o notório e crônico subfinanciamento da saúde pública. Situação esta de subfinanciamento que é agravada com a contínua e crescente utilização do artifício de gerar anualmente Restos a Pagar, diga-se, desde já, Processados e Não Processados. É sabido que a União, nos últimos anos, gera Restos a Pagar, a princípio, Não Processados que não são computados de forma adequada no ano subsequente como acréscimo aos valores mínimos a serem aplicados naquele ano, compensando conforme determina o art. 24, inciso II, § 1º e 2º, da LC 141/2012<sup>1</sup>. Vale

<sup>1</sup> Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

(...)

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

destacar que tal conduta praticada pela União não tem como consequência apenas a aplicação das verbas federais em ASPS em valores inferiores ao mínimo constitucional exigido, mas traz ainda um exemplo nefasto que vem sendo seguido, utilizado pelos demais entes, notadamente, da esfera estadual. O art. 24 da LC nº 141/2012, nos seus incisos I e II, prevê que somente serão consideradas para efeito do cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços de saúde as despesas “liquidadas e pagas no exercício” (inciso I) e as despesas “empenhadas e não liquidadas inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde”. Assim, as despesas liquidadas e não pagas no exercício e as despesas não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar, que nunca estiveram em disponibilidade de caixa consolidadas no Fundo de Saúde, não podem ser computadas para o cálculo do cumprimento do piso constitucional da saúde. Além disso, tais Restos a Pagar inscritos devem ser acompanhados e, uma vez cancelados ou prescritos, as verbas de saúde correspondentes devem ser repostas, compensadas no exercício seguinte, posto que foram contabilizadas para efeito do cálculo do mínimo constitucional no(s) ano(s) anterior(es). Ocorre que estes Restos a Pagar, na esfera federal, nem ficam a disposição do Fundo Nacional de Saúde, nem são acompanhados para, no caso de cancelamento ou prescrição, serem reaproveitados em outras ASPS, o que, em última análise, frustra o próprio cumprimento do mínimo constitucional pela União. E, ainda, permite que os entes da esfera estadual adotem comportamento semelhante, que é o que tenho visto ocorrer no Rio de Janeiro. Ou seja, o Estado do Rio de Janeiro nunca possuiu um Fundo Estadual de Saúde independente – conta própria somente foi criada a partir de determinação judicial - e com disponibilidade das verbas de saúde que compõem o mínimo constitucional fixado para o estado e, ao menos, desde 2013, não cumpre materialmente esse piso mínimo, utilizando-se do artifício dos Restos a Pagar, embora no Campo do “Percentual de Aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde” do SIOPS conste o cumprimento formal do seu percentual mínimo de 12% para aplicação nas ASPS por parte deste mesmo Estado. Um dos mecanismos, previsto no nosso ordenamento jurídico, para exigir dos entes estaduais o cumprimento do mínimo constitucional é justamente a retenção parcial, por parte da União, de valores correspondentes do Fundo de Participação dos Estados – FPE com o repasse direto da importância retida ao Fundo Estadual de Saúde, tal como autorizado pelo art. 160, parágrafo único, inciso II, da CR/88 e pelo art. 26 da LC 141/2012. Ressalte-se que a União tem feito tal retenção prevista na CR, com relação ao Estado do Rio de Janeiro, mesmo neste período de notória crise, só que com base no inciso do I, do parágrafo único, do art. 160 da CR/88, ou seja, para “pagamento de seus créditos” e por que, então, a União não assim procede para fazer com que o Estado do Rio de Janeiro dê cumprimento do mínimo constitucional da saúde? Ora, porque também não cumpre e se utiliza dos mesmos mecanismos que o Estado do Rio de Janeiro se utiliza para postergar o cumprimento do seu piso constitucional. Como adotar a União o instrumento excepcional previsto no art. 160, parágrafo único, inciso II, da CR/88, para exigir dos entes da esfera estadual o cumprimento de seu dever constitucional, se a própria União se utiliza dos mesmos mecanismos para adiar o cumprimento do seu percentual mínimo a ser aplicado em ASPS. Assim, hoje temos no Estado do Rio de Janeiro não apenas o contingenciamento das verbas federais para custeio da saúde, como também a insuficiência da contrapartida estadual de financiamento do SUS, já que os Restos a Pagar, inscritos pela Secretaria Estadual de Saúde, estão sendo adiados, postergados para um, dois, três e até quatro anos. Por certo, além do notório subfinanciamento da saúde pública, este comportamento da União e dos Estados, no caso, estes últimos representados pelo Rio de Janeiro, consubstancia, representa desfinanciamento do SUS, ou seja, que mais do que impedir o incremento e a melhor qualidade dos serviços e ações de saúde já existentes, ocasiona um retrocesso com a paralisação de serviços já instalados e a interrupção de ações até então em curso e traz enormes transtornos para a população e desequilíbrio em relação aos demais entes da federação. Para exemplificar, quanto à repercussão do contingenciamento feito pela União no Estado do Rio de Janeiro, no final de 2015, o Ministério Público Federal propôs Ação Civil Pública para assegurar o repasse mensal, por parte da União, dos valores correspondentes ao custeio federal de todas as ações e serviços públicos de saúde, já que a União em novembro e dezembro daquele ano contingenciou tais repasses (da contrapartida federal), postergando-os para o ano seguinte. Este contingenciamento feito pela União, que afetou notadamente o Bloco de Financiamento da Alta e Média Complexidade, naquele ano de 2015, gerou a paralisação dos serviços em hospitais estaduais, o que foi amplamente divulgado nos meios de comunicação. Os Secretários Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, embora no meio do caos, tiveram que ir a Brasília para negociar o repasse de tais verbas mensais que é obrigação da União. Outro exemplo é que, atualmente, há um número expressivo de equipes de Atenção Básica em 35 Municípios do Estado do Rio de Janeiro que aguardam, desde 2015, credenciamento por parte do Ministério da Saúde, embora já estejam pactuadas em CIB e em funcionamento, mas recebendo para seu custeio apenas as verbas municipais. Neste ponto, vale destacar que nos autos da ACP proposta em 2015, o Ministério da

Saúde<sup>2</sup> reconhece ser obrigatório e periódico o repasse mensal pela União não apenas das despesas de saúde inseridas no piso mínimo constitucional, como também aquelas despesas pactuadas entre os entes como incentivos financeiros, contudo, ao não credenciar estas equipes de Atenção Básica gera um desequilíbrio nas finanças dos demais entes que, em última análise, estão custeando esses serviços apenas com suas próprias verbas. No caso concreto, este modelo de desfinanciamento que sofre o SUS com essas práticas orçamentárias feitas pela União e que foram reproduzidas pelo Estado do Rio de Janeiro, gerou, nos anos de 2015 e 2016, a aplicação concreta em ASPS, por parte deste estado, de apenas 5% da arrecadação dos impostos e dos recursos transferidos, embora constem como empenhados valores próximos ao percentual de 12% do piso mínimo fixado, conforme art. 6º da LC nº 121/2012. O fechamento de leitos e ausência de atendimento nos hospitais estaduais no Estado do Rio de Janeiro, a paralisação do transplante hepático e da realização de teste do pezinho nos recém-nascidos, bem como a paralisação de ações de saúde, como a interrupção das atividades do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil, são exemplos das consequências nefastas do contingenciamento das verbas de saúde. Concluo, então, que a aplicação do mínimo de 15% da receita corrente líquida pela União, no ano de 2016, com o acréscimo dos valores referentes aos Restos a Pagar dos anteriores que devem ser necessariamente aplicados em ASPS, nos termos do § 1º, do art. 24, da LC 141/12, é premente não apenas para o equilíbrio financeiro do Sistema Único de Saúde, sem que haja sobrecarga nos demais entes, assim como para que a União também sirva de exemplo na aplicação correta das verbas de custeio da saúde para os demais entes, conferindo-lhe legitimidade para exigir deles o mesmo comportamento, nos termos autorizados pela CR/88.” Na sequência, expôs a representante da CONJUR/MS, **Maria Paula**, que iniciou cumprimentando os presentes e esclarecendo que apresentaria análise de uma questão técnica-orçamentária-jurídica. Explicou que a Constituição Federal de 1988, define no inciso I, § 2º do art. 198, que, no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%. Todavia, a EC nº. 86/2015 definiu que o disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição (15%) seria cumprido progressivamente até 2020. O percentual de 13,2% aplica-se a 2016. Lembrou que, em 15 de dezembro de 2016, foi promulgada a EC nº 95, com as seguintes determinações: na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão: I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias(\*).” (...) Art. 3º Fica revogado o art. 2º da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. (\*) “corrigido pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou de outro índice que vier a substituí-lo”. Destacou que a EC 95/2016 não alterou a regra geral trazida pela EC 86/2015, de 15% (art. 198, § 2º, I, da CF), mas afasta a regra geral por 20 exercícios a partir de 2017 (Novo Regime Fiscal). Disse que a regra gerou dúvidas - regra vale para período anterior? Só nos 15 dias? Ou daqui para frente?. Salientou que em 15 de dezembro de 2016 foi revogada a regra de transição da EC nº 86/2015 (13,2% para 2016) e, na interpretação da COFIN, logo, aplica-se imediatamente o percentual de 15% para o exercício de 2016. Salientou que a interpretação da COFIN sobre a EC 95/2016 foi literal, ou seja, ao entrar em vigor (15 de dezembro de 2016), a Emenda revogou o § 2º e, automaticamente, deveria ser aplicado o percentual de 15% para 2016. Assim, como o Ministério da Saúde aplicou o percentual equivalente a 14,70% em 2016, por consequência, não teria sido cumprido o mínimo constitucional em ASPS em 2016, faltando aplicar, aproximadamente, R\$ 2 bilhões. Acrescentou que o percentual 2016 seria 13,2%. Salientou que a interpretação é contrária a outras regras constitucionais, daí a dificuldade de aplicação. Citou que vai de encontro ao princípio da

---

<sup>2</sup> Nesta linha, o Parecer Técnico nº 00038/2016/CONJUR-MS/CGU/AGU concluiu expressamente pela “*necessidade de se orientar que os Decretos de programação financeira não restrinjam repasses obrigatórios à saúde, salvo preservada a única leitura possível do ponto de vista da legalidade, no sentido de ser viável programar financeiramente o repasse de modo que não sejam pactuados incentivos financeiros que ultrapassem o montante disponível, mas mesmo assim observando-se a inviabilidade de contingenciamento que gere a não-aplicação do mínimo constitucional em saúde naquele ano. Ou seja, desde que fique claro que não há possibilidade de contingenciamento em casos de incentivos já pactuados e de produção de média e alta complexidade já definida*” (fls. 435/438 – Processo nº 0155318-79.2015.4.02.5101).

Anualidade Orçamentária, que possui *status* de Norma Constitucional Originária (arts. 165 a 167). Salientou que não seria possível ao administrador implementar a norma nos últimos dias, uma vez que seria necessário alterar a LDO, a LOA e garantir crédito adicional. A única alternativa seria uma Medida Provisória de Crédito Extraordinário, mas esse instrumento tem uma urgência qualificada (imprevisibilidade da “despesa” – exemplos: guerra, comoção interna, calamidade pública). Destacou, inclusive, que já existe pareceres anteriores da AGU. Destacou ainda a questão da “segurança jurídica”, porque a interpretação criaria obrigação impossível de executar em 15 dias. A Administração observou as normas vigentes durante 350 dias do ano, não podendo prever que haveria alteração significativa nos últimos 15 dias do ano – até porque essa nunca foi a proposta da EC 95/2016. Citou ainda a separação dos Poderes (art. 2º, da CF/88), destacando que a edição de Emenda Constitucional é ato típico do Poder Legislativo e este não pode criar obrigação impossível ao Poder Executivo, deixando-o em situação de irregularidade. Também falou sobre a Intenção do Legislador, reiterando que a EC nº 95/2016 disciplinou expressamente sobre o piso de ASPS para os exercícios financeiros de 2017 e posteriores. A Emenda instituiu o denominado “Novo Regime Fiscal”, para vigorar por vinte exercícios financeiros a partir de 2017. Citou trecho do parecer final do Relator da EC nº. 95, deputado Darcísio Perondi, na Comissão Especial relativa à PEC nº 241-A: “Em 2016, o percentual aplicado sobre a receita corrente líquida é de 13,2%. 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”. Frisou que a edição de emenda constitucional possui limites jurídicos e a COFIN apresentou interpretação preliminar que colide com normas e princípios constitucionais. Destacou que a solução é interpretar a EC nº. 95/2016 conforme a intenção do legislador e conforme a Constituição. Pontuou que há uma interpretação que viola a Constituição e outra que não viola, portanto, deve ser aplicada a segunda interpretação. Acrescentou que é inviável ainda a interpretação de aplicar o percentual a partir da promulgação da lei, porque o percentual seria maior que os 13,2%. Destacou a conclusão jurídica que deve ser aplicada a interpretação de que a EC nº 95/2016 alterou o piso de ASPS somente para o exercício de 2017. Para o exercício de 2016, deve ser aplicado o percentual de 13,2%, previsto na EC nº 86/2015. Salientou que o MS não enviou parecer jurídico ao Tribunal de Contas da União, mas o primeiro entendimento deste Tribunal é que a EC nº. 95/2016 aplica-se a partir de 2017. Na sequência, explanou sobre o tema a Procuradora do MPC/SP, **Élida Graziane Pinto**, que iniciou salientando que o debate consta das ressalvas que o CNS apresenta reiteradamente nos últimos anos aos Relatórios Anuais de Gestão do Ministério da Saúde. Assim, será necessário recompor o quadro de descumprimento sistemático de ressalvas indicadas pelo Conselho. Frisou que a ideia do percentual de 13,2% em 2016 a pretexto de subpiso da Emenda nº. 86 foi denunciada como retrocesso e uma ADIn já tramitava no STF e o então governo apostava que a Ação perderia o objeto com a revogação desse dispositivo. Discordou da afirmação que não existe obrigação impossível do legislador colocada ao Executivo, porque a iniciativa da EC nº. 241 (de 15 de junho de 2016), que originou a EC nº. 95, foi uma iniciativa da Presidência da República. Salientou que desde junho de 2016 já se pretendia a revogação do subpiso porque já era sabido do debate sobre a inconstitucionalidade desse dispositivo. Frisou que no conteúdo o art. 2º da EC nº. 86 é inconstitucional e a posição do MPF é clara ao impugnar. Ainda que não estivesse em debate, lembrou que o art. 3º da EC nº. 86 previa que os recursos do pré-sal, para a saúde, seria em acréscimo ao piso, todavia, passou a ser composição do piso. Salientou que o debate é sobre o compromisso do governo federal com o financiamento mínimo da saúde que frustra os repasses tempestivos para Estados e Municípios. Frisou que atrasos sistemáticos nos repasses e quantidade menor de recursos aplicados são estratégias deliberadas de fragilidade da política pública de saúde. Ressaltou que o descumprimento do gasto mínimo não é uma questão matemática e, na saúde, o conjunto de obrigações constitucionais e legais de fazer está contido na ideia da pactuação na CIT e no Plano Nacional de Saúde. Frisou que é inconcebível que a pactuação na CIT não vincule o Executivo e que este Conselho não receba a consolidação do pactuado para homologar na forma do art. 17 da LC 141. Ressaltou que há um estado de coisas inconstitucionais no SUS. Avaliou que a escolha dos Ministérios da Fazenda e do Planejamento, ao formular decreto de financiamento, é de contingenciamento, ou seja, não é o Ministro da Saúde que escolhe não aplicar no SUS. Lembrou que 2017 é base de cálculo para 20 anos, portanto, se não houver medida compensatória, haverá falta para 20 anos; a despesa paga de 2017 é referência para 20 anos. Acrescentou que o teto global da União é despesa paga; não há margem fiscal para comportar o déficit de cumprimento dos Restos a Pagar quanto o falseamento do dever da União para com a CIT. Clarificou ainda que, em interpretação jurídica, na revogação do art. 2º da EC 86, volta vigorar o texto permanente (art. 198, § 2º, inciso I da CF) e não o art. 110, inciso I, que prevê a incidência do novo regime fiscal a partir de 2018. Ou seja, a dúvida deve ser interpretada em favor da sociedade. Reiterou que não há argumentos de anualidade orçamentária, de segurança jurídica, porque a iniciativa da PEC foi do Executivo. Além disso,

