



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos seis e sete dias do mês de julho de dois mil e dezessete, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Nonagésima Quinta 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 os itens do Radar. **3)** Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento – COFIN. **4)** Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. **5)** Apresentar as contribuições do Grupo de Trabalho sobre a Política Nacional de Atenção Básica. **6)** Acompanhar, refletir e rever possíveis encaminhamentos referente à temática da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. **7)** Apreciar e deliberar sobre encaminhamentos das Comissões Intersetoriais. Na sequência, procedeu à pauta da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 294ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 295ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - *Composição da mesa:* conselheiro **Geordecio Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; conselheira **Cleoneide Paulo**, da Mesa Diretora do CNS; e **Neide Rodrigues dos Santos**, Secretária-Executiva do CNS. **Primeiro, o coordenador da mesa fez a leitura da pauta da reunião, que foi aprovada por unanimidade.** Em seguida, submeteu à apreciação do Plenário a ata da 294ª RO enviada previamente aos conselheiros. **Deliberação: a ata da 294ª RO foi aprovada, por unanimidade. ITEM 2 – EXPEDIENTE – Composição da mesa:** conselheiro **Geordecio Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; conselheira **Cleoneide Paulo**; e **Neide Rodrigues dos Santos**, Secretária-Executiva do CNS. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS** – justificaram ausência os seguintes conselheiros e conselheiras: **Carolina Abad; Lorena Baía; Maria Zenó Soares da Silva; Nelson Mussolini; Sônia Aparecida Pinheiro Pereira; Carmem Lúcia Luiz; e Antônio Carlos Figueiredo Nardi. APRESENTAÇÃO DE NOVOS CONSELHEIROS E NOVAS CONSELHEIRAS:** **Henrique Sartori de Almeida Prado; Paulo S. Nascimento; Cláudio Ferreira do Nascimento; Maria Leitão Bessa; e Rafaela Bezerra Fernandes. INFORMES** - **1)** Conselheiro **Antônio Muniz da Silva** fez um informe da Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB sobre participação na 15ª EXPOEPI e sobre Projeto de Acessibilidade na CDGI do Ministério da Saúde. **2)** Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** informou o Pleno sobre o II Encontro Nacional de Jovens Celíacos, realizado nos dias 23, 24 e 25 de junho de 2017, em Foz do Iguaçu/PR. **3)** Conselheira **Denise Torreão** falou sobre a II Reunião de criação do Comando Unificado de Saúde/CREMERJ, realizada no dia 29 de junho de 2017, no Rio de Janeiro/RJ. **4)** Conselheiro **Moyse Longuinho Toniolo de Souza** falou sobre a Nota Técnica nº 119/2017 relativa à falta temporária do exame de carga viral. A mesa antecipou o debate do item 3 e acordou que as indicações seriam retomadas posteriormente. **ITEM 3 – ANOREXÍGENOS: O PAPEL REGULADOR DA ANVISA NA PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE** - *Apresentação:* **Jarbas Barbosa da Silva Júnior**, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; **Eduardo Monteiro de Barros Cordeiro**, representante da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde – CONJUR/MS. *Coordenação:* conselheiro **André Luiz de Oliveira**; e conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**. O Diretor-Presidente da ANVISA, **Jarbas Barbosa da Silva Júnior**, primeiro expositor, colocou a posição da ANVISA sobre a aprovação e sanção do PL nº. 2.431/2011 (Lei nº. 13.454, de 23 de junho de 2017). Começou explicando que a Lei traz dois problemas principais, um ponto de vista sanitário e do ponto de vista jurídico. Destacou que essa norma coloca o Brasil em uma situação internacional embaraçosa, haja vista o risco de interpretação de que há dois grupos de medicamentos no país, um controlado pela Anvisa (submetidos à legislação sanitária vigente, especialmente as Leis nº 6.360/76 e 9.782/99) e outro que é liberado por leis do Congresso Nacional. Esse fato, acrescentou, coloca em dúvida a segurança e a eficácia de todos os medicamentos. Do