argumentou, abre-se crédito adicional suplementar especial e extraordinário por motivos muito menos relevantes. Perguntou, inclusive, o que será feito em relação às ressalvas apontadas pelo CNS, ao descumprimento da pactuação da CIT, à sobrecarga de custeio para os municípios? Será aberta interpretação mais rígida possível ou se aceitará uma leitura que novamente esvazia o SUS? Fez referência à decisão monocrática do Ministro Bruno Dantas sobre o pedido de medida cautelar (que foi indeferido) para esclarecer que decisão monocrática de ministro relator não vincula o Plenário do TCU. Assim, a matéria foi aceita como representação. Disse que o Ministério Público de Contas do TCU acolheu a representação apresentada por ela e pelo economista Francisco Funcia e o Plenário ainda não decidiu. Além disso, o STF analisará a ADIn nº. 5.595. Salientou que o TCU tem questionado falta de medida compensatória em relação aos Restos a Pagar cancelados e o Ministério da Saúde sabe disso, mas está constrangido por interpretação da SOF. Frisou que o contingenciamento é o que constrange a execução orçamentária da política pública de saúde e esclareceu que o decreto de programação financeira de 2017 incorre no mesmo erro, pois só considera “obrigatório” R\$ 76 bilhões e os R\$ 30 bilhões ficam em categoria genérica “demais”; não há saldo financeiro para de fato assegurar execução financeira de R\$ 30 bilhões. Além disso, há risco de ficar para Restos a Pagar mais de R\$ 40 bilhões. Disse que já apresentou duas representações ao TCU questionando “pedalada” em relação ao dinheiro da saúde. Salientou que se trata de *modus operandi* de tratar o piso da saúde e deixou claro não se tratar de debate partidário do direito fundamental à saúde, uma vez que o compromisso é com a Constituição. Salientou que a representação apresentada, que vai ao encontro do debate no STF, solicita aos conselheiros e às conselheiras que interpretem qual é o papel do CNS. Nessa linha, perguntou: A pactuação da CIT é obrigatória e pode o Ministério da Saúde não a cumprir? O que fazer em relação às ressalvas já apresentadas? Para onde irão mais de R\$ 40 bilhões que não possuem cobertura financeira no exercício de 2017 e os mais de R\$ 2 bilhões de 2016 que o governo se recusa a compensar? Citou análise do Procurador-Geral da República, Rodrigo Janot, por ter devida concordância: “Devido à essencialidade das ações e serviços públicos de saúde, quadro de recessão econômica não tem potencialidade para validar constitucionalmente as disposições impugnadas. O tratamento que o constituinte originário conferiu ao SUS foi de imunizá-lo de vicissitudes políticas. Para tanto, alçou a saúde à categoria de direito fundamental e montou arcabouço necessário para sustentá-la, por meio de financiamento público do SUS. Assegurou acesso universal e igualitário as suas ações e serviços e estabeleceu, como diretriz do sistema, atendimento integral (CR, arts. 196, caput, e 198, II). O financiamento público, como dito, é um dos pilares do sistema e pressupõe progressividade, ao menos até que se cumpra a meta do art. 196 (acesso universal e igualitário). Não por outra razão, a Lei Complementar 141/2012 vedava, mesmo em hipótese de variação negativa do PIB, redução do valor nominal investido no ano precedente.” Acrescentou que o ministro Ricardo Lewandowski, relator desse processo no STF, está consciente da relevância desse debate. Frisou que em 2016, o piso, e não teto, é 15% e a vedação do retrocesso é o princípio inspirador. Salientou que o direito fundamental à saúde é cláusula pétrea e o piso de custeio da educação e saúde é cláusula pétrea, equiparado ao *habeas corpus*. Por fim, solicitou que a interpretação da Constituição Federal seja feita segundo o princípio da dignidade da pessoa humana. Na sequência, expôs **Janaína Camargo Rosal**, assessora do Procurador Júlio Marcelo de Oliveira, que apresentou representação ao TCU. Esclareceu que na representação o Procurador encampou os argumentos da procuradora Élide Graziane, assim, não há dúvida que o percentual de 15% é obrigatório no exercício de 2016. Salientou ainda que, ao revogar o § 2º, sabia-se das consequências orçamentárias e MP e TCU não defenderiam algo que contrariasse a responsabilidade fiscal. Clarificou que a intenção da representação é garantir a compensação do mínimo de 2016 e que sirva de base para os próximos 20 anos. Explicou que o TCU ainda não se posicionou quanto a esse ponto; o primeiro posicionamento do Tribunal é da unidade técnica e, em análise preliminar, o entendimento foi que não havia ilegalidade. O Ministro Bruno Dantas acompanhou, não concedendo a cautelar, mas pediu para ouvir os órgãos envolvidos. O processo voltará à unidade técnica para nova manifestação quanto ao mérito e passará pelo Ministério Público de Contas. Após esse trâmite, segue para o ministro relator que apresentará voto no Plenário, com debate, e decisão do TCU. Disse que tem percebido preocupação dos gestores quanto à responsabilização, especialmente depois da recusa à prestação de contas do Presidente da República. Assim, deixou claro, nesse caso, que não busca penalização da gestão, mas sim a compensação dos valores devidos no exercício de 2016. Finalizando, disse que se espera do Executivo um plano para essa compensação do mínimo de 2016 e dos Restos a Pagar cancelados. Concluídas as exposições, o coordenador da mesa agradeceu as expositoras pelas informações que colaboram para análise no RAG. Na sequência, abriu a palavra ao Plenário. **Manifestações.** Conselheiro **Willen Heil e Silva** agradeceu as falas das expositoras, especialmente à procuradora **Élide Graziane**, e solicitou orientações sobre o melhor caminho a ser adotado para enfrentar algumas questões, como as ressalvas do CNS ao RAG. Manifestou preocupação com a DRU e a repercussão no custeio da saúde e com o contingenciamento constante de programas, apesar das reiteradas ressalvas do CNS. Também destacou o problema da natureza seletiva do ajuste fiscal e da falta de assessoria técnico-jurídica própria do CNS, o que dificulta as

ações do Colegiado. Lembrou que o CNS já apresentou soluções para a crise, entre elas, a taxa-  
das grandes fortunas, mas estas não foram consideradas pelo governo. Também perguntou à  
procuradora porque não é realizada auditoria da dívida pública, conforme define a Constituição Federal  
e questionou até quando a Carta Magna será descumprida. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**  
agradeceu as exposições porque contribuíram para enriquecer o contraditório. Salientou que o debate  
não se refere apenas à questão numérica (de 14,7% para 15%), ou de tempo (15 a 30 de dezembro de  
2016), mas sim de compromisso do Estado com a política pública e o financiamento da saúde.  
Lembrou, inclusive, que a Lei nº. 241, transformada na EC nº. 95, começou a ser gestada em junho de  
2016, portanto, já seria possível prever o que aconteceria em relação ao percentual constitucional a ser  
investido na saúde. Disse que o Conselho exige o cumprimento do definido na Constituição e reiterou  
que é preciso considerar a não aplicação em ASPS no período. Também frisou que é preciso observar  
com muita atenção o art. 17 da LC 141. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** cumprimentou a  
Mesa Diretora do CNS pela organização do debate e agradeceu as expositoras pelas informações que  
contribuem para o debate. Pontuou três questões centrais neste debate que precisam ser abordadas:  
recomendações do CNS; situação dos Restos a Pagar; e percentual mínimo a ser aplicado. E, desses  
três pontos, destaca-se o debate sobre o percentual, que é uma questão nova. Disse que o CONASS  
sempre defendeu financiamento do SUS adequado, suficiente e lembrou a defesa dos 10% e posição  
contrária à Emenda nº. 95. Destacou que esse debate é importante, mas carece de uma definição  
sobre qual o mínimo a ser aplicado em 2016. Destacou que o CONASS acompanhará a definição e  
considerou que estava deve ser a posição do CNS. Conselheiro **Marcos da Silveira Franco**, primeiro,  
manifestou satisfação por participar do CNS na condição de conselheiro, representando o Ministério da  
Saúde. Agradeceu as expositoras pelas falas e avaliou que a questão pode ser dividida em duas partes  
– uma análise do momento presente; e uma análise histórica do processo. Na perspectiva da análise  
histórica, destacou que a definição do montante de recursos para a área da saúde sempre foi do  
Estado Brasileiro e isso leva a um processo histórico de desfinanciamento do SUS. Destacou, em 2016,  
o esforço da gestão do Ministério da Saúde na busca por mais recursos para a saúde, além do previsto  
originalmente, inclusive para cumprir pactuações da CIT. Explicou que foi feito levantamento que foram  
cumpridas quase a totalidade das questões pactuadas na Comissão. Todavia, em janeiro de 2017,  
novas demandas chegaram, demonstrando que as pactuações geraram demandas desconhecidas.  
Com isso, gerou-se na Tripartite uma resolução vinculando processo de investimento em qualquer um  
dos entes ao processo de custeio. Destacou que cabe ao Legislativo elucidar as questões colocadas  
pelas expositoras e ao Ministério da Saúde acatar a definição. Após essa fala, o coordenador da mesa  
abriu a palavra à integrante do GT da PFDC, **Roberta Peixoto**, que agradeceu o convite e despediu-se  
do Colegiado, desculpando por não poder permanecer até o fim do debate, por conta de evento no  
Conselho Nacional do Ministério Público. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** chamou a atenção  
para a qualidade do debate e saudou a Mesa Diretora do CNS pela organização. Disse que a posição  
do CONASEMS é semelhante a do CONASS e frisou que quanto mais recursos para as ações de  
serviços de saúde, melhor para os municípios que terão mais recursos para desenvolver as ações.  
Todavia, a preocupação se refere ao percentual de recurso que a gestão deve trabalhar. Salientou que  
há interpretações diferentes sobre o percentual mínimo a ser aplicado e é preciso posição definitiva do  
TCU para nortear as definições. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** agradeceu as expositoras  
pelas informações que contribuíram para nortear o debate e manifestou satisfação com o  
reconhecimento do esforço histórico do Ministério da Saúde para assegurar mais financiamento para  
saúde. Também destacou como ponto positivo o TCU ter aceitado a representação apresentada pela  
procuradora **Élida Graziane** e por **Francisco Funcia**, assim, deve-se aguardar o parecer do Ministro-  
Relator, Bruno Dantas, e a definição do TCU para definir o melhor caminho a adotar. Conselheira  
**Ubiraci Matildes de Jesus** saudou as expositoras pelas abordagens e perguntou à procuradora **Élida**  
**Graziane** o que fazer em relação à decisão do Executivo e do Parlamento que congelou o orçamento  
da saúde por 20 anos. Também cumprimentou o esforço da COFIN, na pessoa do assessor técnico  
Francisco Funcia, para dar subsídios à discussão no Plenário. Salientou ainda que o CNS precisa  
conhecer a situação da situação da saúde nos estados, inclusive para contribuir na solução dos  
problemas. Conselheiro **Moysés Toniolo** ressaltou que a discussão vai além da definição do  
percentual a ser aplicado, porque representa, nos municípios, desfinanciamento de serviços. Destacou  
que a saúde não é prioridade e lembrou que os conselheiros nacionais podem ser penalizados ao  
aprovar o RAG com ressalvas. Salientou ainda que a não compensação dos Restos a Pagar é um  
dificultador porque agrava problemas como falta de recursos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**  
saudou as expositoras e destacou o esforço do CNS para cumprir as tarefas legalmente definidas, entre  
elas, a análise dos relatórios de gestão. Explicou que a Mesa Diretora do CNS pautou o debate sobre o  
percentual mínimo sobre o percentual mínimo para aplicação em ASPS, inclusive assegurando  
contraditório, para aprofundar as discussões e contribuir na análise do RAG. Todavia, lembrou que o  
Conselho já se posicionou sobre o percentual mínimo a ser aplicado e as consequências das medidas  
adotadas. Nessa linha, frisou que o Colegiado não deve abdicar da sua responsabilidade de analisar o



RAG, nem aguardar a posição do TCU para se manifestar. Destacou que há outras questões que merecem aprofundamento como as ressalvas ao RAG, Restos a Pagar, análise da execução orçamentária do Ministério da Saúde. **Retorno da mesa.** A representante do TCU, **Janaína Camargo Rosal**, clarificou que a data da promulgação da EC eventualmente pode servir para afastar a responsabilidade dos gestores, mas não pode modificar a interpretação da norma que é clara. Disse que o Ministério Público de Contas busca que o TCU determine a forma de cumprimento da obrigação, por entender que a União está em dívida com a população. A representante da AGU/CONJUR/MS, **Maria Paula**, frisou que o Ministério da Saúde sempre busca ampliar os recursos da saúde e, na condição de representante da AGU, clarificou que apresentara interpretação técnica no sentido da aplicação de percentual. Também disse que essa posição não é deste momento, pois em 2013/2015, a AGU teve entendimento similar. Ressaltou ainda que o Executivo enviou projeto da PEC, mas a posição não foi a aplicação do percentual de 15% em 2016. Acrescentou que o entendimento da AGU na época foi que seria necessário implementar o dispositivo constitucional por meio das normas orçamentárias. A Procuradora **Élida Graziane** respondeu aos questionamentos esclarecendo: DRU não afetava o piso da saúde e da União, mas constrange o orçamento da seguridade social, outra fonte protetiva do direito à saúde; diálogo com o MPF e formulação de texto sobre a inconstitucionalidade progressiva da reiteração de desvinculações replicada nos estados e municípios; o contingenciamento de programas constantes de ressalvas pode configurar descumprimento de “obrigação de fazer” e o CNS deve exercer seu poder fiscalizatório para exigir a não postergação; a judicialização da saúde precisa ser trazida para o âmbito da macrojustiça orçamentária; as ressalvas do CNS ao RAG caracterizam descumprimento de obrigação de fazer e cabe ação civil pública, representação ao MPF; ajuste fiscal seletivo – falta regra de ajuste sobre as renúncias de receitas, problema da não tributação de dividendos de pessoa física; sociedade precisa acompanhar o debate no Parlamento e nos órgãos de controle; congelamento do orçamento da saúde causará explosão de demandas judiciais, com avanço de precatórios, configurando risco fiscal; o CNS deve acompanhar a análise da Ministra Rosa Weber na ADI nº 5.658, contra a EC nº. 95/2016; a falta de assessoria técnico-jurídica própria do CNS frustra a própria finalidade do Colegiado; auditoria da dívida – auditoria das dívidas passadas não é o caminho, porque não trará soluções, mas é preciso provocar o TCU, órgão responsável por cuidar das dívidas atuais, a manifestar-se (União é o único ente que não possui limite de dívida, por exemplo); é preciso falar do real conflito distributivo; não está em lide com os gestores da saúde e, quanto mais estuda o tema, percebe que é preciso apoiá-los; o Conselho não deve sustar o debate do RAG porque o TCU e o Judiciário estão debatendo a matéria, uma vez que as instâncias de controle são autônomas; obstar a tramitação de um controle somente se houver determinação judicial (a única possibilidade de interromper a análise do RAG de 2016 seria um mandato de segurança do MS para obrigar o Conselho a não decidir enquanto o STF não julgar a matéria); o MS aplicou mais de R\$ 10 bilhões acima do piso e o problema não é o Ministério da Fazenda; de 2013 a 2014 o Ministério da Saúde dispunha de dotação disponível e não gastou, porque tratava o piso como teto; gestores de boa-fé não serão punidos; transição de percentual deve ser aplicada para maior proteção do direito fundamental; a segurança jurídica deve ser assegurada com dever de progressividade; e destaque para o art. 17 da LC 141 e para o Acórdão do TCU 2.888/15 (determinação do TCU para consolidação da pactuação na CIT); a falta de cumprimento do pactuado sobrecarrega o gestor municipal; na execução do financiamento, a origem do problema não é o Ministério da Saúde; não cabe responsabilização pessoal dos conselheiros se não houver definição sobre o RAG, mas as instituições sofrerão repercussão; o juiz não pode negar jurisdição; e a análise do RAG é atribuição precípua do Conselho, ainda que haja mudanças posteriormente. Por fim, agradeceu o convite e encerrou citando o professor da USP professor Celso Capilando “o Direito não é vara de condão que resolve tudo de uma vez só e de uma vez por todas. O Direito não faz milagre. O Direito, quando muito, é bengala de cego que vai tateando às escuras, a cada passo, os limites da convivência possível. Mas se eu deixar de andar, deixar de tatear o limite do direito, o que vai prevalecer ao final da interpretação do justo e do injusto é aquilo que a outra parte disser que é justo”. Acrescentou que, se houver omissão, prevalecerá o percentual de 13,2% e destacou que o CNS deve cumprir a sua responsabilidade legal, deixando as demais instâncias atuarem no âmbito de suas competências. Sem prejuízo de debate, conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** repudiou qualquer tipo de afirmação que sequer imagine que o posicionamento do CONASS é delegar competência a outros. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, em nome do CNS, agradeceu a presença das convidadas e registrou que não havia encaminhamentos, uma vez que o objetivo deste ponto de pauta foi aprofundar o tema. Destacou as demais etapas do processo de debate: reunião da COFIN, dia 29 de junho de 2017; e reunião das coordenações de cada uma das Comissões com a COFIN, no dia 5 de julho de 2017. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** registrou como encaminhamento aguardar o posicionamento do TCU acerca do percentual para definição. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** ressaltou que esse não foi o entendimento colocado durante o debate. Com essa fala, encerrou o debate deste item. **ITEM 5 – RADAR - Política Nacional de Saúde Mental e a Internação Compulsória. Conjuntura Nacional – Estado Democrático de Direito.**

*Coordenação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e conselheira **Francisca Rego**, da Mesa Diretora do CNS. **Política Nacional de Saúde Mental e a Internação Compulsória**

*Apresentação:* **Mairla da Silva Feitosa**, representante do Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa**, Conselheiro Federal de Psicologia – CFP; e **Quirino Cordeiro Júnior**, Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – CGMAD/DAET/SAS/MS. O primeiro expositor foi o Coordenador-Geral/CGMAD/DAET/SAS/MS, **Quirino Cordeiro Júnior**, que tratou sobre a Política de Saúde Mental e internação compulsória. Começou falando sobre a Política de Saúde Mental com destaque para os seguintes marcos históricos: Portaria nº 106/2000: cria os Serviços Residenciais Terapêuticos; Lei nº 10.216/2001; Portaria nº 336/2002: define os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; Lei nº 10.708/2003: institui o auxílio-reabilitação psicossocial; e 2005: reversão histórica de financiamento (reversão, desde 2005, dos recursos financeiros anteriormente destinados quase exclusivamente à assistência hospitalar; gradual superação do modelo de atenção à saúde centrado em hospitais ao se expandir a rede substitutiva de atenção comunitária e territorial). Destacou que, em 2011, a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3.088/2011), com a ideia de rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas. A ênfase nos serviços com base comunitária, caracterizados por plasticidade de se adequar às necessidades dos usuários e familiares e não estes se adequarem aos serviços, considerando as especificidades locais e a perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações. Citou também as diretrizes da RAPS: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de redução de danos; organização dos serviços em rede de atenção à saúde, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. Detalhou os componentes e pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial: Atenção Básica em Saúde: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua e Centros de Convivência e Cultura; Atenção Psicossocial: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III, AD, AD III e IJ); Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde; Atenção Residencial de Caráter Transitório: unidade de acolhimento e serviço de atenção em regime residencial – CT; Atenção Hospitalar: leitos de saúde mental em Hospital Geral; Estratégias de Desinstitucionalização: serviços residenciais terapêuticos e Programa de Volta para Casa; estratégias de reabilitação psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda e fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares. Falou sobre os CAPS, o ponto central da RAPS, que assegura cuidado e projeto terapêutico singular, articulando os demais pontos da Rede. Destacou que, em 2016, houve incremento de 129 novos CAPS (148 CAPS, em 1998 para 2455 Centros, em 2016). Sobre a cobertura, explicou que o Brasil estabeleceu como meta um CAPS para cada 100 mil habitantes e, em nível nacional, esta já foi atingida, no entanto, expansão e qualificação são importantes, tendo em vista vazios assistenciais. Também salientou que o Ministério da Saúde tem buscado diversificar os CAPS porque quase a metade é de Centros tipo I. Falou ainda sobre o financiamento CAPS, explicando que o valor do incentivo para implantação varia de R\$ 20.000,00 (CAPS I) a R\$ 150.000,00 (CAPS AD III) e, após implantado os serviços, é repassado valor para custeio mensal, que varia de R\$ 28.305,00 (CAPS I) a R\$ 105.000,00 (CAPS AD III). Seguindo, falou sobre as estratégias de desinstitucionalização, explicando tratar-se de iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Destacou que são duas estratégias: Programa De Volta para Casa – PVC; e Serviço Residencial Terapêutico – SRT. A propósito, citou queda no número de leitos em hospitais psiquiátricos - de 51.393, em 2002, para 25 mil, em 2015. A respeito do Programa de Volta para Casa – PVC, detalhou que são 701 Municípios habilitados, 6.190 pessoas contempladas desde o início do Programa e 4.499 beneficiários cadastrados/ativos. Sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT (Portarias nº 106/2000 e 3.090/2011), explicou que são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas com internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Trata-se da criação de um espaço de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social. Detalhou as modalidades: SRT Tipo I: destinada àquelas pessoas com internação de longa

permanência que não possuem vínculos familiares e sociais; e SRT Tipo II: destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. Salientou que são 247 SRT Tipo I e 242 SRT Tipo II, totalizando 489. Ainda em relação a estratégias de reabilitação psicossocial, mostrou gráfico sobre repasses de incentivo financeiro, destacando que, em 2016, o governo financiou 133 projetos, aportando R\$ 3,5 milhões. Falou sobre o Programa “Crack é Possível Vencer”, destacando: instituição de incentivo financeiro de investimento para construção de CAPS e Unidades de Acolhimento (Portaria nº 615/2013); reajuste de financiamento de custeio de CAPS III e AD III (Portaria nº 1966/2013); lançamento de edital “Projeto de Reinserção Social de pessoas com necessidades decorrentes de uso de Crack, álcool e outras drogas – Comunidades Terapêuticas”: 10 Projetos selecionados, somente 1 execução. Até o momento não há nenhuma Comunidade Terapêutica habilitada pelo Ministério da Saúde; expansão de leitos de saúde mental em hospital geral, CAPS AD III, Unidades de Acolhimento e Consultórios na Rua; profissionais capacitados entre 2014 e 2017 - Caminhos do cuidado – 290.197, Curso EAD Álcool e outras Drogas – 7.238, Curso EAD Saúde Mental na Infância e adolescência - 1.623 e Curso EAD Crise Urgência em Saúde Mental - 1.456. Também fez um destaque ao Projeto de Percursos Formativos na RAPS, salientando que contempla várias ações com a ideia de redes receptoras e visitantes. Ainda sobre Projeto de Percursos Formativos na RAPS, destacou a chamada pública para seleção de projetos contemplando apoio financeiro a Municípios para ações de Educação Permanente na RAPS: ações de formação no âmbito específico da troca de experiências *in loco* entre profissionais, intercâmbio de experiências, oficinas de Integração no território das redes visitantes, engrenagens dos Percursos Formativos – supervisão em rede e Plano de Educação Permanente. Ainda sobre Sistema de Prevenção, destacou a expansão com a finalidade de se tornar política pública (a meta, em 2017, é estar em 17 estados. Na linha do fortalecimento das redes de proteção intersetorial nos territórios, citou os três programas para ampliar a capilarização: Programa Elos, Programa #Tamojunto e Famílias Fortes. No que se refere às ações em Curso em 2017, destacou as seguintes: constituição do Grupo de Trabalho de “Prevenção do Suicídio” para operacionalização das diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Portaria nº 1.867, de 14 de agosto de 2006) - maio/2017: realização do Workshop Estabelecendo diálogo para prevenção do suicídio no Brasil; Lei nº 13.438 de 26 de abril de 2017: altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo SUS de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças; e expansão do Sistema de Prevenção em Dependência Química. Feito esse panorama das ações de saúde mental, passou a tratar das internações compulsórias. Iniciou destacando que os seguintes pontos da Lei nº. 10.216/2001: o inciso VIII, do art. 2º da Lei - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; Artigo 4º - (...) A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes; Artigo 6º - a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça; comunicado ao Ministério Público - Artigo 8º - (...); e § 1º: A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. Detalhou dois aspectos da **internação compulsória**: Lei 10.216/2001 – Internação Civil; e Código Penal – Medida de Segurança. Salientou que as internações involuntárias e compulsórias não podem ser feitas em comunidades terapêuticas: RDC ANVISA 29: Voluntário; e ideia central: livre adesão. Também citou a Portaria nº. 148/2012, que implanta leitos de saúde mental em hospital geral, salientando: necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, preservação da vida e tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas, bem como de ampliar o acesso ao tratamento hospitalar em hospitais gerais às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Concluída a explanação do representante do Ministério da Saúde, a coordenadora da mesa lembrou que o radar é um item de pauta para debater temas emergentes, portanto, diante do ocorrido no Estado de São Paulo, a Mesa Diretora do CNS organizou este debate. A segunda expositora foi a representante do Movimento Nacional de População de Rua - MNPR, **Mairla da Silva Feitosa**, que iniciou a sua fala com críticas às políticas de internação compulsória, a exemplo da realizada pela prefeitura de São Paulo para conter a população que vive na área denominada “Cracolândia”, por entender que essa estratégia traz mais prejuízos que benefícios à população de rua. Salientou, inclusive, que a realidade da população de rua é bem diferente da apresentada pelo representante do Ministério da saúde. Também falou com preocupação sobre as comunidades terapêuticas, por conta de relatos de mortes e violações de direitos humanos, além de

maus tratos, ocorridos nesses locais. Além disso, denunciou que, em muitos dessas comunidades, há imposição religiosa às pessoas internadas nas comunidades terapêuticas, desconsiderando o princípio da laicidade do Estado das políticas públicas. Defendeu tratamento digno à população de rua, com garantia de consultórios na rua, CAPS AD 24h, residências terapêuticas. No caso da “Cracolândia”, lembrou que muitas famílias moram no local e foram colocadas em risco com a ação. Salientou que o uso problemático de álcool e drogas não pode ser tratado como caso de polícia e deve-se garantir política pública para tratar de forma humanizada a população em situação de rua e a usuária de drogas. O terceiro expositor foi o representante do CFP, **Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa**, que começou agradecendo a oportunidade de debater o tema da internação compulsória no Conselho e registrando que o CFP defende a democracia e os direitos humanos, presando por prática psicológica pautada pela ética e pelo compromisso social. Ao debater o tema, disse que é preciso considerar dois pressupostos: nunca existiu e não existirá uma sociedade sem drogas; e cada usuário desenvolve relação singular com as drogas (alguns sujeitos desenvolvem dependência química, que é o alvo das políticas públicas). Explicou que a dependência é multifatorial, mas algumas condições marcantes na vida dos sujeitos podem facilitar o desenvolvimento de dependência e dificultar o tratamento como violência, exclusão. Nessa linha, destacou que população negra, jovem, com baixa escolaridade, sem emprego, famílias monoparentais são mais vulneráveis à dependência química e apresentam mais dificuldades de acessar políticas públicas. Salientou que essas questões são marcadores importantes para a política pública, especificamente na definição de serviços para atender a população. Frisou que essa população é marginalizada, vulnerabilizada, sem voz e não tem acesso a políticas públicas. Na perspectiva do tratamento, disse que há disputa no campo teórico e prático, abstinência completa do uso da droga ou perspectiva psicossocial ou biopsicossocial, e o Ministério da Saúde aponta para a prática da política de redução de danos. Em relação às ações do poder público que optam prioritariamente pela internação compulsória, explicou que o uso de drogas é uma questão secundária, pois a intenção é “esconder” determinada população e acessar mais recursos a partir de serviços estabelecidos por meio de mecanismos como comunidades terapêuticas. Reiterou que há disputa teórica e prática sobre a forma de trabalhar situações como essa. Lembrou que o país já adotou a lógica de colocar pessoas em locais fechados e criou hospitais como Barbacena, Alberto Maia. Nos termos da Lei, frisou, a internação compulsória, enquanto possibilidade de intervenção, deve ser a exceção da exceção, mas, em alguns espaços, tem sido a primeira alternativa. Disse que o CFP defende a RAPS como ponto de interligação dos pontos de atendimento da Rede, entendendo que o CAPS é importante, mas não dá conta, sozinho, de resolver a situação. Destacou que esses Centros são espaço de passagem e é preciso ter cuidado para não se tornarem “novos manicômios”, com ações centralizadas. Finalizando, reforçou que o CFP defende o fortalecimento da RAPS, com práticas que produzam autonomia do sujeito e não tutela, evitando a criação de espaços com a lógica manicomial, bem como a construção de novos hospitais colônias. Na sequência, foi aberta a palavra ao Plenário e das intervenções emergiram as seguintes questões: destaque para o dia 18 de maio que marca, no Brasil, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial; o que ocorreu em São Paulo foi “higienismo” e deve ser repudiado, mas, por outro lado, chamou a atenção para o tema; quando será o Colegiado Nacional das RAPS? Como está a composição da Rede?; Quando o “Livro Saúde Mental 2016” será publicado?; Como está a situação dos equipamentos para habilitação?; Estado da Bahia vive um momento de desinstitucionalização e preocupa a proposta de criar leitos em hospitais gerais do SUS e as iniciativas no Estado de retomar modelos como cirurgia psiquiátrica e eletrochoque; preocupação com práticas higienistas estabelecidas no país a partir de grupos fundamentalistas, representando retrocessos nos direitos humanos; ausência de política efetiva de redução de danos para tratar a população usuária de drogas; a internação compulsória, como no caso de São Paulo, significa desqualificação do indivíduo – política de encarceramento da população; a Rede não está preparada para trabalhar a questão da diversidade e orientação de gênero; é importante adotar iniciativas para reforçar a laicidade das políticas públicas de saúde; proposta: recomendar aos Conselhos Estaduais de Saúde que visitem as comunidades terapêuticas para tomar conhecimento da realidade nesses locais; proposta: sugerir ao Ministério da Saúde que defina regras para padronizar as comunidades terapêuticas, assegurando melhores condições de trabalho para os profissionais e acolhimento mais humanizado às pessoas; sugestão que o CNS aprove nota de repúdio ao que ocorreu em São Paulo; o CNS preza pelos direitos humanos e pela democracia; no caso dos terapeutas ocupacionais, destaque para oportunidade de as pessoas exercerem suas ocupações de forma significativa nos seus cotidianos; ação ocorrida em São Paulo visa eliminar a população que não se deseja ver e vai contra os princípios dos direitos humanos; é preciso considerar neste debate, dados do Atlas da Violência 2017, com destaque para: a cada 100 pessoas assassinadas, 71 são negras; não é possível desvincular dados de violência e a perspectiva das comunidades terapêuticas – fiscalização do CRP em 43 Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas identificou vários tipos de violação de direitos humanos, como trabalho forçado, participação compulsiva em cultos religiosos, medicalização excessiva, homofobia, transfobia e morte; a crítica não se refere ao modelo da RAPS, mas sim à forma como o modelo tem sido implantado (fechamento de

hospitais psiquiátricos e desassistência da população sem investimento nos CAPS, por exemplo); o CNS manifestou-se contra o repasse de recursos públicos para comunidades terapêuticas e ação da procuradoria federal dos direitos do cidadão suspendeu financiamento para essas instituições, mas, ainda assim, senso das comunidades demonstra que 35% dessas instituições recebe alguma forma de financiamento público; os locais com ausência dos serviços públicos é onde há mais comunidades terapêuticas; que o CNS aprove recomendação aos cuidados exitosos, somando-se ao tratamento das doenças mentais e usuários de drogas; a essência do processo é exclusão social como o que ocorre no mundo capitalista; o desafio é definir diretrizes para estabelecer política de ação a drogas; Qual a visão da Coordenação sobre a atual política de saúde mental?; é preciso potencializar o que a RAPS tem de melhor; ação que ocorreu em São Paulo ocorre em outros lugares e é o retrato do racismo e da violência institucional; Estado sempre esteve ausente na questão da saúde mental, por isso, as religiões assumiram esse lugar; e o momento é de qualificar o modelo, para debater as políticas de equidade. **Retorno da mesa.** O Coordenador/CGMAD/DAET/SAS/MS, **Quirino Cordeiro Júnior**, em resposta às intervenções, disse que: ainda não foi marcada data da reunião do Colegiado; a equipe técnica da área é composta por 30 pessoas e está debatendo a ampliação qualificada; no final de 2016 foram habilitados 129 CAPS, 127 SRT, 155 leitos, oito unidades de acolhimento e está sendo realizado levantamento sobre os serviços a serem habilitados; Coordenação fará levantamento sobre os serviços em diligência; o trabalho interfederativo é de fundamental importância; financiamento não dá conta do volume de gastos a serem efetivados nos serviços da RAPS; hoje, 175 obras estão sendo financiadas pelo MS; 23 de junho é o prazo final para que os municípios atualizem dados sobre a situação das obras no SISMOB; é preciso aprofundar o debate sobre obras da RAPS iniciadas e não concluídas (no final de 2016 foi publicada portaria de devolução de recursos relativos a mais de 140 obras da RAPS iniciadas e não concluídas); RDC n°. 29 proíbe internação involuntária e compulsória em comunidade terapêutica, a livre adesão marca a entrada e a permanência nesses locais; Coordenação está identificando a situação da rede; expansão da RAPS precisa ser direcionada, inclusive para dar conta dos vazios assistenciais; as esferas de gestão precisam debater a questão do financiamento; e o monitoramento da Rede é essencial. A representante do MNPR, **Mairla da Silva Feitosa**, salientou que a internação compulsória é uma forma de “higienização” mascarada que precisa ser combatida. Destacou que a população de rua enfrenta toda a forma de violência e de violações e a realidade é diferente do que vê nas apresentações. Por fim, agradeceu a oportunidade de debater o tema no Conselho. O representante do CFP, **Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa**, pontuou na sua fala os seguintes aspectos: a ausência do Estado abre espaço para práticas ligadas a perspectiva religiosa e o CNS possui papel fundamental na vigilância; o CFP realizou inspeção nas comunidades terapêuticas, em 2011, e identificou violações de direitos e o Conselho coloca-se à disposição para realizar nova inspeção; preocupação com a padronização das comunidades terapêuticas porque a arquitetura única pode facilitar o processo de institucionalização; é preciso transformar o imaginário social sobre a dependência química e a loucura (“louco” deve estar afastado e visão do usuário de drogas como criminoso); e a sociedade vive paradigma do consumo, o que incentiva o “consumo” de drogas. Por fim, colocou o CFP à disposição para outros debates. A coordenação da mesa agradeceu os convidados e a convidada e encerrou este ponto de pauta. **Conjuntura Nacional – Estado Democrático de Direito - Apresentação:** conselheiro **Wanderley Gomes**, representante do segmento dos usuários; conselheiro **Willen Heil**, representante do segmento dos profissionais de saúde; e conselheiro **Marcos da Silveira Franco**, representante do segmento dos gestores/prestadores de serviço. O primeiro expositor foi o representante do segmento dos usuários, conselheiro **Wanderley Gomes**, que iniciou sua fala destacando que o sucateamento do SUS é consequência da lógica capitalista e sua influência na política pública. Recuperou que o país sofreu golpe de Estado em 2016, com impeachment da Presidente da República, e desde então o Brasil enfrenta ataques à democracia e à saúde pública. Diferente do argumento utilizado para justificar o “golpe” – “o Brasil iria melhorar”, observa-se que a situação do país piorou. Nesse período, houve aumento considerável do índice de desemprego (15 milhões de brasileiros desempregados); ampliação do conflito no campo e nas regiões urbanas; profunda recessão, com queda do PIB; aumento de desemprego considerável no setor de serviços. Além disso, o Brasil vive estado de exceção e a crise, inicialmente política e econômica, passou à institucional e pode levar o país a insolvência. Para ilustrar, disse que estudo feito pela ex-ministra Tereza Campello afirma que “nós brasileiros perdemos um direito por dia nos últimos 365 dias”. Na linha do desmonte do Estado Nacional, citou a EC n°. 95 e reiterou a necessidade de dar resposta à altura aos males que causa à população. Destacou que o governo busca realizar reformas democráticas para retirar direitos do povo na lógica ultraliberal de favorecer o mercado nas diversas áreas – educação, saúde, infraestrutura. Também fez referência à Operação Lava Jato, destacando que é preciso punir os responsáveis pelos crimes, mas não deve significar a desestruturação do setor produtivo e de geração de emprego do Brasil, como aconteceu no ramo da construção civil. No mais, disse que o controle social deve estar atento aos movimentos políticos em curso no país e frisou que não há consenso entre as forças conservadoras que contribuíram para o “golpe” e sua manutenção.

Diante desse quadro, frisou que é urgente ampla unidade dos setores democráticos, progressistas e patriotas do país no sentido de reforçar o sentimento de mudanças por meio da campanha das “Diretas” (*para Presidência da República*). Inclusive, lembrou que foi chamada greve geral para o dia 30 de junho e há movimento na Câmara dos Deputados para lançamento da frente pela reforma democrática. Frisou que é preciso reforçar a campanha das diretas para presidência da república, com legitimação por meio do voto popular, a fim de não romper o pacto democrático. E a partir daí pensar na construção de outro projeto nacional de desenvolvimento. Na sequência, expôs o conselheiro **Willen Heil**, representante do segmento dos profissionais de saúde, que iniciou agradecendo a oportunidade de expor sobre o tema e cumprimentando a Mesa Diretora do CNS por essa pauta. Destacou que a Constituição Federal, no *caput* do art. 1º, define “República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em *Estado Democrático de Direito* e tem como fundamentos (...)”. Todavia, fatos da realidade coloca em cheque a validade desse conceito que deveria garantir não só a proteção aos direitos de propriedade, mas também defender, por meio das leis, o rol de garantias fundamentais, baseado no princípio da dignidade humano. Salientou que, ao prever o direito na Constituição, o cidadão é munido de instrumentos e mecanismos constitucionais para torná-lo efetivo. Nesse contexto de necessário reconhecimento do direito à saúde, salientou que se depara com o modo de atuação do Judiciário. Destacou que a noção de Estado Democrático de Direito está sendo abalada por conta da quebra dos princípios que a determinam. Acrescentou que as normas jurídicas previstas na Constituição são aplicadas de maneira desigual pelo poder público, pois, em geral, atendem com maior rapidez os interesses da classe dominante, enquanto a maior parte da população sofre com os efeitos do Estado que, muitas vezes, não atende sequer os direitos fundamentais dos cidadãos. Disse que o temor em relação ao futuro aumenta, por exemplo, diante de propostas como planos de saúde acessíveis como saída desesperada. Ressaltou que o discurso da falta de recurso para contratação pública não é verídico diante de auxílios que aumentam salários, direitos previdenciários diferenciados, utilização de erário público para pagamento de hospitais privados para entes políticos e públicos; comprovação de fraudes, entre outros. Citou ainda os golpes presenciados na Política - afastamento da chefe do Poder Executivo, por exemplo – não cumprimento do referendado pelas conferências de saúde e reprodução dos Relatórios de Gestão pelo controle social, sem intervenção dos órgãos de controle da justiça. Disse que a democracia está se restringindo a escolha daqueles que, em tese, representam a vontade do povo, mas que, na realidade, modificam continuamente a Carta Magna do país em prol de interesses econômicos, desconsiderando os princípios fundamentais do Estado democrático de direito. Frisou que a adoção do termo estado democrático de justiça social não condiz com a realidade de uma parcela da população que vive na miséria e pobreza. Além disso, destacou, a falta de penalidade exemplar que gera sentimento de banalização (“uma pessoa que rouba para comer é presa” e “outra que rouba para enriquecer é premiada por meio de delegação, gerando sentimento de impunidade e descrença). Sendo assim, a ideia de estado de direito, em sua amplitude, não condiz com a realidade do país, devido ao desrespeito aos seus fundamentos e princípios. Assim, frisou que cabe a cada um dos conselheiros e conselheiras, por meio do exercício pleno da cidadania, garantir que a justiça social seja efetivamente cumprida por todos para que o Estado democrático seja, enfim, a realidade de todo o Brasil. Conselheiro **Marcos da Silveira Franco**, representante do segmento dos gestores/prestadores de serviço, abordou o tema a partir de quatro dimensões. Primeiro, colocou que a crise pela qual o país passa nesse momento não tem origem especificamente no Brasil, ou seja, possui fator mundial importante que precisa ser compreendido e considerado. Em segundo lugar, pontuou que existe crise política instituída no país e a expressão maior da crise refere-se à perda, por parte da ex-Presidente da República, da coalização política no Parlamento e, por consequência, perda da sustentabilidade política. Seguindo, fez uma análise sobre as condições do SUS, explicando que a crise do Sistema possui várias origens. Disse que o Sistema possui “ilhas” de excelência e possui deficiência genérica ampla e grave, por diversas causas – desfinanciamento, alternância de governo, pluralidade política, modelo de atenção, modelo de gestão. Destacou que a gestão do Ministério da Saúde não é favorável a modelo de programas verticalizados, mas a favor de um processo de fortalecimento do processo de planejamento, da responsabilidade dos gestores municipais e municipais, fortalecimento do projeto de regionalização e definição de atributos essenciais de modelo de atenção à saúde. Destacou que é preciso retomar a ideia objetiva do SUS que se desejava implantar no país e batalhar nesse sentido. Registrou que, para enfrentar a crise histórica do SUS e do país, é preciso trabalhar com responsabilidade, com construção de consensos e pactuação e melhor análise da situação, além de revisar a atual estrutura política do país. Na sequência, foi aberta a palavra aos conselheiros. No debate, foram levantadas, entre outras, as seguintes questões: é preciso reagir e reunir forças para enfrentar o processo de radicalização do rompimento do estado democrático de direito; as entidades e movimentos que são contra os desmontes ocorridos devem lutar em favor do SUS e da democracia; é preciso considerar que nenhum resgate é possível se não houver resgate da cidadania; e os princípios da Constituição Federal devem nortear os debates e as lutas. Na sequência, os expositores fizeram