ponto de vista jurídico, destacou que parecer da Advocacia Geral da União - AGU conclui que a Lei é inconstitucional, portanto, chamou as entidades que puderem a entrar com Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI contra a Lei no Supremo Tribunal Federal - STF. Salientou que provavelmente a decisão do Supremo será àquela tomada em relação à lei que liberou a fosfoetanolamina. Ou seja, suspenderá a aplicação Lei e, após julgamento, decidirá que não pode prosperar porque é inconstitucional. Explicou que não há medicação "mágica" que resolva a epidemia da obesidade, que é um problema mundial. Lembrou que os medicamentos autorizados pela Lei são antigos (décadas de 70 e 80) e foram registrados em uma época que a regulamentação sanitária não era tão rigorosa. Com o uso, os profissionais e pesquisas observaram os efeitos que esses medicamentos causavam (usuários desses medicamentos relataram reações adversas graves – doença cardiovascular (inclusive com morte), até dependência). A partir desses estudos, a ANVISA, o FDA e a Europa decidiram retirar essas medicações do mercado. Disse que, na época, a ANVISA revisou mais de 170 trabalhos científicos publicados em revistas e, no âmbito de produção de evidência científica, observou que os medicamentos eram inseguros e ineficazes. Com isso, foram retiradas do mercado três substâncias: anfepramona, femproporex e mazindol. No caso da sibutramina, disse que estudo mundial acompanhou 10 mil pessoas que utilizavam a substância e a decisão (em vigor até hoje) foi autorizar a continuidade do uso, com duas medidas de precaução: uso limitado a 60 dias; e fixação de dose diária máxima. Em relação ao impacto da nova lei, duvidou que qualquer laboratório farmacêutico sério aceite fabricar esses medicamentos, por saber que não são eficazes, nem seguros. Além disso, farmácias de manipulação não aceitarão manipular matéria-prima cuja qualidade é desconhecida. Com resultado, será legalizado mercado paralelo e ilegal, o que é muito perigoso. Finalizou destacando a preocupação com a legislação, porque poderá expor pessoas a riscos de proporções desconhecidas. Em seguida, expôs o representante da CONJUR/MS, **Eduardo Monteiro de Barros Cordeiro**, com abordagem de quatro pontos: PL nº 2.431/2011 (Lei nº 13.454/2017); Nota Técnica da ANVISA sobre o Projeto; Parecer da CONJUR-MS; e entendimento do STF em casos semelhantes. Salientou que o PL nº 2.431/2011 (Lei nº 13.454/2017), define que ficam autorizados a produção, a comercialização e o consumo, sob prescrição médica no modelo B2, dos anorexígenos sibutramina, anfepramona, femproporex e mazindol (a Lei entra em vigor na data de sua publicação). Falou sobre a Nota Técnica da ANVISA (Nota Técnica 17/2017DICOL/ANVISA) sobre o projeto, destacando os seguintes trechos do documento: (...) criar-se-ia verdadeira "cunha legislativa" casuística no sistema de proteção da saúde pública brasileira, permitindo-se que alguns medicamentos excepcionalmente gozem de uma "garantia" de permanência no mercado, independentemente de prova de eficácia e segurança terapêutica de seu uso (...); (...) desafia o princípio da isonomia porque intenta injustificadamente privilegiar um determinado grupo de produtos fármacos em detrimento de todos os demais que permanecerão submetidos à legislação sanitária vigente, especialmente as Leis nº 6.360/76 e 9.782/99 (...); e (...) Por todo exposto, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, observada a manifestação técnica da Gerência-Geral de Medicamentos e Produtos Biológicos - GGMED desta Agência, posiciona-se contrária à sanção do Projeto de Lei nº 2.431/2011, de autoria do Deputado Felipe Bornier, e ainda, recomenda fortemente o veto integral desta proposição. Salientou que, após a Nota da ANVISA, a matéria foi enviada à CONJUR/MS para manifestação e o parecer da Consultoria (nº. 00572/2017/CONJUR-MS/CGU/AGU) concluiu pela inconstitucionalidade material do Projeto de Lei nº 2.431/2011, por violação aos arts. 6º e 196, da Constituição (Direito à Saúde) e Art. 2º da Constituição (separação dos Poderes). Sobre a ofensa ao Direito à Saúde (art. 6º e 196 da Constituição), destacou as definições dos artigos 6º e 196: Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição; e Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Salientou que o exercício do direito à saúde possui dimensão prestacional, gerando para o Estado o dever de instalar uma rede de proteção nessa área. Acrescentou que o Art. 200 da Constituição dispõe que compete ao SUS a atribuição de controlar e fiscalizar produtos e substâncias de interesse para a saúde; executar as ações de vigilância sanitária; e participar do controle e fiscalização da produção e utilização de produtos psicoativos. Lembrou que, nos termos da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que criou a ANVISA, determina que, no art. 16 que: "O registro de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, dadas as suas características sanitárias, medicamentosas ou profiláticas, curativas, paliativas, ou mesmo para fins de diagnóstico, fica sujeito, além do atendimento das exigências próprias, aos seguintes requisitos específicos: (...); II - que o produto, através de comprovação científica e de análise, seja reconhecido como seguro e eficaz para o uso a que se propõe, e possua a identidade, atividade, qualidade, pureza e inocuidade necessárias; III - tratando-se de produto novo, que sejam oferecidas amplas informações sobre a sua composição e o seu uso, para avaliação de sua natureza e determinação do grau de segurança e eficácia necessários.