considerações gerais sobre as falas dos conselheiros. **Deliberação: como resultado da mesa de debate, o Plenário decidiu: 1) desenvolver atividades para que o controle social utilize as suas estruturas em defesa do Estado Democrático de Direito; 2) reafirmar a Defesa de “nenhum direito a menos”; 3) reforçar a agenda das forças sociais e jurídicas em defesa do Estado Democrático de Direito, impedindo o desmonte e indicar a necessidade de reforçar as iniciativas de entidades, a exemplo da CUT (oferecer a agenda do CNS a essas forças); 4) contribuir na formação de forças políticas e sociais dos conselhos para reafirmar que o controle social não aceitará nenhum direito a menos; e 5) cumprir a agenda do CNS e fazer com que a democracia participativa seja expressa em toda a sua força.** 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 Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Guilherme Franco Netto**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Albervan Reginaldo Sena**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Alessandra Ribeiro de Souza**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduelo**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Ana Paula Batista Soledade**, Associação Brasileira de Ostimizados – ABRASO; **Antonio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde - MS; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Deise Araújo Souza**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas - FNO; **João Bosco Cavalcanti Chaves**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Laura Davison Mangilli Toni**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Marco Aurelio Antas Torronteguy**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho**, Ministério da Saúde; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; e **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; **Tathiane Aquino de Araújo**, Rede Nacional de Pessoas Trans- Rede Trans Brasi; **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o item 6 da pauta. **ITEM 6 – 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - Documento Orientador - Apresentação:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, coordenador adjunto da 1ªCNVS; e conselheiro **Guilherme Franco Netto**, integrante da Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CNVS. *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Guilherme Franco**

**Netto** fez a leitura do documento orientador da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, elaborado pela Comissão de Formulação e Relatoria da 1ª CNVS, e os conselheiros apresentaram contribuições. O documento contempla, nas suas trinta laudas, os seguintes pontos: **1) Apresentação** – destaca o objetivo central da 1ª CNVS: “Propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde”; Regimento da 1ª CNVS, que define as etapas municipal, estadual e nacional e o temário da CNVS, entre outras deliberações; tema central da conferência: “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; eixo principal da 1ª CNVS: “Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro - fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde”. **2) Eixo Principal - Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito à Proteção e Promoção da Saúde do povo Brasileiro - fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde. Antecedentes. 3) Perguntas. Subeixo 1 - O Lugar da Vigilância em Saúde no SUS. Subeixo 2 - Responsabilidades do Estado e dos governos com a vigilância em saúde. Subeixo 3 - Saberes, Práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde. Subeixo 4 - Vigilância em saúde participativa e democrática para enfrentamento das iniquidades sociais em saúde. Concluída a leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões: contemplar vigilância em saúde, promoção e proteção à saúde; o texto deve ter uma linguagem mais simples; incluir pergunta sobre saúde do trabalhador – “atenção e responsabilidade da vigilância”; e, na revisão, fazer a conexão para explicitar a ideia de articulação. O coordenador adjunto da 1ª CNVS, explicou que será elaborada cartilha, com linguagem mais acessível, para contribuir com a compreensão do documento orientador. Também informou que será feita revisão e a versão final não apresentará notas explicativas. Destacou ainda que as questões/preocupações levantadas pelos conselheiros estão contempladas nos subeixos. Após esses esclarecimentos, o coordenador da mesa colocou o documento em votação. **Deliberação: aprovado, por maioria, o texto do documento orientador, com os adendos feitos pelo Plenário. Também foi definido que será elaborada cartilha, com linguagem mais acessível, para contribuir com a compreensão do documento orientador.** Seguindo, o coordenador adjunto da 1ª CNVS, fez um breve informe sobre a última reunião da Comissão organizadora, destacando os seguintes pontos: **1)** foi feito ajuste nos critérios para indicação de Participantes das Conferências Livres para participar da Etapa Nacional da 1ª CNVS, portanto, seria necessário apreciar nova resolução; **2)** logomarca - não foi concluída, porque houve mudança na coordenação da comissão de comunicação do CNS e na empresa responsável pela elaboração da logo; e **3)** conferências estaduais – balanço das já realizadas. Feito esse preâmbulo, passou a apresentar as diretrizes metodológicas para a 1ª CNVS (*texto aprovado em Reunião da Comissão Organizadora e Comissão Executiva realizada em 06 de junho de 2017*): I – Dos objetivos, tema central e eixos de discussão. 1 - A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) tem como objetivos: I - Propor diretrizes para a Formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento da vigilância em saúde; II - Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, centrada no direito à Proteção da Saúde, e alicerçada em um SUS público e de qualidade; III - Definir o papel da Vigilância em Saúde na integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde; IV - Fortalecer o território como espaço fundamental para a implementação da política e das práticas da Vigilância em Saúde; V - Fortalecer os programas e as ações de Vigilância em Saúde; VI - Fortalecer as políticas intersetoriais para promoção da saúde, redução de riscos, prevenção e controle de agravos e doenças, inclusive as negligenciadas; VII - Fortalecer a participação social na Vigilância em Saúde; VIII - Discutir as responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde. 2 - A 1ª CNVS tem como tema central: “Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade” e eixo principal: Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito de Proteção e Promoção da Saúde e Prevenção de agravos. 3 - Os Subeixos temáticos da 1ª CNVS, definidos na Resolução CNS nº 535/2016, estão agrupados da seguinte forma: Eixo transversal - (A ser discutidos por todos os grupos da Conferência). Subeixo 1 - Lugar da Vigilância em Saúde no SUS que terá como elementos: O papel da vigilância em saúde na integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde; A garantia de acesso; O Modelo de atenção e a territorialização. Subeixo 2 - Responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde. Subeixo 3 - Saberes, Práticas, processos de trabalhos e tecnologias na vigilância em saúde que terá como elementos: A Formação e as Relações de Trabalho; A Pesquisa e Desenvolvimento; A implementação de políticas intersetoriais para promoção da saúde e redução de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas; A gestão de risco como estratégias para a identificação, planejamento, intervenção, regulação, ações intersetoriais, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à população; Monitoramento de vetores e de agentes causadores de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas; A integração das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública. Subeixo 4 - Democracia e Participação social no fortalecimento da vigilância em saúde:**

§1º O Documento Orientador da 1ª CNVS, de caráter propositivo, será elaborado por representantes da Comissão Organizadora, da Comissão Executiva e da Comissão de Formulação e Relatoria, com base no eixo e subeixos temáticos da 1ª CNVS e deverá considerar as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Saúde. §2º Os eixos e subeixos poderão sofrer ajustes, respeitando o debate acumulado pelo Conselho Nacional de Saúde. II – Da participação: 1 – A composição do conjunto de Delegadas e de Delegados e de convidadas e convidados das Etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal (DF) e Nacional da 1ª CNVS, buscará atender aos seguintes critérios de equidade: a) de gênero, identidade de gênero e diversidade sexual; b) étnico-raciais, em especial da população negra e indígena, bem como das comunidades originárias e tradicionais, respeitado seu peso demográfico e suas especificidades regionais e locais; c) das populações rurais, do campo e da floresta, das águas e das periferias urbanas; d) de entidades, coletivos e movimentos de jovens e de idosos e aposentados; e e) de grupos, associações e movimentos de pessoas com deficiências, patologias e doenças raras ou negligenciadas. 2 – A composição do conjunto de Delegadas e de Delegados à Etapa Estadual e do Distrito Federal e à Etapa Nacional, quando possível, promoverá o mínimo de 50% de mulheres em cada delegação. 3 – A representação nas Etapas Municipal e ou Macrorregional, Estadual e do Distrito Federal e na Etapa Nacional da 1ª CNVS será obrigatoriamente constituída por: a) 50% de representantes de usuárias e usuários, b) 25% de representantes das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde; e c) 25% de representantes de gestoras e gestores e prestadores de serviços de saúde. 4 – Os debates sobre o tema e os eixos temáticos da Conferência serão apoiados por Documento Orientador aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. 5 – Em todas as Etapas da 1ª CNVS deverá ser assegurada plena acessibilidade, acolhimento e respeito adequados a todos os participantes, especialmente às pessoas com deficiências, considerando aspectos arquitetônicos, programáticos, comunicacionais e alimentares, dentre outros. 6 – A realização de Conferências Livres deve observar os dispositivos da resolução nº 547 de 12 de maio de 2017. III – Diretrizes para a etapa municipal e/ou macrorregional. 1 - Cada Município, e/ou macrorregião, realizará sua Conferência de Vigilância em Saúde, compreendida como Etapa Municipal e/ou macrorregional da 1ª CNVS. 2 – A Etapa Municipal e/ou Macrorregional poderá contar com Plenárias ou Pré-Conferências locais, distritais ou (macro) regionais, desde que previstas em Regimento aprovado pelo Pleno do Conselho Municipal e ou Estadual de Saúde. 3 – Todas as etapas preparatórias e as Conferências deverão ter ampla divulgação, sendo abertas à participação de todas e todos. 4 – Os debates da Etapa Municipal e/ou Macrorregional terão como referência o Documento Orientador, compreendido como instrumento de apoio ao debate, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, sem prejuízo de outros textos que venham a ser elaborados pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. 5 – A programação de cada Conferência deve ser elaborada considerando o tema, o eixo temático e subeixos e os objetivos da 1ª CNVS, descritos no item I desta Resolução, que orientarão a organização de atividades que permitam e estimulem a participação e o livre debate dos eixos temáticos e subeixos, em suas várias dimensões. 6 – O eixo temático e subeixos poderão ser trabalhados de modo agregado, desde que garantido o debate de todos os temas propostos, preferencialmente em Grupos de Trabalho, cujos resultados devem ser sistematizados, por eixos temáticos e subeixos, e levados à Plenária Final. 7- A Comissão de Organização e ou Conselho de Saúde responsável pela realização das etapas Municipais e ou Macrorregionais deve encaminhar o Relatório Final de sua respectiva conferência com o conjunto de propostas de âmbito regional, estadual e nacional à Comissão Organizadora da Etapa Estadual até o dia 31 de agosto de 2017. 7.1 – Os relatórios das Conferências Municipais e ou Macrorregionais de Vigilância em Saúde devem ser cadastrados simultaneamente no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). 8 – Estimula-se que os Municípios utilizem, em especial nos Grupos de Trabalho e na Plenária Final, metodologia semelhante à da Etapa Estadual e Nacional, apresentadas nos itens IV e V desta Resolução. IV – Diretrizes para a etapa estadual e do DF. 1 – Cada Estado e o Distrito Federal realizarão suas Conferências de vigilância em Saúde, compreendidas como Etapa Estadual e do Distrito Federal da 1ª CNVS. 2 – Todas as Conferências Estaduais e do Distrito Federal, assim como toda e qualquer outra iniciativa da Etapa Estadual e do Distrito Federal deverão ter ampla divulgação dos objetivos e dos eixos da 1ª CNVS. 3 – Os debates da Etapa Estadual e do Distrito Federal terão como apoio o Relatório Consolidado da Etapa Municipal e/ou Macrorregionais e das Regiões de Saúde do Distrito Federal, a ser elaborado pelas Comissões de Relatoria das Conferências Estaduais e do Distrito Federal, e o Documento Orientador aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, sem prejuízo de outros textos. 4 – A programação de cada Conferência Estadual e da Conferência do Distrito Federal deve ser elaborada considerando o tema, o eixo temático e subeixos e os objetivos da 1ª CNVS, descritos no item I desta Resolução, que orientarão a organização de atividades que permitam e estimulem a participação e o livre debate dos eixos temáticos e subeixos, em suas várias dimensões. 5 – O eixo temático e subeixos poderão ser trabalhados de modo agregado, desde que garantido o debate de todos os temas propostos, através de plenária ou grupos de trabalho, cujos resultados devem ser sistematizados, por eixos temáticos e subeixos, e levados à Plenária Final. 6 – Os relatórios

das Conferências Estaduais e do Distrito Federal devem ser cadastrados simultaneamente no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). 7 – Os Conselhos Estaduais de Saúde e o Conselho de Saúde do Distrito Federal devem encaminhar seu respectivo Relatório Final à Comissão Organizadora da Etapa Nacional, exclusivamente por meio eletrônico, no endereço e-mail (colocar o endereço) da 1ª CNVS, até 10 dias da realização da referida etapa. V – Diretrizes para a etapa nacional. 1 - A Etapa Nacional da 1ª CNVS será composta por grupos de trabalho, precedidos por atividades livres e painéis que permitam e estimulem a participação e o livre debate dos eixos temáticos, em suas várias dimensões, e pela Plenária Final. 2 - A Comissão de Formulação e Relatoria elaborará o Relatório Nacional Consolidado a ser apresentado e votado nos Grupos de Trabalho. 2.1 – O Relatório Nacional Consolidado irá conter a sistematização dos Relatórios das etapas estaduais e de Distrito Federal, organizado na forma de diretrizes e propostas. 3 - Garantida a paridade das Delegadas e dos Delegados por segmento – usuárias e usuários (50%), trabalhadoras e trabalhadores da saúde (25%) e gestoras e gestores e prestadores de serviço (25%) – os Grupos de Trabalho serão divididos pelos eixos temáticos 1, 2, 3 e 4 ficando cada grupo responsável pela análise das Diretrizes e propostas relacionadas ao respectivo tema, sendo que cada eixo temático deverá ser discutido por 4 (quatro) grupos de trabalho. 3.1 O subeixo transversal será discutido por todos os Grupos de Trabalho. 3.2 A composição de Delegadas e de Delegados nos Grupos de Trabalho será proporcional às delegações dos Estados e do Distrito Federal. 4 – Das propostas. 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 1ª CNVS. Salvo que não apresente conflito com outra proposta aprovada ou que ainda esteja para análise da plenária final; II - serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Final 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; III - serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Final 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; IV - serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Final 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; V - serão consideradas não aprovadas as propostas que não atingirem o número de votos favoráveis necessários. 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. 5 – Nos Grupos de Trabalho somente serão discutidas as propostas que constarem do Relatório Consolidado da Etapa dos Estados e do DF, não sendo aceitas novas propostas. 6 – O Regulamento da Etapa Nacional da 1ª CNVS será objeto de consulta virtual, cujos resultados serão sistematizados pela Comissão Organizadora e apresentados ao Pleno do Conselho Nacional de Saúde até 10 de novembro de 2017, nos termos de seu Regimento.” Por fim, disse que as alterações feitas no documento orientador serão contempladas no texto das diretrizes. Não havendo manifestações, o coordenador da mesa colocou em apreciação as Diretrizes Metodológicas para a 1ª CNVS. **Deliberação: aprovadas, com uma abstenção, as Diretrizes Metodológicas para a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (texto aprovado em Reunião da Comissão Organizadora e Comissão Executiva realizada em 6 de junho de 2017). As alterações feitas no documento orientador serão contempladas no texto das diretrizes.** Seguindo, Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, coordenador adjunto da 1ª CNVS, fez a leitura da proposta de reformulação da Resolução nº. 547, aprovada na última reunião do CNS, que trata dos critérios para indicação de Participantes das Conferências Livres para participar da Etapa Nacional da 1ª CNVS. O texto é o seguinte (mudanças feitas estão destacadas em itálico): “Resolução nº 547, de 9 de junho de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 8 e 9 de junho 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 nº 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, prevista no artigo 12 da Resolução CNS nº 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 nº 535/2016); e 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). 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. **DA FINALIDADE.** 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. § 1º A Comissão de Organização Nacional da 1ª CNVS indicará um representante para participar dos debates da conferência livre. §2º Os organizadores das Conferências Livres deverão encaminhar à Comissão de Organização Nacional da 1ª CNVS as cópias das listas de presença, os registros fotográficos e a síntese dos debates. **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 50 (cinquenta) participantes: nenhuma indicação; II – de 51 (cinquenta e um) a 100 (cem) participantes: 01 (uma) indicação; III – de 101 (cento e um) a 200 (duzentos) participantes: 02 (duas) indicações; IV – a partir de 201 (duzentos 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 *pré-inscrição das indicadas e dos indicados* para a etapa nacional da 1ª CNVS até 05 (cinco) dias de sua realização, por meio do preenchimento do formulário de *pré-inscrição e envio dos documentos previstos no § 2º do artigo 3º desta Resolução.* § 3º A *pré-inscrição não garante que todas as pré-inscritas e todos os pré-inscritos da referida conferência livre participarão da Etapa Nacional da 1ª CNVS.* § 4º A *aprovação da lista final dos participantes indicadas e indicados nas Conferências Livres para participar da Etapa Nacional da 1ª CNVS será de responsabilidade da Comissão de Organização Nacional da 1ª CNVS considerando as 75 (setenta e cinco) vagas dispostas no artigo 3º da Resolução CNS nº 539, de 09 de dezembro de 2016 e os dos critérios abaixo:* I – de gênero, identidade de gênero e diversidade sexual; II – étnico-raciais, em especial da população negra e indígena, bem como das comunidades originárias e tradicionais, respeitado seu peso demográfico e suas especificidades regionais e locais; III – das populações rurais, do campo e da floresta, das águas e das periferias urbanas; IV – de entidades, coletivos e movimentos de jovens e de idosos e aposentados; e V – de grupos, associações e movimentos de pessoas com deficiências, patologias e doenças raras ou negligenciadas. § 5º No dia 1º de novembro a Comissão de Organização Nacional da 1ª CNVS publicará lista final dos participantes indicadas e indicados nas Conferências Livres para participar da Etapa Nacional da 1ª CNVS. **DO CREDENCIAMENTO.** Art. 5º. As informações acerca do credenciamento dos Participantes Indicados nas Conferências Livres serão divulgadas 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, foi aberta a palavra ao Plenário e foram feitas as seguintes considerações: no trecho “As pré-inscrições não garantem (...)”, incluir a palavra “obrigatoriamente”; § único, art. 7º - incluir: e “posterior retorno”; substituir “As despesas ... cabe ao participante” por “As despesas são de responsabilidade do (...)”; Art. 4º, § 2º - após. Com esses adendos, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** colocou em votação a reformulação da Resolução nº. 547/2017. **Deliberação: aprovada, por unanimidade e com os adendos feitos em Plenário, a reformulação da Resolução nº. 547, aprovada na última reunião do CNS, que trata dos critérios para indicação de Participantes das Conferências Livres para participar da Etapa Nacional da 1ª CNVS.** Seguindo, o coordenador da 1ª CNVS explicou que a logomarca não foi finalizada a tempo para ser apresentada na última reunião da Comissão Organizadora, todavia, a Comissão entende que deve ser aprovada antes da sua próxima reunião. Desse modo, sugeriu delegar à Mesa Diretora do CNS a aprovação *ad referendum* da logomarca da Conferência, a fim de não atrasar o processo de preparação do material gráfico da 1ª CNVS. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que é

preciso garantir que os conselheiros contribuam no processo de definição da logomarca. **Deliberação: o Plenário decidiu delegar à Mesa Diretora do CNS a aprovação *ad referendum* da logomarca da Conferência, a fim de não atrasar o processo de preparação do material gráfico. As sugestões de logomarca, elaborada pela empresa, serão enviadas aos conselheiros, para sugestões. Será definido prazo para envio das contribuições (indicativo: antes da próxima reunião da MD).** Definido esse ponto, conselheiro **Fernando Pigatto** fez a leitura, para conhecimento, do cronograma de reunião das comissões da 1ª CNVS. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que o Seminário de Mobilização para a Conferência com foco no trabalho, aprovado pelo Plenário do CNS anteriormente, será realizado nos dias 18 e 19 de julho, em São Paulo. O público alvo do seminário é movimentos sindical e populares (200 pessoas) e a atividade será custeada pela estrutura da Conferência. Definido esse ponto, a mesa agradeceu os expositores e encerrou o debate. Seguindo, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, tratou sobre a 2ª Conferência de Saúde das Mulheres. Primeiro, listou as conferências já realizadas – Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão. Em seguida, submeteu à apreciação do Plenário minuta resolução que retifica o Regimento da 2ª CNSMu (Resolução CNS n.º 537/2016), e seu respectivo cronograma de atividades (Resolução CNS n.º 538/2016), para modificar a data da etapa nacional da Conferência – de 1º a 4 de agosto para 17 a 20 de agosto de 2017. A respeito da metodologia, disse que a Mesa Diretora do CNS avaliou a necessidade de adequação, a fim de deixar explícita a apreciação do relatório. **Deliberação: o Plenário aprovou resolução que retifica o Regimento da 2ª CNSMu (Resolução CNS n.º 537/2016), e seu respectivo cronograma de atividades (Resolução CNS n.º 538/2016), para modificar a data da etapa nacional da Conferência – de 1º a 4 de agosto para 17 a 20 de agosto de 2017. Também decidiu delegar à Mesa Diretora do CNS e à comissão organizadora da 2ª CNSMu a aprovação *ad referendum* do Regulamento da Conferência, após as contribuições da consulta pública.** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** falou sobre o manifesto “Em defesa do SUS, da saúde pública e das mulheres – nenhum direito a menos” e destacou que as entidades interessadas poderiam subscrever o documento, que seria distribuído para contribuir no debate. **ITEM 7 – CONTRIBUIÇÕES DO GRUPO DE TRABALHO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA - Apresentação:** Liu Leal, representante do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; e **Alan Nuno Souza**, Coordenador-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Coordenação:** conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. A primeira expositora foi a ex-conselheira **Liu Leal**, representante do CEBES, que apresentou a análise do documento de revisão da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Começou a exposição destacando os seguintes consensos do GT do CNS sobre atenção básica: a Saúde da Família é um “fazer em saúde” que inovou/recriou o modelo de atenção do SUS; os dispositivos e as estratégias desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica no contexto onde se fazem as práticas de cuidado, nos territórios vivos – domicílio, rua, equipamentos sociais e comunitários, e na própria unidade de saúde produzem expertises potentes para serem apropriadas pelos outros pontos da Rede de Atenção; as gestões locais e os trabalhadores das equipes, inclusive os recrutados na própria comunidade - o ACS - fazem esforços para resignificarem e qualificarem a AB e o SUS; as questões relativas à equidade ainda são um desafio para o SUS e para a PNAB; qualificar as políticas é sempre importante, mas é importante debater os motivos para fazer essa mudança nesse momento. Destacou que esse processo de revisão ocorre em contexto mudanças, com reformas que impactam na seguridade social, reforma fiscal que reduz financiamento (EC n.º. 95), forte presença do capital estrangeiro (Lei n.º. 13.097) e planos acessíveis e planos privados para todos os trabalhadores (PEC n.º. 451). Nessa linha, questionou os motivos de revisar a PNAB neste momento, salientando que o Piso pode tornar-se teto e as mudanças poderão tornar-se mais complexas. Pontuou alguns “achados” nos documentos sobre a suposta mudança, que merecem atenção e cuidado: necessidade de organizar o sistema e o trabalho em saúde; e processo atravessado por dois pontos - mercado e modelo gerencialista. Acrescentou que, ao analisar a política, há três elementos preocupantes: desuniversalização, desregulamentação, e destatização. No mais, frisou que é preciso ver com cuidado a APS/AB seletiva e que a discussão sobre “carteira de serviços” causa preocupação porque remete ao debate de planos acessíveis e ao mercado. Também reconheceu avanço na política, mas ponderou que é preciso avançar mais. Sobre a “suposta” portaria, destacou os seguintes aspectos: **a)** considerando: retirada de três itens; Programa Saúde na Escola - PSE; revoga a Portaria n.º. 2.488/2011 e vigora a Portaria n.º. 648/2006; **b)** Modelo de Atenção – inovação com o Saúde da Família – reorienta as Redes de Atenção; **c)** manutenção da concepção de saúde e de participação social; **d)** Diretrizes ou Normas?; e **e)** saúde da família deixa de ser estratégia para reorientação do modelo de atenção. Lembrou que o CNS é órgão máximo do controle social e as políticas que conformam o SUS precisam ser formuladas e aprovada. Em relação ao anexo, salientou que as supostas mudanças deveriam acontecer pós-diagnóstico, assim, perguntou quais são as motivações para revisar a PNAB. Pontuou que há documentos que contribuem para uma análise nacional sobre a situação da AB no país, a partir dos dados do PMAQ, e citou os seguintes: Regiões e Redes – Caminho da



universalização de saúde no Brasil, com pesquisadores e matérias, como os documentos a baixo: 1 - Tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras: [http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05\\_ValeEste.pdf](http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf); 2 - Qualidade da atenção básica por tipos de regiões de saúde: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/07/NovosCaminho12.pdf>. Nesse ponto, frisou que é preciso comprovar se o modelo anterior é melhor ou não. No que se refere às responsabilidades das esferas, destacou os seguintes pontos: gratuidade; transporte de saúde - sanitário; Sistema de informação - prontuário eletrônico; PMAQ não aparece; apoio institucional (somente município); Papel da SES; oferta de ações e serviços essenciais e estratégicos da atenção básica - Carteira de Serviços; piso x teto - universalização; infraestrutura e ambiência - Equipe multiprofissional; funcionamento das equipes Atenção Básica, nas Unidades Básicas de Saúde: carga-horária, carteira de serviço - política dentro da política - universalização excludente, Educação permanente, Gerente na AB, EAB e ESF – 14.800; e composição das Equipes de Atenção Básica: equipe mínima – 01 ACS, sem ACS, retirou 100% cobertura, EAB – atribuições, NASF, fluvial e ribeirinha, equipe consultório na rua e saúde prisional. Sobre as atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica, destacou: carteira de serviço, educação continuada, ACS, ACE e Vigilância. Lembrou, inclusive, que novas atribuições do ACS estão tramitando no congresso - PL nº. 6.437/2016. Finalizou sua exposição afirmando que “Saúde não é negócio, nem mercadoria, é direito de cidadania”. O Coordenador-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica/MS, **Alan Nuno Souza**, cumprimentou os presentes e agradeceu o convite para debater o tema no Conselho. Iniciou explicando que o documento ao qual o CNS teve acesso não é a minuta de portaria da Política Nacional de Atenção Básica, mas sim o compilado de questões que estão em debate. Lembrou que, no último ano, foram realizados debates em vários espaços, com diferentes atores, na linha de apontar as preocupações acerca das necessidades da atenção básica no Brasil, e esse processo de discussão segue acontecendo. Também clarificou que apresentaria a posição do Ministério da Saúde, uma vez que não há consenso das três esferas de gestão acerca de todas as questões colocadas. Ponderou que, ao invés de debater as questões do documento, o CNS deve apontar o que deve estar contemplado ou não na Política de Atenção Básica. Esclareceu ainda que a finalidade de revisar a Política é corrigir elementos que, na prática, não estão produzindo o resultado esperado. Para não haver dúvidas, frisou que a intenção não é gerar descontinuidade no modelo produzido pela Saúde da Família. Ponderou que alguns termos podem ser revistos, como, por exemplo, “carteira de serviços”, todavia, ponderou que este não deve o ponto principal do debate. Citou dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, na linha de demonstrar a necessidade de avançar ainda mais: 95% das equipes de saúde da família oferecem consulta de pré-natal; 91% das equipes de saúde da família declaram ofertar consulta para crianças até 2 anos; e apenas 55% das equipes de saúde da família declaram ofertar consultas para transtorno mental. Salientou que usuários e profissionais de saúde devem pactuar o que inegociável na atenção básica. Nessa linha, destacou que, para além de definir teto, a intenção é definir conjunto essencial de serviços que devem ser garantidos. Frisou que a proposta define serviços essenciais e estratégicos, o que não constitui gerencialismo. Considerou importante debater o que se quer alcançar e mudar os termos usados, se for o caso. Nessa linha, disse que o termo “equipe de atenção básica” não visa enfraquecer a Estratégia Saúde da Família. Declarou que o melhor modelo para o Brasil é o Saúde da Família, todavia, não se pode desconsiderar os 10% da população que é coberto por outros modelos de atenção básica. Ou seja, é mais relevante trazer outros modelos para se aproximar dos princípios da atenção básica do que os ignorar. Por fim, salientou que é preciso aumentar a capacidade de descentralização da decisão, de acordo com a localidade. **Manifestações.** Conselheiro **José Arnaldo Diniz** manifestou preocupação com a exclusão da Política de Saúde Bucal e perguntou por que a saúde bucal não está presente na equipe mínima. Também fez a seguinte pergunta para reflexão: como não prever equipes de saúde para atendimento da população, uma vez que o Brasil é o país de desdentados. Conselheira **Ubiraci Matildes de Oliveira** salientou que a atenção básica é a “base” do SUS, portanto, deve ser prioridade. Também destacou a importância de assegurar equipe multidisciplinar, inclusive para atender as especificidades das populações do país. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, salientou que é preciso debater o tema com tranquilidade e maior profundidade, mas sem abstrair as contradições colocadas. Nessa linha, salientou que está em risco o princípio constitucional como direito que se materializa nas mais diferentes formas, inclusive no debate de revisão da atenção básica. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** frisou que a atenção básica é de suma importância e o SUS não evoluiu como necessitava, porque não foi dada a importância e as condições necessárias a este nível de atenção. Também disse que participara de audiência na Comissão de Saúde da Pessoa Idosa da Câmara dos Deputados e na oportunidade colocara a posição contra a proposta de planos populares de saúde porque não resolverá os problemas do SUS. Como encaminhamento, sugeriu dar continuidade ao debate, com realização de reunião com MS, CONASS, CONASEMS e Frente Nacional de Prefeitos para debater o tema e apontar soluções para os problemas na atenção básica. O Presidente do CNS informou que o convite à representação do CONASS e CONASEMS para o debate não foi feito em

tempo hábil, o que impossibilitou a participação dos representantes dessas entidades na mesa. Todavia, na próxima reunião do CNS, os representantes do CONASS e do CONASEMS no GT responsável pela revisão da Política participariam do debate. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, considerando o documento apresentado, perguntou quais serão as repercussões para o modelo de atenção e para a gestão do trabalho. Salientou que as diferenciações dos regimes de trabalho, de carga horária e dos vínculos de trabalho, em tempos de precarizações do trabalho, acentuam a vulnerabilidade dos trabalhadores. Além disso, a relativização da cobertura traz perspectiva de atenção primária seletiva, o que é preocupante. Como encaminhamento, propôs reservar tempo maior na próxima reunião do CNS para aprofundar o debate, dada a importância dessa temática e que nesta oportunidade o Ministério da Saúde responda às questões colocadas. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** salientou que a atenção básica, para além do tratamento, é prevenção porque prevenir garante menor gasto do SUS com doenças. Além disso, destacou que a atenção básica possui viés técnico e qualquer política deve considerar todas as dimensões desse viés, assegurando, inclusive, a segurança do paciente. Por fim, disse que o COFEn apoia integralmente as políticas que visem a melhoria da atenção básica. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** cumprimentou a ex-conselheira Liu Leal pela apresentação. Na condição de enfermeira da saúde da família, comentou sobre pontos colocados na exposição do representante do Ministério da Saúde. Questionou a afirmação de que “o documento não é mote de debate” uma vez que a essência das diretrizes e normas estão contempladas neste documento e o CNS deve aprofundar o debate. Também solicitou maiores informações sobre os debates realizados acerca desse tema, lembrando que o CNS é o órgão principal para tratar desse tema. Salientou que o COFEn e a ABEn apresentaram questões a serem contempladas, mas não foram incluídas no documento. Também pontuou que as categorias com lei de exercício profissional devem participar desse debate. Manifestou seu desconforto com a apresentação de dados sobre a atenção básica, da forma feita pelo representante do Ministério, uma vez que pode induzir a interpretação de que o problema é causado pelos trabalhadores. Salientou que é preciso divulgar os dados do PMAQ e também saber os motivos de as ações não estarem ocorrendo da forma como deveriam (falta de infraestrutura e de condições de trabalho dificultam a realização do trabalho dos profissionais de saúde). Por fim, apresentou os seguintes encaminhamentos: realizar consulta pública por meio de mídias sociais, eventos (conferências livres) sobre a PNAB para conhecer a posição de usuários e de trabalhadores; recomendar aos conselhos estaduais e municipais que promovam debate sobre a PNAB; ampliar o GT e dar continuidade aos debates do Grupo; e solicitar às entidades integrantes do CNS que pautem este debate nas suas bases. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** ressaltou que as políticas da saúde precisam ser permanentemente atualizadas, porque apresentam problemas e dificuldades. Nessa linha, informou que será iniciado processo de revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com realização de oficinas regionais e seminário nacional. Destacou que o GT de Atenção Básica enfrentou dificuldades para realizar as suas atividades e salientou que o Grupo, além do acompanhamento e fiscalização do processo de revisão, deve definir sua posição sobre a necessidade ou não de revisar a Política. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** ressaltou que as políticas em execução devem estar permanentemente em pauta para aperfeiçoar o que está executando. Todavia, o momento que se vive de perda de direitos é complexo e causa desconfiança sobre as propostas de mudança. Nessa linha, frisou que não se deve retroceder em relação às conquistas, mas é preciso rever entraves que prejudicam a execução da política. Ponderou que este e outros debates do CNS devem ser feitos com temperança, inclusive ouvindo aqueles que pensam diferente. Salientou que o CONASEMS é uma instância plural, mas com posição única de construção e execução da PAB em todos os municípios, ainda que não ocorra com perfeição. Nessa linha, registrou que o CONASEMS defende a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, sem retrocessos nos avanços, para dar consequência às questões não implementadas pela forma como a Política está desenhada. Inclusive, propôs a realização de seminário amplo sobre a Política Nacional de Atenção, para apresentar propostas de revisão. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** saudou a ex-conselheira Liu Leal pelo trabalho e pela explanação que traz subsídios para o debate. Reiterou a necessidade de aprofundar o debate deste tema, com maiores subsídios, para definição com maior clareza. Salientou que é fundamental o papel do CNS na ordenação dos recursos humanos e essencial garantir os processos de educação permanente, inclusive na atenção básica. Também manifestou preocupação com a possibilidade de faltar financiamento da atenção básica e o percentual de agente de saúde por equipe. Por fim, disse que, segundo o RAG, os piores índices de execução referem-se à atenção básica. **Retorno da mesa.** Devido ao avanço da hora, o Coordenador **Alan Nuno Souza** fez considerações gerais sobre as falas dos conselheiros, contemplando os seguintes aspectos: o documento analisado pelo GT é um produto de debates que estão ocorrendo, é válido, mas se trata de uma versão apresentada naquele momento para debate do Conselho; o Conselho também deve formular o seu documento com participação do MS, CONASS, CONASEMS e outros atores; Programa Saúde na Escola – PSE - não defende a retirada dos considerandos, mas entende que não é preciso incluir todos os programas (há mais de trinta programas