Frisou que o PL nº 2.431/2011 autorizou a produção, comercialização e consumo de medicamentos sem a comprovação da eficácia e segurança do seu uso. Este fato coloca em risco o direito à saúde, previsto nos arts. 6º e 196 da Constituição. Ainda em relação à Ofensa à Separação dos Poderes (art. 2º da Constituição), salientou que a vigilância e o registro sanitário de medicamentos são procedimentos de caráter tipicamente administrativo, reservados ao Poder Executivo (art. 200, I e II, da CRFB). Ou seja, compete à ANVISA, autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, o registro de medicamentos (art. 7º, IX, da Lei nº 9.782/99). Nesse caso, o Poder Legislativo substituiu o juízo essencialmente técnico da ANVISA por um juízo político. Disse que a conclusão jurídica é pela existência de inconstitucionalidade material por violação aos arts. 2º, 6º e 196, da Constituição e a sugestão é de veto integral do PL nº 2.431/2011. Disse que o entendimento do Ministro de Estado da Saúde foi consoante com a consultoria jurídica – veto ao PL – mas o Projeto foi sancionado. Por fim, apresentou o entendimento do STF em casos semelhantes: Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5.501 - Lei nº 13.269, de 2016 ("pílula do câncer"). Decisão: O Tribunal, por maioria e nos termos do voto do Relator, deferiu a liminar para suspender a eficácia da Lei nº 13.269/2016, até o julgamento final desta ação, vencidos, em parte, os Ministros Edson Fachin, Rosa Weber, Dias Toffoli e Gilmar Mendes, que concediam a liminar para dar interpretação conforme (presidiu o julgamento o Ministro Ricardo Lewandowski, Plenário, 19.05.2016). Nas palavras do relator, Ministro Marco Aurélio: "Ao suspender a exigibilidade de registro sanitário da fosfoetanolamina sintética, o ato atacado discrepa das balizas constitucionais concernentes ao dever estatal de reduzir o risco de doença e outros agravos à saúde dos cidadãos. (...) É no mínimo temerária – e potencialmente danosa – a liberação genérica do medicamento sem a realização dos estudos clínicos correspondentes, em razão da ausência, até o momento, de elementos técnicos assertivos da viabilidade da substância para o bem-estar do organismo humano. Salta aos olhos, portanto, a presença dos requisitos para o implemento da medida acauteladora". Concluídas as explanações dos expositores, foi aberta a palavra para manifestações. Conselheira **Christianne Maria de Oliveira Costa** perguntou a posição da Sociedade de Endocrinologia a respeito da Lei e perguntou qual será a alternativa de tratamento para obesidade no caso de proibição dessas substâncias. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** destacou que esse debate relaciona-se ao conflito: obesidade e imposição de padrão às mulheres. Estranhou a sanção do PL pela Presidência da República, mesmo com parecer contrário da ANVISA e sugeriu a aprovação de moção de repúdio à Lei. Salientou que é preciso trabalhar com indicativo de promoção da saúde, considerando o conhecimento da matriz africana. Conselheiro **Moyses Longuinho T. de Souza** salientou que a sanção do Projeto é resultado do lobby da indústria da farmacêutica no Congresso Nacional, lembrando que o setor é o principal financiador de campanhas no país. Frisou que a Lei publicada representa um desserviço público à população e perguntou quais medidas administrativas podem ser adotadas, uma vez que são medicamentos sem registro. Conselheira **Paula Johns**, primeiro, destacou que o combate à obesidade passa por medidas de regulação do mercado. Avaliou que essa é uma das várias iniciativas de enfraquecer a capacidade técnica da ANVISA e frisou que é essencial fortalecer o papel da Agência. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** saudou o diretor-presidente da ANVISA pela posição nesse caso e a jornalista Manuela Castro pelo trabalho premiado sobre hanseníase e pelo livro sobre o tema que seria lançado. Apoiou a proposta de moção de repúdio e sugeriu também que o CNS se manifeste ao STF por conta da aprovação de produção, comercialização e uso de medicamento, mesmo com parecer contrário da ANVISA, órgão regulador do país. No seu ponto de vista, trata-se de interesse da indústria farmacêutica em legislar acima do órgão técnico regulador do país. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** cumprimentou os expositores pelas explanações e salientou que esta matéria não deveria ter sido tratada pelo Congresso Nacional, porque fere a autonomia da ANVISA. Avaliou que a lei foi aprovada de forma inconsequente, uma vez que são substâncias perigosas que podem causar graves riscos à saúde das pessoas e à saúde pública como um todo. Defendeu que o CNS se posicione em apoio à ANVISA/MS, como órgão regulador. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** apoiou a fala dos conselheiros no sentido de fortalecer a luta contra a prevalência do interesse dos grandes grupos econômicos à custa da saúde da população e pontuou que é importante utilizar dos instrumentos administrativos, legais e políticos de pressão do CNS para evitar que isso ocorra. Conselheiro **Willen Heil e Silva** avaliou que a aprovação do PL é mais um artifício de negociação para manter o governo no poder. Lembrou que há excelentes ferramentas nas práticas integrativas para tratar, por exemplo, compulsões alimentares, mas essas ações não são priorizadas. Como encaminhamento, sugeriu a aprovação de moção de repúdio do CNS utilizando argumentos da Nota da ANVISA e do Parecer da CONJUR/MS. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** manifestou sua indignação com a sanção da Lei e frisou que se vive no país o que chamou de "agenda do absurdo". Apoiou a proposta de moção, mas defendeu também a definição de alternativas para garantir o veto integral da Lei. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** saudou o diretor-presidente da ANVISA e frisou que é preciso explicar melhor à população como se dá o processo de regulamentação e também valorizar as raízes. Conselheiro **João Rodrigues Filho** comunicou que a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS

impetrará com ADI contra a Lei no Supremo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, cumprimentou os expositores e frisou que se vive um momento crítico do país, com sérios ataques à direitos. Salientou que a Mesa Diretora do CNS, reunida na última sexta-feira, iniciou a elaboração de recomendação à Presidência da República de veto à Lei, mas no mesmo dia a Lei foi sancionada. Assim, a Mesa propôs, *ad referendum*, recomendação para que todas as entidades com prerrogativa de ingressar com pedido de ADI, nos termos do Art. 103 da Constituição Federal, o fizessem frente à Lei n.º 13.454/CNS, especialmente as entidades com representação no CNS. Disse que essa recomendação seria posteriormente submetida à homologação do Plenário. Além disso, salientou que o CNS precisa reafirmar a importância de instituições como a ANVISA, que defendem o interesse da saúde e propôs aprofundar o debate sobre o papel regulador da Agência na 1ª CNVS.

Conselheiro **Rodrigo Gomes Marques Silvestre**, diretor do complexo industrial da saúde, registrou que os laboratórios públicos consideraram inaceitável a posição de desconsiderar a ANVISA no processo de registro de medicamentos. Salientou que nenhum laboratório sério ou estrutura pública produzirá medicamentos que não atendem aos ritos legais e sanitários do Brasil. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** avaliou que o CNS deve manifestar-se a respeito e também definir ações para evitar que situações como essa voltem a acontecer. Também disse que é preciso definir mecanismo para barrar laboratórios “não sérios” que podem produzir as medicações. Conselheiro **Neilton Araujo de Oliveira** salientou que a saúde é um objeto de natureza complexa e está submetida aos interesses do mercado, de um lado, e da proteção da vida das pessoas, do outro. Frisou que participou da discussão complexa desse tema na ANVISA e relatou que, após dois anos de debates, a Agência proibiu três medicamentos e regulou o uso da sibutramina. Pontuou que não foi a primeira e não será a última vez que a ANVISA sofre ameaça, assim, é preciso definir ações incisivas. Como encaminhamento, sugeriu: aprovar moção de reconhecimento e apoio à ANVISA e à consultoria jurídica do MS pela posição de veto ao Projeto; deixar claro que o Congresso Nacional não representa os interesses da sociedade nesse momento e desconsidera o conhecimento científico e técnico; apoiar as ações de inconstitucionalidade no STF; e dar visibilidade às ações adotadas.

Retorno da mesa. O representante da CONJUR/MS, **Eduardo Monteiro de Barros Cordeiro**, cumprimentou os conselheiros pelas manifestações oportunas e explicou que, na condição de advogado, não tinha competência e expertise para responder as indagações técnicas. Sobre possíveis medidas a serem adotadas, pontuou: ajuizar ADI (entidades legitimadas na CF); e solicitar audiência pública (CNS ou entidades – a ser estudado). Salientou que é impossível impedir o Congresso Nacional de adotar esse tipo de iniciativa, a não ser que tenda a abolir cláusula pétrea. O Diretor-Presidente da ANVISA, **Jarbas Barbosa da Silva Júnior**, agradeceu as intervenções que ressaltaram pontos importantes e demonstram a posição do CNS em defesa da proteção à saúde da população. Explicou que, diante da alegação de sociedades de especialistas de intransigência da ANVISA no caso, revisou as manifestações de algumas dessas entidades e verificou que não trazem revisão de conhecimento científico e baseiam-se somente na opinião de especialistas (mesmo com evidência científica). Também informou que a ANVISA está concluindo atualização sobre PLS relativos a temas sanitários em tramitação na Câmara dos Deputados e a Agência irá àquela Casa para colocar sua posição (Conselho será convidado). Por fim, agradeceu e colocou-se à disposição para outros debates. Na sequência, conselheiro **André Luiz de Oliveira** sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate e foram feitas adequações. Na sequência, colocou em votação as propostas uma a uma:

1) Homologar a recomendação do CNS nº. 27 ad referendum - que todas as entidades com prerrogativa de ingressar com pedido de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), nos termos do Art. 103 da Constituição Federal, o façam frente à Lei n.º 13.454, de 23 de junho de 2017, especialmente as entidades com representação no Conselho Nacional de Saúde. Deliberação: aprovada por unanimidade.

2) elaborar moção de repúdio à aprovação do PL pelo Congresso Nacional e à sanção da presidência da república (apreciar o texto no final da reunião). Deliberação: aprovada por unanimidade.

3) Elaborar moção de reconhecimento e apoio à ANVISA e à consultoria jurídica do MS pela recomendação de veto ao Projeto (apreciar o texto no final da reunião). Deliberação: aprovada por unanimidade.

4) Recomendar que as entidades se associem às medidas de ADI relativas à Lei n.º 13.454/2017 e que o CNS apoie esse movimento. Deliberação: aprovada por unanimidade.