na atenção básica); os dados do PMAQ citados na sua apresentação são públicos (disponíveis no site do CNS) e não se trata de culpar os trabalhadores pelos resultados (a situação é um resultado produzido por todos); não há retrocesso em saúde bucal – hoje são 40 mil equipes de saúde da mulher e 24 mil destas possuem saúde bucal; a PNAB não aponta a exclusão do dentista da saúde da família, mas sim que as equipes de saúde da família com saúde bucal precisam ser preservadas e, as que não possuem, passem a ter (todavia, a PNAB não pode, necessariamente, que só haverá equipe de saúde da família com saúde bucal, porque não seria possível nesse momento e traria retrocessos); com o Programa Mais Médicos, diminuiu o problema da ausência de médicos nas unidades de saúde. Por fim, agradeceu novamente o convite e ratificou as propostas para aprofundar o debate. A representante do CEBES, **Liu Leal**, respondeu às questões levantadas focando a sua fala nos seguintes aspectos: o GT trabalhou a partir do documento que dispunha e analisou mérito e não forma; a formulação das propostas acontece sem o Conselho, apesar de Conselhos e conferências terem formulado diretrizes; CNS não foi incluído no debate e o GT levantou conjunto de elementos, mas não houve respostas; é preciso defender “nenhum direito a menos”, mas com “equidade a mais”; a revisão deve ser feita para avançar e não apenas para não recuar no que já foi conquistado; PSE – foi retirado do texto todo e não apenas dos considerandos; é preciso considerar no debate a produção de saúde intercultural e as práticas integrativas; o diagnóstico (avaliação) – os dados do PMAQ devem contribuir para definir soluções para superar os problemas e dificuldades; para fazer mudança, é preciso “fazer junto”, com educação permanente, reuniões, assegurando espaço democrático nas unidades. Por fim, disse que contribuições podem ser enviadas para [gtatencaobasica@gmail.com](mailto:gtatencaobasica@gmail.com). Na sequência, o coordenador da mesa procedeu aos encaminhamentos. Sintetizou as propostas oriundas do debate e os conselheiros fizeram acréscimos. **Deliberação: como resultado final do debate, o Plenário decidiu: 1) reservar tempo maior para debate, com convite à representação do CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde; 2) realizar seminário para debater o tema com mais profundidade; 3) remeter ao GT a tarefa de formular perguntas sobre a proposta de revisão para serem respondidas pelo MS, CONASS e CONASEMS e apresentar as respostas na próxima reunião; 4) realizar consulta pública por meio de mídias sociais, eventos (conferências livres) sobre a PNAB para conhecer a posição de usuários e de trabalhadores; 5) recomendar aos conselhos estaduais e municipais que promovam debate sobre a PNAB; 6) recompor o GT e dar continuidade aos debates do Grupo; 7) acompanhar as ações do Grupo (Mesa Diretora do CNS); 8) provocar o Conselho Nacional do Ministério Público para que realize audiência pública sobre a PNAB; e 9) disponibilizar aos conselheiros os dados que o coordenador-geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica encaminhará e o documento do GT com comentários, para subsidiar o debate no Plenário do CNS.** Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do segundo dia de reunião. Retomando, a mesa foi recomposta para o item 8 da pauta. **ITEM 8 – COMISSÕES INTERSETORIAIS DO CNS - Coordenação:** conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **1) Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI/CNS** – Conselheiro **Rildo Mendes** fez um informe sobre a última reunião da CISI/CNS, realizada nos dias 31 de maio e 1º, 2 e 3 de junho de 2017, na Aldeia Buriti – Sidrolândia – Mato Grosso do Sul, destacando: participação na 10ª Grande Assembleia Terena; e debate da reunião da CISI sobre segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável dos povos indígenas e 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. Explicou que foi feito relato sobre a situação crítica dos povos terenas e várias denúncias apresentadas. **2) Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN** – conselheira **Zaíra Salerno**, coordenadora da CIAN/CNS, fez um breve informe sobre a última reunião da CIAN/CNS e apresentou três recomendações elaboradas pela Comissão. A primeira recomendação é a seguinte: “Recomendação nº 000, 9 de junho de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho 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 o direito social à alimentação garantido no artigo 6º da Constituição Federal de 1988; considerando a epidemia de obesidade que vem assolando o Brasil nos últimos 20 anos, segundo dados do IBGE (2008-2009) 57% da população brasileira encontra-se com excesso de peso e 20,8% têm obesidade e que dados do VIGITEL (2015) revelam que entre a população adulta 20,1% consomem doces quase todos os dias (cinco ou mais dias da semana), 19% dos brasileiros consomem refrigerantes ou sucos artificiais quase todos os dias e 15,5% substituem o almoço ou jantar por lanches; considerando dados epidemiológicos sobre a prevalência de excesso de peso na infância, entre 5 e 9 anos, que triplicou nos últimos 35 anos, passando de 9,8% em 1975 para 33,4% em 2009, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE de 2008 e 2009; considerando que quanto mais cedo o indivíduo apresenta sobrepeso ou obesidade, maior é o seu risco de permanecer com sobrepeso ou obesidade com o avançar da idade e que esses dados continuam altos em outras faixas etárias, sendo 20,5% de prevalência de sobrepeso ou obesidade na faixa etária entre 10 e 19 anos e 49% na faixa entre maiores

de 20 anos, segundo a mesma Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE; considerando o dever do Estado de conferir absoluta prioridade a crianças, adolescentes e jovens, incluído o direito à alimentação, presentes no artigo 227 da Constituição Federal de 1988, no artigo 4º da Lei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e que a rotulagem nutricional pode ser um potencial instrumento de educação alimentar e nutricional para resguardar a saúde e nutrição desse segmento populacional; considerando a meta do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) 2016-2019, sob responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), de articulação com o MERCOSUL para revisão da Resolução GMC n.º 26/2003, sobre rotulagem geral de alimentos embalados, e da Resolução GMC n.º 46/2003, sobre rotulagem nutricional de alimentos embalados; considerando o Projeto de Lei 4.148, de 2008, de autoria do Deputado Heinze, que tramita como PLC 34/2015, e nega o direito do consumidor à informação sobre a presença de transgênicos em alimentos; considerando a RDC 359/03, da ANVISA, regulamento técnico de porções de alimentos embalados para fins de rotulagem nutricional e a RDC 360/03, da ANVISA, Regulamento técnico sobre rotulagem nutricional de alimentos embalados; considerando outras metas do PLANSAN 2016-2019 que têm na rotulagem nutricional um instrumento importante de informação e educação, tais como de deter o crescimento da obesidade na população adulta até 2019, por meio de políticas intersetoriais de saúde e segurança alimentar e nutricional; reduzir o consumo regular de refrigerante e suco artificial em pelo menos 30% na população adulta, até 2019; ampliar em, no mínimo de 17,8%, o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente até 2019; metas de redução de sódio em alimentos processados e pacto para de redução do açúcar em produtos de categorias prioritárias, a construído a partir de ampla discussão com a sociedade; considerando a Política Nacional de Alimentação e Nutrição de 2013 que tem como diretrizes, entre outras, a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e o Controle e Regulação dos Alimentos, que elenca estratégias de regulação de alimentos, como aperfeiçoar o direito à informação, melhorar a rotulagem nutricional dos alimentos que, portanto, deve ser clara, precisa e compreensível para que possa auxiliar na escolha de alimentos mais saudáveis; considerando o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) que orienta que seja promovido o consumo de alimentos *in natura* e seja evitado alimentos ultraprocessados como biscoitos recheados, salgadinhos “de pacote”, refrigerantes e macarrão “instantâneo” por terem composição nutricional desbalanceada, favorecerem o consumo excessivo de calorias e impactarem negativamente a cultura, a vida social e o ambiente; considerando o Plano de Ação (2014-2019) para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de 2014, referendado pelo Brasil, que propõe melhoria na rotulagem de alimentos; considerando o Modelo de Perfil Nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde fornece “informações baseadas em evidências para a formulação de políticas e regulamentações fiscais e de outros tipos destinadas a evitar o consumo de alimentos não saudáveis, como as relativas à rotulagem na parte frontal das embalagens (PFE)” e faz uma série de recomendações sobre a apresentação de informações nutricionais, porção apresentada e apresentação de advertências na parte frontal das embalagens, para citar alguns exemplos; considerando as evidências resultantes de pesquisas que confirmam a dificuldade dos consumidores visualizarem ou entenderem as informações disponíveis nos rótulos dos alimentos (IDEC, 2013), (Marins, 2008); considerando a experiência do Chile que, por meio do decreto 13/15 que modifica o “*Reglamento sanitario de los alimentos*”, e regulou, em 2016, a rotulagem frontal de alimentos com altos teores de açúcar, sódio, gordura e calorias, trazendo advertência com a frase “alto em”, dada em forma de ‘selos’ localizados na parte frontal dos rótulos dos alimentos de cor preta e formato octogonal, quanto tais teores extrapolam as recomendações do Ministério da Saúde do Chile; considerando os dados apresentados no Encontro Regional da América Latina e Caribe para o Enfrentamento da Obesidade Infantil, realizado em Brasília/DF, em março de 2017, segundo os quais 91,6% dos consumidores levam a rotulagem em consideração para compras e 92,4% dos cidadãos avaliam positivamente a política de rotulagem; considerando a experiência do Equador que foi o primeiro país do mundo a implementar a rotulagem em modelo “semáforo” de maneira obrigatória, um sistema gráfico do tipo semáforo conformado por três barras horizontais de cores vermelhas (alto teor), amarela (médio teor) e verde (baixo teor), que sinalizam a incidência de açúcar, sódio, gorduras e edulcorantes; advertir sobre o consumo não recomendado de taurina, cafeína e glucoronolactona (em bebidas energéticas); e advertir sobre a presença de transgênicos, segundo o ‘Reglamento sanitario de etiquetado de alimentos processados para o consumo humano’, acordo n.º 4522, de 2013; e considerando o posicionamento do CNS em matérias relativas à segurança alimentar externas na Moção de Apoio n.º 003, de 07 de abril de 2016 e na Moção de Repúdio n.º 006, de 12 de maio de 2017. Recomenda: à ANVISA: 1. Que considere melhorar as regras de rotulagem, com a adoção de rotulagem frontal, tornando-a compreensível e comunicando melhor os riscos à saúde quanto ao consumo de bebidas e alimentos não saudáveis; 2. Que essa nova rotulagem comunique, de forma compreensível e acessível os nutrientes/valor calórico e a quantidade de substâncias que podem ser nocivas à saúde da população, como: açúcar, sódio, gordura, gordura saturada, gordura trans, aditivos edulcorantes, seguindo os princípios do Modelo de

Perfil Nutricional da Organização Pan-Americana da Saúde e do Guia Alimentar da População Brasileira; e 3. Que a agenda da Rotulagem de alimentos e rotulagem nutricional seja considerada entre as prioridades da Agenda regulatória da Anvisa para o biênio 2017-2020. Ao Congresso Nacional: que mantenha a obrigatoriedade na informação em relação à presença de transgênicos na rotulagem dos alimentos.” Não havendo inscritos, a mesa colocou a minuta em votação. **Deliberação: aprovada a recomendação com uma abstenção.** Seguindo, leu o texto da segunda 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. Considerando o direito social à alimentação garantido no artigo 6º da Constituição Federal; Considerando como parte do direito à educação o dever à alimentação escolar garantido no inciso VII do artigo 208 da Constituição Federal; Considerando o aumento da obesidade no Brasil nos últimos 20 anos, segundo dados do IBGE (2008-2009); 57% da população brasileira encontra-se com excesso de peso e 20,8% têm obesidade. Dados do VIGITEL (2015), por sua vez, revelam entre a população adulta que 20,1% consomem doces quase todos os dias (cinco ou mais dias da semana); 19% dos brasileiros consomem refrigerantes ou sucos artificiais quase todos os dias e 15,5% substituem o almoço ou jantar por lanches; Considerando o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e Soberania Alimentar contemplado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e o artigo 227 da Constituição Federal, no artigo 4º da lei 8069 de 13 de julho de 1990 que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente ECA; Considerando a prevalência de excesso de peso na infância, entre 5 e 9 anos, que triplicou nos últimos 35 anos, passando de 9,8% em 1975 para 33,4% em 2009, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE de 2008 e 2009. Quanto mais cedo o indivíduo apresenta sobrepeso ou obesidade, maior é o seu risco de permanecer com sobrepeso ou obesidade com o avançar da idade. Esses dados continuam preocupantes em outras faixas etárias, sendo 20,5% de prevalência de sobrepeso ou obesidade na faixa etária entre 10 e 19 anos e 49% na faixa entre maiores de 20 anos, segundo a mesma Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE; Considerando a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), apresenta dados preocupantes no que diz respeito à alimentação das crianças até 2 anos, constatando que 32,3% fazem uso de bebidas açucaradas/sucos artificiais e mais de 70% das crianças menores de 5 anos consumiam essas bebidas pelo menos uma vez na semana; Considerando que o consumo de alimentos e bebidas não saudáveis tem impactos negativos que sobre a saúde população, e também apresentam custos econômicos, como: perda de produtividade e horas de trabalho, com impactos sobre a renda e a produtividade do país. Trata-se, portanto, tipicamente de uma situação onde os preços não retratam adequadamente os custos sociais envolvidos. O preço dos alimentos e bebidas ultraprocessados não embutem os custos econômicos e orçamentários que provocam. Uma das formas de se corrigir tal externalidade negativa é com o uso da tributação. Porém, não se recomenda o uso de qualquer tributo. Nesta situação, o mais adequado seria usar a tributação seletiva, que se destina justamente a tributar alguns bens que, entre outras razões, impõem custos sociais à população. É reconhecido que o preço dos alimentos é um importante determinante das escolhas alimentares; Considerando o Plano de Ação (2014-2019) para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de 2014, referendado pelo Brasil, que prevê políticas fiscais sendo uma das estratégias, como a inclusão de impostos sobre as bebidas açucaradas e de produtos com alto valor energético e pobres em nutrientes; Considerando que Organização Mundial da Saúde recomendou em Outubro de 2016, um aumento de 20% nos preços de refrigerantes e outras bebidas açucaradas com o objetivo de reduzir seu consumo e salvar vidas; Considerando os acordos 02/2015 e 03/2015 do MERCOSUL que contém, respectivamente, recomendações de políticas e medidas regulatórias para a redução do consumo de sódio e recomendações de políticas e medidas regulatórias para a prevenção e controle da obesidade, que inclui adoção de medidas regulatórias e fiscais para reduzir o acesso a produtos não saudáveis; Considerando as metas contidas no Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) 2016-2019 de deter o crescimento da obesidade na população adulta até 2019, por meio de políticas intersetoriais de saúde e segurança alimentar e nutricional; reduzir o consumo regular de refrigerante e suco artificial em pelo menos 30% na população adulta, até 2019; e ampliar em no mínimo de 17,8% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente até 2019; Considerando estudo publicado em 2015 por Gortmaker que avalia a custo efetividade das ações governamentais para o enfrentamento da obesidade infantil sendo a taxação bebidas açucaradas como uma das medidas mais custo-efetivas; Considerando entre 2005 e 2012, dados da Pesquisa Industrial Anual (PIA) do IBGE indicam aumento expressivo tanto na quantidade produzida de bebidas açucaradas, quanto no valor das vendas. A quantidade produzida aumentou 65%, passando de 10,6 bilhões de litros para 17,4 bilhões de litros anuais. As vendas aumentaram 87,5% no mesmo período, passando de 10,1 bilhões de reais para 19 bilhões de reais ao ano; Considerando que as empresas do

1886 setor vêm recebendo reduções de impostos e isenções fiscais como parte da estratégia de  
1887 fortalecimento da indústria nacional; Considerando a política de redução do fumo do Brasil, que utilizou  
1888 entre outras estratégias de aumentos nos preços dos produtos, reduzindo da prevalência de fumantes  
1889 no Brasil entre 1989 e 2008 e mudando os padrões de iniciação e cessação no consumo; Considerando  
1890 a experiência do México em taxar bebidas açucaradas desde 2014 para aumentar seus preços, que em  
1891 um ano levou a redução de vendas de refrigerantes em 6% e aumento de consumo de água em 4%,  
1892 segundo estudo publicado por Colchero em 2016; Considerando o exemplo de: Portugal que iniciou a  
1893 taxação de refrigerantes em Fevereiro de 2017; a Espanha também anunciou novo imposto em 2017 e  
1894 pretende aumentar a arrecadação em 200 milhões de euros/ano e o Reino Unido anunciou um novo  
1895 imposto para abril/2018. O Conselho Nacional de Saúde recomenda: Ao Ministério da Fazenda acolher  
1896 as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e aumente o preço dos refrigerantes e  
1897 outras bebidas açucaradas em, no mínimo, 20% por meio de tributos específicos com o objetivo de  
1898 reduzir seu consumo e prevenir doenças. Ao Ministério da Fazenda que utilize os recursos obtidos com  
1899 o aumento de impostos para financiar políticas de enfrentamento à obesidade infantil.” Na sequência,  
1900 representante do Ministério da Saúde contextualizou os motivos da proposta de taxação de bebidas,  
1901 destacando que impostos sobre refrigerantes diminuíram na contramão das iniciativas para combater a  
1902 alimentação não-saudável e a obesidade. Aberta a palavra, as manifestações foram de concordância  
1903 acerca do mérito da proposta. Foi sugerida a modificação do trecho “aumente a tributação” ao invés de  
1904 “aumente o preço”, mas foi manifestada preocupação com a proposta de aumentar tributação. Assim,  
1905 foi sugerido debate para definir se era a melhor proposta. Houve defesa da proposta de taxar para  
1906 reverter os recursos para a saúde. Considerando o consenso sobre o mérito, o coordenador da mesa  
1907 colocou em apreciação duas propostas: 1) Votar a proposta com ajuste (substituir “preço” por  
1908 “tributação”); ou 2) retornar à comissão para elaborar nova redação. **O Plenário decidiu, por maioria,**  
1909 **votar a proposta naquele momento.** Sendo assim, a mesa colocou em apreciação a minuta de  
1910 recomendação com o ajuste sugerido. **Deliberação: aprovada a recomendação, com ajuste**  
1911 **(substituir “preço” por “tributação”) e seis abstenções.** Na sequência, a coordenadora da  
1912 CIAN/CNS apresentou minuta de recomendação, elaborada pela Comissão, que dispõe sobre  
1913 regulamentação relativa a distribuição, oferta, comercialização, propaganda, publicidade e promoção  
1914 comercial de alimentos, preparações e bebidas ultraprocessados em escolas públicas e privadas. O  
1915 texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, junho de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde,  
1916 em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de maio de  
1917 2017, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº  
1918 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as  
1919 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira  
1920 correlata. Considerando o direito social à alimentação garantido no artigo 6º da constituição federal;  
1921 Considerando como parte do direito à educação o dever à alimentação escolar garantido no inciso VII  
1922 do artigo 208 da Constituição Federal; Considerando o dever do Estado de conferir absoluta prioridade  
1923 a crianças, adolescente e jovem, incluída o direito à alimentação, presentes no artigo 227 da  
1924 Constituição Federal, no artigo 4º da lei 8069 de 13 de julho de 1990 que institui o Estatuto da Criança  
1925 e do Adolescente ECA; Considerando a Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006, que  
1926 institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil,  
1927 fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional; Considerando a  
1928 prevalência de excesso de peso na infância, entre 5 e 9 anos que triplicou nos últimos 35 anos,  
1929 alterando de 9,8% em 1975 para 33,4% em 2009, segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares  
1930 (POF) do IBGE de 2008 e 2009. Essa mesma pesquisa também apresenta dados alterados em outras  
1931 faixas etárias, entre 10 e 19 anos a prevalência de sobrepeso ou obesidade esta em 20,5% e aos  
1932 maiores de 20 anos o índice cresce para 49%; Considerando o Plano de Ação (2014-2019) para  
1933 Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes da Organização Pan-Americana da Saúde  
1934 (OPAS) de 2014, referendado pelo Brasil, que prevê melhoria de ambientes de nutrição escolar como  
1935 uma de suas estratégias; Considerando as metas contidas no Plano Nacional de Segurança Alimentar  
1936 e Nutricional (PLANSAN) 2016-2019 de deter o crescimento da obesidade na população adulta até  
1937 2019, por meio de políticas intersetoriais de saúde e segurança alimentar e nutricional; reduzir o  
1938 consumo regular de refrigerante e suco artificial em pelo menos 30% na população adulta, até 2019; e  
1939 ampliar em no mínimo de 17,8% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças  
1940 regularmente até 2019; Considerando a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade:  
1941 recomendações para estados e municípios de 2014, que tem como eixos de ação, entre outros, a  
1942 promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos estimulando as escolas e cantineiros  
1943 a transformarem as cantinas das escolas privadas em cantinas saudáveis e a regulação e controle da  
1944 qualidade e inocuidade de alimentos; Considerando o Plano de Ações Estratégicas para o  
1945 Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, que tem como  
1946 metas reduzir a prevalência de obesidade em crianças, adolescentes e adultos, e como ações do eixo  
1947 de alimentação saudável, entre outras, a promoção de ações de alimentação saudável no Programa



1948 Nacional de Alimentação Escolar; Considerando o “Relatório pelo Fim da Obesidade Infantil” (Ending  
1949 Childhood Obesity) da Organização Mundial da Saúde de 2016 que apresenta aos governos nacionais  
1950 recomendações para prevenção e combate à obesidade infantil, como promoção de ambientes  
1951 escolares saudáveis; Considerando o Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) que orienta  
1952 que seja promovido o consumo de alimentos in natura e seja evitados alimentos ultraprocessados como  
1953 biscoitos recheados, salgadinhos “de pacote”, refrigerantes e macarrão “instantâneo” por terem  
1954 composição nutricional desbalanceada, favorecerem o consumo excessivo de calorias e impactarem  
1955 negativamente a cultura, a vida social e o ambiente; Considerando o Manual das Cantinas Escolares  
1956 Saudáveis do Ministério da Saúde de 2010 que traz orientações para transformação de cantinas  
1957 escolares em locais para a promoção da alimentação saudável; Considerando o Compromisso pela  
1958 publicidade saudável para crianças, Iniciativa voluntária do setor de alimentos e bebidas não alcoólicas,  
1959 lançado em Janeiro de 2017, que adota e reforça diretrizes de comunicação, marketing e publicidade  
1960 dirigida a crianças menores de 12 anos, inclusive com decisão de não realizar comunicações de  
1961 marketing de produtos alimentícios ou de bebidas em escolas nas quais prevaleçam crianças abaixo de  
1962 12 anos de idade bem como não anunciar chocolates, doces e refrigerantes para essa faixa etária. O  
1963 Conselho Nacional de Saúde recomenda: ao Ministério da Educação elaborar uma legislação mais  
1964 abrangente que disponha sobre a distribuição, oferta, comercialização, propaganda, publicidade e  
1965 promoção comercial de alimentos, preparações e bebidas ultraprocessados em escolas públicas e  
1966 privadas, em âmbito nacional e que a norma contenha também diretrizes e regulamentos para garantir  
1967 e ampliar a distribuição, oferta, comercialização, propaganda, publicidade e promoção comercial de  
1968 alimentos e bebidas in natura e orgânicos em escolas públicas e privadas, em âmbito nacional.” Após a  
1969 leitura, os conselheiros solicitaram esclarecimentos sobre a proposta e foi sugerido reelaborar o texto a  
1970 fim de deixar mais clara a finalidade da recomendação. Foi apresentada a seguinte proposta de  
1971 redação: “recomendar ao MEC que elabore e proponha legislação mais abrangente que vise  
1972 alimentação correta, equilibrada e saudável, que disponha sobre a distribuição, oferta, comercialização,  
1973 propaganda, publicidade e promoção comercial de alimentos, preparações e bebidas ultraprocessados  
1974 em escolas públicas e privadas, em âmbito nacional; e que a norma contenha também diretrizes e  
1975 regulamentos para garantir e ampliar a distribuição, oferta, comercialização, propaganda, publicidade e  
1976 promoção comercial de alimentos e bebidas *in natura* e orgânicos em escolas públicas e privadas, em  
1977 âmbito nacional.” **Deliberação: aprovada a recomendação, por unanimidade, com retificação do**  
1978 **texto: “recomendar ao MEC que elabore e proponha legislação mais abrangente que vise**  
1979 **alimentação correta, equilibrada e saudável, que disponha sobre a distribuição, oferta,**  
1980 **comercialização, propaganda, publicidade e promoção comercial de alimentos, preparações e**  
1981 **bebidas ultraprocessados em escolas públicas e privadas, em âmbito nacional; e que a norma**  
1982 **contenha também diretrizes e regulamentos para garantir e ampliar a distribuição, oferta,**  
1983 **comercialização, propaganda, publicidade e promoção comercial de alimentos e bebidas *in***  
1984 ***natura* e orgânicos em escolas públicas e privadas, em âmbito nacional.”** Finalizando, a  
1985 coordenadora da CIAN agradeceu o acolhimento das recomendações e informou que, na próxima  
1986 reunião, a Comissão apresentará debate sobre Plano de Controle da Obesidade Infantil. **3) Comissão**  
1987 **de Política de Promoção da Equidade – CIPPE/CNS - Conselheira Maria da Conceição Silva,**  
1988 integrante da CIPPE/CNS, submeteu à apreciação do Plenário duas recomendações e duas moções,  
1989 elaboradas pela Comissão. A primeira recomendação é a seguinte: **“Recomendação nº 000, 9 de**  
1990 **junho de 2017.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Quarta  
1991 Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho de 2017, no uso de suas atribuições conferidas  
1992 pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo  
1993 Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República  
1994 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a Portaria SAS/MS n.º  
1995 457/2008, que aprovou a regulamentação do Processo Transexualizador no SUS; considerando a  
1996 Resolução n.º 1.955, de 3 de setembro de 2010, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe  
1997 sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652 de 2002; considerando o  
1998 Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990,  
1999 o qual dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a  
2000 assistência à saúde e a articulação interfederativa, em especial o disposto no art. 13, que assegura ao  
2001 usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS; considerando  
2002 a Portaria n.º 2.836/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, que institui no âmbito do SUS, a Política  
2003 Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT);  
2004 considerando a Resolução n.º 2, de 6 de dezembro de 2011, da Comissão Intergestores Tripartite  
2005 (CIT), que estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de  
2006 Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no âmbito do SUS;  
2007 considerando a recomendação do Relatório n.º 54 da Comissão Nacional de Incorporação de  
2008 Tecnologias no SUS (CONITEC), de 7 de dezembro de 2012, no qual recomenda a incorporação de  
2009 novos procedimentos relativos ao processo transexualizador no âmbito do SUS; considerando a

Portaria GM/MS n.º 2.803/2013 que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS e revoga portarias anteriores; considerando que a Portaria GM/MS n.º 2.803 de 2013, em seu artigo 12 previa que “O acesso aos procedimentos cirúrgicos de que trata esta Portaria será regulado por meio da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem, cabendo ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) adotar as providências cabíveis para sua operacionalização” foi alterado pela Portaria GM/MS nº 807, de 21 de março de 2017, que passa a vigorar com a seguinte redação: “Art. 12 O acesso aos procedimentos cirúrgicos de que trata esta Portaria, quando houver ausência ou insuficiência do recurso assistencial no Estado de origem, deve ser objeto de pactuação entre os estados solicitantes e executantes, submetidos à regulação de seus respectivos gestores de saúde”, representando um retrocesso na regulação destes serviços; considerando a baixa oferta e a necessidade de ampliar a quantidade de estabelecimentos habilitados para o Serviço de Atenção Hospitalar Especializado no Processo Transexualizador; considerando a necessidade de garantir o acesso à saúde da população LGBT aos serviços de saúde. Recomenda: à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde que providencie a retomada da regulação do acesso ao Processo Transexualizador pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC, conforme regulava o artigo 12 da Portaria GM/MS nº 2.803/2013, revogando alteração deste artigo pela Portaria nº 807/2017.” **Deliberação: aprovado o mérito da recomendação. O texto será ajustado a fim de deixar mais claro o objetivo da recomendação (conselheiras Maria da Conceição Silva e Oriana Bezerra Lima redigirão o texto).** A segunda recomendação é a seguinte: “Recomendação nº 000, 9 de junho de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho 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 a equidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça social, que parte da ideia de respeito às necessidades, diversidade e especificidades de cada cidadão ou grupo social e do reconhecimento que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso a educação, lazer, cultura e serviços públicos impactam diretamente na saúde; considerando que a garantia da equidade deve ser analisada à luz dos impactos na saúde das diferentes formas de preconceito e discriminação social, como o racismo, a misoginia, a LGBTfobia e a exclusão social de populações que vivem em situação de rua ou em condições de isolamento territorial, como as do campo, da floresta, das águas, dos quilombos e em nomadismo, como no caso dos ciganos; considerando que as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são o conjunto de Políticas e Programas de Saúde, instituídos no âmbito do SUS, que tem como princípio a equidade e contribui para promover o respeito à diversidade e garantir o atendimento integral no SUS às populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social; considerando que hoje as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde são constituídas por 05 áreas, quais sejam: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF); a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT); a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e os Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano, publicado em 2016 pelo Ministério da Saúde em parceria com a Associação Internacional Mayllê Sara Kalí; considerando que a implementação das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde prescinde de Comitês de Equidade em regular funcionamento e tendo em vista a necessidade do fortalecimento dos Comitês Estaduais de Políticas de Promoção da Equidade; e considerando a importância da participação e controle social na implementação das Políticas de Promoção de Equidade em Saúde, bem como o necessário fortalecimento das ações da Rede de Observatórios de Políticas de Promoção de Equidade em Saúde. Recomenda: À Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e às Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): Que se empenhem na criação de novos comitês de equidade e no fortalecimento dos existentes, garantindo a continuidade desta estratégia de promoção da saúde da população brasileira em sua diversidade constitutiva. À SGEP: que garanta a realização do 2º Encontro Nacional de Comitês de Políticas de Promoção da Equidade, previsto para 2017. Aos Conselhos Estaduais de Saúde: que realizem o devido monitoramento da implementação e funcionamento dos Comitês de Políticas de Promoção da Equidade em suas respectivas unidades federativas.” Após a leitura, foi apresentada a seguinte proposta de modificação: “substituir “cinco áreas” por “sete áreas”; e incluir entre as áreas: pessoas com deficiência e pessoas com patologias”. **Deliberação: aprovada a recomendação com retificação e acréscimo: substituir “cinco áreas” por “sete áreas”; e incluir entre as áreas: pessoas com deficiência e pessoas com patologias**”. Seguindo, fez a leitura da primeira moção elaborada pela Comissão: “Moção de Repúdio nº 000, 9 de junho de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho 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 compete ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) o fortalecimento da participação e do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), Art. 10, IX da Resolução CNS n.º 407, de 12 de setembro de 2008; considerando os debates deste CNS que vem sistematicamente se posicionando ao longo dos últimos anos sobre os direitos dos/as usuários/as relacionados à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, como demonstram a Moção de Repúdio n.º 01/2013, e as Recomendações n.º 20/2015 e n.º 11/2016, do Conselho Nacional de Saúde; considerando que o Poder Público não pode ser pautado pelos interesses privados de lucratividade do mercado imobiliário em detrimento dos direitos fundamentais da população; considerando que, por meio de abuso de autoridade e uso extremo da violência, as vidas de famílias inteiras, moradoras da região da Luz na cidade de São Paulo (“Cracolândia”), foram colocadas em risco em virtude das demolições realizadas pela Prefeitura de São Paulo no final do mês de maio em flagrante inversão dos valores humanos que fundam a república e a democracia brasileira; considerando que a operação realizada pela Prefeitura de São Paulo consistiu na tentativa de higienização do território e de lesão grave aos direitos humanos, onde, além das demolições, pessoas foram atacadas com bombas, sitiadas, presas indiscriminadamente e as instituições públicas e organizações da sociedade civil foram impedidas de acompanhar as ações truculentas; considerando que se trata de um verdadeiro ataque à dignidade da pessoa humana, visto que o interesse público foi completamente ignorado e os acordos com as entidades representativas, de não tratar as questões de saúde pública como casos criminais com uso de força policial, foram desrespeitados; considerando que o programa “De Braços Abertos”, que oferecia moradia, alimentação, trabalho e tratamento para dependentes, e que já havia comprovado sua efetividade, tendo sido premiado por organizações como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização dos Estados Americanos (OEA), foi extinto sem qualquer debate com a sociedade civil; Considerando que o programa “De braços Abertos” será substituído por um outro chamado de “Redenção” sem base teórica, que ignora a Política de Redução de Danos e descarta questões básicas e fundamentais para o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, como a integralidade, a intersetorialidade e a atenção em rede, princípios atestados pela OMS e fundamentais no Sistema Único de Saúde (SUS); e Considerando que o programa “Redenção” estabelece a entrada de dispositivos privados na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) com o estabelecimento de parcerias com comunidades terapêuticas, instituições que ferem os direitos mais basilares, encarcerando e isolando usuários com a prerrogativa do tratamento. Vem a público: externar repúdio às recentes ações de gestão e de violência da Prefeitura de São Paulo na remoção da população na região da Luz, estigmatizada como “Cracolândia”. Concluída a leitura, houve um breve debate sobre o objeto da moção - polícia e/ou prefeitura de São Paulo – e, ao final, houve consenso sobre o texto na forma apresentada.

**Deliberação: aprovada a moção de repúdio às recentes ações de gestão e de violência da Prefeitura de São Paulo na remoção da população na região da Luz, estigmatizada como “Cracolândia”.** Em seguida, apresentou a segunda moção: “Moção de Repúdio nº 000, 9 de junho de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho 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 o histórico índice de violência no campo no Brasil e o crescente surto atual de diversas agressões e mortes, tendo como mais novo e terrível episódio o massacre de mais de uma dezena de lideranças de agricultores no estado do Pará; Considerando o assassinato de nove homens e uma mulher, na manhã do último dia 24 de maio, em acampamento da Fazenda Santa Lúcia, no município de Pau d’Arco, no Pará, em que uma reintegração de posse acabou se transformando em ato bárbaro de componentes das Polícias Civil e Militar do Pará, estado que já possui um longo histórico desse tipo de violações aos direitos humanos; Considerando recente declaração do presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), Darci Frigo, segundo o qual “[...] há uma omissão ou conivência do próprio Estado, principalmente do Executivo, mas também do Legislativo e de setores bem significativos do Judiciário, que não respondem mais e estão incitando direta e indiretamente essa violência. É preciso uma reação conjunta para enfrentar a situação de violência e de ameaças que estão acontecendo no campo”; Considerando que para a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), representantes de setores do latifundiário e de organizações do agronegócio estão no centro da disputa pela terra e têm estimulado, em total afronta às leis brasileiras, esse tipo de conflito contra trabalhadores rurais, indígenas, populações ribeirinhas, quilombolas e demais segmentos excluídos do direito à terra; Considerando que no mês de abril do presente ano foram registrados ataques a índios Gamela, no Maranhão, e o assassinato de trabalhadores rurais em

Colniza, no Mato Grosso, ambos com requintes de crueldade; Considerando que o aumento da violência no campo é sintoma inequívoco de uma cultura de extermínio que exhibe sem constrangimentos sua voracidade na época atual, no estado de exceção que se instalou no Brasil, e reflete ainda a negligência (e em muitos casos, a conivência) dos Poderes Públicos constituídos da república brasileira; Considerando que o modelo de abordagem de diversos meios de comunicação, notadamente da imprensa empresarial nacional, trata as vítimas da violência no campo como criminosas, de modo a naturalizar os desfechos destes conflitos, prestando um desserviço ao processo civilizatório brasileiro; Considerando que os crimes violentos contra as populações rurais e os líderes dos movimentos camponeses funcionam ainda como instrumento de ameaça ao restante da população civil, que entende nos assassinatos um óbvio recado dos que praticam a barbárie: “não se organizem, não reivindiquem, não se atrevam!”; Considerando os debates feitos na Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade do Conselho Nacional de Saúde (CIPPE/CNS), em sua 3ª Reunião Ordinária, nos dias 29 e 30 de maio, do ano em curso; e Considerando a mobilização em torno dessa temática de instituições como o Conselho Indigenista Missionário (CIMI); a Comissão Pastoral da Terra (CPT); a Plataforma de Direitos Humanos Dhesca; o Comitê Brasileiro de Defensoras e Defensores de Direitos Humanos; a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB); a Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH); a Terra de Direitos e o Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais Sem Terra (MST), além da Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão, Deborah Duprat; representantes da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados; membros da 6ª Câmara da Procuradoria Geral da República (PGR); da Defensoria Pública da União (DPU); da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) e do escritório da Organização das Nações Unidas (ONU) no Brasil. Vem a público: externar repúdio ao crescente surto de violência no campo no Brasil e cobrar das autoridades competentes que sejam tomadas as medidas cabíveis e necessárias à redução dos índices alarmantes dos conflitos agrários no país. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a moção, com o acréscimo: “autoridades façam a apuração urgente dos fatos e proceda à punição dos responsáveis”.** Seguindo, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** submeteu à apreciação do Pleno os textos das minutas decorrentes do item 3 da pauta. A primeira altera o Regimento Interno do CNS para possibilitar ao Pleno do CNS a instituição de câmaras técnicas no Conselho. O texto é o seguinte: “Resolução nº 000, de 09 de junho de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho de 2017, e 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, da legislação brasileira correlata; e considerando que a 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 doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; considerando que a Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, prevê, em seu art. 12, III, a possibilidade de alteração normativa mediante acréscimo de dispositivo novo; considerando que a Lei nº 8.142/1990 dispõe que o CNS, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legitimamente constituído em dada esfera do governo; e considerando o rol de competências do CNS e do seu Plenário, previsto no Regimento Interno (artigos 10 e 11 da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008). Resolve: Art. 1º Que a Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008 passa a vigorar com os seguintes acréscimos: “Art. 7º (...) §3º O Pleno do CNS poderá instituir Câmaras Técnicas (CT), na forma deste Regimento, as quais fornecerão subsídios de ordem política, técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica, sem, contudo, integrar a composição do Conselho.” “Art. 11 Compete ao Plenário do CNS: (...) V - a qualquer tempo, criar, modificar, suspender temporariamente as atividades e extinguir Comissões Intersetoriais integradas por representantes de ministérios, outros órgãos competentes e por entidades, instituições e movimentos nacionais representativos da sociedade civil no campo da saúde, Grupos de Trabalho compostos por Conselheiros do CNS e Câmaras Técnicas, por maioria qualificada de votos dos conselheiros; (...)” Capítulo IV – A - Das Câmaras Técnicas. Art. 53-A. As Câmaras Técnicas são instâncias de suporte ao Conselho Nacional de Saúde e às suas Comissões Intersetoriais, criadas pelo Pleno para determinado fim com vistas a contribuir com a efetivação das atribuições do CNS e o seu ato constitutivo deverá conter: I - Os objetivos a que se destina; II - A justificativa para a sua criação; III - O tempo previsto para a consecução de seus objetivos; IV - A sua composição; e V - A sua coordenação. §1º As Câmaras Técnicas não são instâncias permanentes, devendo-se considerar, no ato de sua instituição, o seu caráter excepcional. §2º Após constituída, a CT deverá se reunir em até quarenta e cinco (45) dias contados da data de sua aprovação no Pleno do

CNS, devendo apresentar, na reunião plenária imediatamente subsequente à sua reunião, o plano de trabalho, constando cronograma e produtos a serem entregues; §3º As CT deverão preparar relatório final das atividades a ser entregue na Secretaria Executiva do CNS para as devidas providências e encaminhamentos em até 30 (trinta) dias após a finalização dos trabalhos. § 4º As CTs também poderão ser compostas por conselheiras e conselheiros nacionais de saúde. Seção II. Dos demais atos técnico-normativos. Art. 57-A. O Conselho Nacional de Saúde poderá emitir Pareceres e Notas Técnicas, consubstanciando posicionamentos e opinativos técnico-políticos. § 1º O Parecer é um pronunciamento técnico-político público, fundamentado e circunstanciado que indica solução para determinado assunto, consulta ou processo administrativo ao qual o CNS é instado a se manifestar. O Parecer deverá ser apreciado pelo Pleno do CNS e poderá ser produzido por qualquer das seguintes instâncias do colegiado: I - pela Mesa Diretora; II - pelas Comissões Intersetoriais; III - pelos Grupos de Trabalho; e V - pelas Câmaras Técnicas. Tratando-se de matéria eminentemente técnica e de instrução processual o parecer prescindirá de aprovação do Pleno, podendo ser emitido pela Secretaria-Executiva, pela Mesa Diretora ou por qualquer das Comissões permanentes do CNS. § 2º A Nota Técnica é ato interno, produzido pela Secretaria Executiva do CNS, possui caráter instrutivo e tem por finalidade o subsídio à Mesa Diretora e ao Pleno do CNS em matérias relativas a processos administrativos, judiciais e políticos que necessitem de maior aprofundamento para orientar os debates e deliberações do CNS.” Aberta a palavra, foram apresentadas as seguintes sugestões ao texto: Art. 7º, § 3º - incluir “excepcionalmente” e vincular às comissões temáticas; 53-A – suporte às comissões temáticas e, por conseguinte, ao CNS; 57-A, a – corrigir “V” para “IV”; excluir “tempo de duração das câmaras técnicas – 12 meses”; e revisar o texto, a fim de corrigir eventuais erros. **Deliberação: aprovada a resolução, com ajustes e duas abstenções.** Continuando, apresentou a segunda resolução resultado do debate do item 3: “Resolução nº 000, de 9 de junho de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho 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 o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) na ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; considerando a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que prevê a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS; considerando a Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional; considerando o Decreto n.º 8.754, de 10 de maio de 2016, que dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino; considerando a Portaria Normativa MEC n.º 40, de 12 de dezembro de 2007, que institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação da educação superior no sistema federal de educação; considerando a Resolução CNS n.º 287, de 08 de outubro de 1998, que relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do CNS; considerando a competência conferida ao Pleno do colegiado para a qualquer tempo, criar, modificar, suspender temporariamente as atividades e extinguir as Câmaras Técnicas (CTs), como previsto na Resolução CNS n.º 407, de 12 de setembro de 2008 (Art. 7º, §3º e no Art. 11, V, com redação dada pela Resolução CNS n.º 000, de 09 de junho de 2017); considerando as normativas relativas às CTs dispostas no Art. 53-A da Resolução CNS n.º 407, de 12 de setembro de 2008, com redação dada pela Resolução CNS n.º 000, de 09 de junho de 2017; considerando a Resolução CNS n.º 513, de 06 de maio de 2016, que alterou o artigo 52 da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, que trata do funcionamento das Comissões Intersetoriais do CNS; considerando a Resolução CNS n.º 350, de 09 de junho de 2005, que aprova, entre outros, os critérios de regulação da abertura e reconhecimento de novos cursos da área da saúde; considerando a Resolução CNS n.º 515, de 07 de outubro de 2016, que manifesta o posicionamento contrário do CNS quanto à autorização de todo e qualquer curso de graduação da área da saúde, ministrado totalmente na modalidade Educação a Distância (EaD), bem como que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) da área de saúde sejam objeto de discussão e deliberação do CNS de forma sistematizada, dentro de um espaço de tempo adequado para permitir a participação, no debate, das organizações de todas as profissões regulamentadas e das entidades e movimentos sociais que atuam no controle social; considerando as propostas e diretrizes da 15ª Conferência Nacional de Saúde, aprovadas por meio da Resolução CNS n.º 507, de 16 de março de 2016, em especial as enumeradas no Eixo 3 - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; e considerando a Resolução CNS n.º 528, de 08 de julho de 2016, que aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho

(CIRHRT/CNS), para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 19 (dezenove) membros titulares e 17 (dezesete) membros suplentes. **Resolve:** Art. 1º Criar a Câmara Técnica (CT) da CIRHRT/CNS, com o objetivo de apoiar e fortalecer os processos de trabalhos da Comissão no âmbito da formação, qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde. Art. 2º A CT de que trata o artigo 1º desta Resolução terá, entre outras atribuições, elaborar pareceres sobre processos de abertura e reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde. Art. 3º A CT será composta por um representante de cada uma das Associações Nacionais de Ensino das categorias profissionais de saúde de nível superior relacionadas na Resolução CNS n.º 287, de 08 de outubro de 1998, acrescida dos profissionais da graduação em Saúde Coletiva e membros da gestão federal da educação na saúde, totalizando 15 integrantes. § 1º A CT prevista nesta Resolução será presidida pela coordenação da CIRHRT/CNS. § 2º A participação na CT não representa vínculo administrativo ou trabalhista, portanto, não cabe remuneração aos seus integrantes, considerando-se o seu trabalho de grande relevância social. Art. 4º Os integrantes da CT se reunirão periodicamente, de acordo com o calendário de reuniões ordinárias da CIRHRT/CNS, com apoio técnico e orçamentário/financeiro da Secretaria Executiva do CNS. Art. 5º A CT terá um período de atividade inicial de 12 meses, podendo ser dissolvida ou prorrogada, a qualquer tempo, por decisão do Pleno do CNS. Art. 6º Os casos omissos serão encaminhados pela Mesa Diretora e resolvidos, em última instância, pelo Pleno do CNS.” Aberta a palavra, foram apresentadas as seguintes modificações: no art. 3º, incluir conselhos federais das profissões da saúde regulamentadas; § 2º - substituir “seu trabalho de grande relevância social” por “serviço social de relevância pública”. **Deliberação: aprovada a resolução com as mudanças sugeridas pelo Plenário. 4) Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – Conselheira Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** apresentou as três recomendações elaboradas pela CIRHRT/CNS. A primeira é a seguinte: “Recomendação nº 000, de 9 de junho de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho de 2017, no uso de suas 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 o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de Estado que visa à promoção, prevenção e recuperação da saúde e que, segundo o Art. 200 da Constituição Federal de 1988, compete ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população; considerando que o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art. 1º, II, §2º da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990); considerando que a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do CNS (CIRHRT/CNS) tem sua atuação legitimada pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao CNS, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS; considerando que a CIRHRT/CNS atua no exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino, em articulação com o Ministério da Educação (MEC) e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), no âmbito da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996; do Decreto n.º 8.754, de 10 de maio de 2016; da Portaria Normativa MEC n.º 40, de 12 de dezembro de 2007; da Resolução CNS n.º 350, de 09 de junho de 2005 e da Resolução CNS n.º 515, de 3 de junho de 2016; considerando que o CNS, por meio da Moção de Apoio n.º 005, de 10 de setembro de 2015, manifestou apoio e reconhecimento ao INEP na condução do processo de atualização do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação e parabenizou o Instituto pela construção participativa com que o trabalho vinha sendo realizado, contemplando diferentes atores no processo; considerando que as alterações sugeridas no processo de atualização do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação dialogam com os temas e critérios dispostos na Resolução CNS n.º 350/2005; considerando que a proposta de novo Instrumento foi disponibilizada para Consulta Pública no dia 20 de agosto de 2015, com o objetivo de receber contribuições para o aprimoramento do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação e que a CIRHRT/CNS enviou contribuições que foram acatadas pelo INEP; considerando que a CIRHRT/CNS coordena, atualmente, as atividades do Grupo de Trabalho (GT) criado para discutir as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação da área da saúde, para que sejam voltadas para o fortalecimento dos princípios do SUS, conforme aprovado na 286ª Reunião Ordinária - RO, ocorrida em 6 e 7 de outubro de 2016, e que a observância das DCN são um dos critérios de avaliação constantes no Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação

utilizado pelo INEP; e considerando os avanços legais e normativos referentes à educação superior implementados no Brasil ao longo dos últimos anos. Recomenda: ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) que retome o diálogo entre órgãos e entidades afins à temática, inclusive o CNS, e a Comissão Intersetorial instituída pela Portaria MEC n.º 1.053, de 12 de setembro de 2016, encarregada de realizar ajustes no inteiro teor da Portaria MEC n.º 386, de 10 de maio de 2016, que estabelecia indicadores do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação.” Aberta a palavra, foram apresentadas as seguintes sugestões: incluir “na área da saúde” após “cursos de graduação”; pensar em algo mais enfático, além de “retomar o diálogo”; não aprovar a recomendação haja vista que a intenção é retomar o diálogo porque já existe fórum de articulação entre MS e MEC; e manter a recomendação na forma apresentada. Após essas falas, a mesa colocou em apreciação as duas propostas apresentadas durante o debate: **1) Manter a recomendação para retomar o diálogo – 15 votos; e 2) Não votar recomendação, porque já existe fórum de debate entre MS e MEC – 8 votos. Três abstenções. Diante desse resultado, a recomendação foi aprovada.** Conselheiro **Geordecio Menezes de Souza** registrou que se absteve da votação, porque permaneceu dúvidas sobre a motivação da recomendação. Seguindo, apresentou a segunda recomendação: “Recomendação nº 000, de 9 de junho de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 08 e 09 de junho 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 a saúde é um direito fundamental de todo ser humano e dever do Estado, conforme preconizado pelo Art. 196 da Constituição Federal de 1988; considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de Estado que visa à promoção, prevenção e recuperação da saúde e que, segundo o Art. 200 da Constituição Federal de 1988, compete ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população; considerando que o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art. 1º, II, §2º da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990); considerando que a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS) tem sua atuação legitimada pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a criação de Comissões Intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS; considerando a Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional; considerando a Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos e os Contratos Organizativos da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), enquanto instrumento de contratualização que pretende ampliar e fortalecer a integração entre ensino, serviços e comunidades, ao pactuar a organização dos cenários de prática das regiões de saúde ou município(s), assumindo responsabilidades mútuas e colaborativas entre gestores, instituições de ensino, profissionais de saúde e usuários; considerando a Portaria Normativa n.º 16, de 25 de agosto de 2014, que estabelece os parâmetros para a contrapartida a ser oferecida ao SUS para implantação e funcionamento de cursos de graduação em Medicina, por instituição de educação superior privada; considerando a Portaria Interministerial n.º 1.127, de 04 de agosto de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos COAPES, para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS; considerando a Portaria Interministerial n.º 10, de 20 de agosto de 2014, que institui a Comissão Executiva e o Comitê Nacional dos COAPES; e considerando que o Comitê Nacional dos COAPES, conforme disposto na Portaria Interministerial n.º 10/2014, é composto por membros de diferentes órgãos e entidades, dentre eles, um representante do CNS, já indicado formalmente por este Conselho à Secretaria de Educação Superior (SESu/MEC). **Recomenda:** à Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação (SESu/MEC) e à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (SGTES/MS): a convocação imediata de reunião do Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), instância que tem o papel de orientar, acompanhar e apoiar os processos de contratualização com vistas ao fortalecimento da integração ensino-serviço-gestão-comunidade, tendo em perspectiva a formação e o desenvolvimento dos profissionais do SUS, de forma indissociada e organizada a partir das necessidades de saúde da população e singularidades do território. **Deliberação: aprovada a recomendação com uma abstenção. Por fim, apresentou a terceira recomendação à** Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação (SESu/MEC): a convocação imediata, no prazo de 15 dias, de reunião da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, tendo em



vista a relevância dessa modalidade de pós-graduação *lato sensu* para a formação de novos trabalhadores para o SUS, a partir das necessidades de saúde da população. **Deliberação: aprovada a recomendação.** 5) **Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS** – Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**, coordenadora da CIEPCSS, submeteu à apreciação do Plenário o plano de trabalho da Comissão. **Deliberação: aprovado o plano de trabalho da Comissão.** 6) **Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS/CNS** – O Plenário promoveu breve debate para definição da coordenação da CISS, mas não houve definição. **Deliberação: o Plenário decidiu delegar ao Fórum de Usuários o debate e a apresentação de proposta para a coordenação.** 7) **Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS** – Conselheira **Vânia Lúcia Leite** informou que a recomendação, apresentada e aprovada na última reunião, será reformulada e apresentada na próxima reunião do CNS. Sendo assim, solicitou que não seja publicada. **Deliberação: a recomendação, apresentada e aprovada na última reunião, será reformulada e apresentada na próxima reunião do CNS. A recomendação já aprovada não deverá ser publicada.** Seguindo, o Presidente do CNS propôs que o Plenário aprovasse moção de apoio ao decreto legislativo, do senador Humberto Costa, que susta os efeitos do Decreto nº 9.057, de 25 de maio de 2017, o qual libera o ensino à distância. O decreto do senador utiliza a Resolução do CNS nº 515/2016 como base de argumentação. **Deliberação: o Plenário aprovou, com duas abstenções, o mérito da moção de apoio. O texto será elaborado pela assessoria técnica do CNS e encaminhado aos conselheiros e às conselheiras para conhecimento.** Conselheira **Zaira Tronco Salerno** interveio para informar que a recomendação da CIAN, com retificação, fora disponibilizada aos conselheiros. Conselheiro **Moysés Toniolo** lembrou que o CNS precisaria manifestar-se sobre a recomendação dirigida à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Conselheira **Analice Dantas Santos** recordou que apresentara informe no dia anterior sobre a Portaria nº. 136 que exonera Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi e a proposta é que o CNS aprove recomendação de suspensão da Portaria. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** manifestou preocupação com a apreciação de um documento que não havia sido debatido no Conselho e solicitou que o Plenário se manifestasse a respeito. O Presidente do CNS lembrou que o CNS já se manifestou contrário à EBSEH, assim, manifestou preocupação com a proposta de aprovar recomendação a respeito. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** esclareceu que o cargo de Superintendente do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas é indicado pela reitoria, mas a exoneração foi feita pela EBSEH, o que fere a autonomia universitária. Após outras ponderações, conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** fez a leitura da minuta de recomendação. O texto é o seguinte: “À EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSEH). Recomendação de suspensão da portaria de exoneração de Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi. Considerando a previsão constitucional de que as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, nos termos do art. 207 da Constituição da República Federativa do Brasil; Considerando a defesa intransigente dos/as trabalhadores/as, independentemente do tipo de vínculo com os Hospitais Universitários, seja RJU ou CLT, e sua importância para a tarefa de construir o atendimento hospitalar como função pública, gratuita e universal de atendimento à saúde; considerando a prerrogativa da missão do HUPAA-UFAL, que é de ensino, pesquisa e extensão, vinculada intrinsecamente à natureza pública da UFAL; considerando a liberdade de expressão e de livre manifestação de opiniões, ideias, pensamentos pessoais, sem ameaças de retaliações ou censura por parte do Estado, daqueles que o representam e da sociedade, prevista como direito fundamental no Art. 5, IX da Constituição Federal de 1988; e considerando a Portaria nº 136, de 6 de junho de 2017, que exonera Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi, Matrícula SIAPE nº 0629187, do cargo de Superintendente do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas, sem a devida consulta à Reitoria da UFAL. Resolve: recomendar a suspensão da Portaria 136 que exonera Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi e apoiar a permanência da Superintendente, reconhecendo sua legitimidade à frente da direção do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Alagoas, considerando que essa situação retrata um ataque, de cunho autoritário, aos que lutam pela qualidade dos serviços públicos de saúde e à autonomia universitária.” Concluída a leitura, foi aberta a palavra aos conselheiros. Nas falas foram apresentadas duas propostas: transformar a recomendação em moção de repúdio; e continuar a discussão e reformular o texto. **Primeiro, a mesa colocou em apreciação a proposta de transformar a recomendação em moção de repúdio, que foi aprovada.** Na sequência, colocou em votação o texto da moção com o mérito apresentado. **Deliberação: a moção de repúdio foi aprovada por maioria. Três abstenções.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** declarou que se absteve da votação por não ter clareza suficiente sobre o ocorrido para manifestar-se. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou a 294ª 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; **Antônio Muniz da Silva**,

2444 Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional;  
 2445 **Arlson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS;  
 2446 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil –  
 2447 FENACELBRA; **Edmundo Dzuaiwi Omoro**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia  
 2448 Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em  
 2449 Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Guilherme Franco**  
 2450 **Netto**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Jani Betânia Souza Capiberibe**,  
 2451 Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues**  
 2452 **Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Carolina Abad**, Federação  
 2453 Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto**  
 2454 **Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI;  
 2455 **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Moysés Toniolo de**  
 2456 **Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério  
 2457 da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Oriana Bezerra**  
 2458 **Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos  
 2459 Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos  
 2460 Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de  
 2461 Moradores – CONAM; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).  
 2462 *Suplentes* – **Albervan Reginaldo Sena**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE;  
 2463 **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Ana Lúcia da Silva Marçal**  
 2464 **Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Ana Paula Batista Soledade**, Associação  
 2465 Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Antonio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde - MS; **Cleuza**  
 2466 **de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Cleusa Rodrigues**  
 2467 **da Silveira Bernardo**, Ministério da Saúde (MS); **Deise Araújo Souza**, Confederação Nacional do  
 2468 Comércio – CNC; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa;  
 2469 **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços -  
 2470 CNS; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB;  
 2471 **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Geraldo**  
 2472 **Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gilene José dos**  
 2473 **Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi;  
 2474 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone**  
 2475 **Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,  
 2476 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Arnaldo Pereira Diniz**, Federação  
 2477 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Laura Davison**  
 2478 **Mangilli Toni**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Maria Angélica Zollin de Almeida**,  
 2479 Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria da Conceição Silva**, União de  
 2480 Negros pela Igualdade; **Mariana Carvalho Pinheiro**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viegas Barreto de**  
 2481 **Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rodrigo Gomes Marques**  
 2482 **Silvestre**, Ministério da Saúde; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e  
 2483 Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação  
 2484 Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida –  
 2485 REDE UNIDA; **Tathiane Aquino de Araújo**, Rede Nacional de Pessoas Trans- Rede Trans Brasi;  
 2486 **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; e **Vânia Lúcia Ferreira**  
 2487 **Leite**, Pastoral da Criança.