Com essas definições, o coordenador encerrou a mesa e agradeceu a presença dos convidados.

ITEM 4 – RADAR - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Medicamentos Alfapetina e Ribavirina. Estratégia e-SUS. Composição da mesa: **Marta Coelho**, Diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTPS/SVS/MS; **Renato Lima**, Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - DAF/SCTIE/MS; e **José Eudes Vieira**, representante da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.

Coordenação: conselheiro **Arlison da Silva Cardoso**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o coordenador da mesa explicou que o objetivo deste ponto é fazer um informe geral sobre as três temáticas. Em sendo necessário aprofundar o debate, seriam pautados em outra oportunidade. A primeira expositora foi a Diretora do DANTPS/SVS/MS, **Marta Coelho**, que falou sobre a Agenda 2030 Brasil - Objetivos de

Desenvolvimento Sustentável – ODS. Explicou que os ODS são uma agenda mundial adotada durante a Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (em 2015) - 193 países, composta por dezessete objetivos e 169 metas a serem atingidas até 2030. Detalhou que nesta agenda estão previstas ações mundiais nas áreas de erradicação da pobreza, segurança alimentar, agricultura, saúde, educação, igualdade de gênero, redução das desigualdades, energia, água e saneamento, padrões sustentáveis de produção e de consumo, mudança do clima, cidades sustentáveis, proteção e uso sustentável dos oceanos e dos ecossistemas terrestres, crescimento econômico inclusivo, infraestrutura, industrialização, entre outros. Explicou que “A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” é um plano de ação que propõe estratégias globais de desenvolvimento sustentável pelo período de quinze anos e os ODS contemplam as dimensões social, ambiental, econômica e institucional. Acrescentou que A Agenda 2030 visa o alcance do equilíbrio entre a prosperidade humana com a proteção do planeta e os ODS compõem uma agenda de planejamento e de gestão de Políticas Públicas. Disse que até 2030 o Brasil se comprometeu a alcançar os dezessete objetivos e 169 metas que buscam, dentre outros: erradicar a pobreza e a fome; reduzir as desigualdades; combater mudanças climáticas; e promover o crescimento econômico incluyente. No que se refere à governança, lembrou que foi instituída a Comissão Nacional dos ODS (Decreto nº. 8.892 de 27 de outubro de 2016), com as seguintes características: paridade entre Governos e Sociedade Civil; natureza consultiva; e criada para articulação, mobilização e diálogo com os entes federativos e a sociedade civil. Detalhou as principais competências da Comissão Nacional ODS: I - elaborar plano de ação para implementação da Agenda 2030; II - propor estratégias, instrumentos, ações e programas para a implementação dos ODS; III - acompanhar e monitorar o desenvolvimento dos ODS e coordenar a elaboração de relatórios periódicos. Explicou que no dia 29 e junho de 2017 foram empossados os novos representantes dos governos federal, estadual, municipal e da sociedade civil na Comissão. Lembrou que a missão é avançar na estruturação da agenda brasileira a partir da agenda global proposta pela ONU. Também falou sobre o Relatório Nacional Voluntário sobre os ODS/2017, que tem por objetivo informar sobre o processo de preparação do Brasil para a implementação da “Agenda 2030”: diagnóstico inicial do País, ações necessárias para o alcance dos objetivos e desafios. No caso dos Ministérios, disse que a ação é identificar ações, programas e políticas. Destacou ainda como outra ação/2016/2017: convergência entre “A AGENDA 2030” e o instrumento nacional de planejamento (PPA), com o objetivo de identificar a correspondência entre os objetivos declarados pela Agenda 2030 com o instrumento de Planejamento do Governo Federal. Por fim, detalhou como se dá o mapeamento de Políticas Públicas – passos para nacionalização: 1º - Correspondência das metas ODS e atributos (metas, iniciativas e ações) do PPA; 2º - Validar o mapeamento do PPA X ODS com os Ministérios; e 3º - Identificar a vinculação das Metas ODS com os Programas e Ações Ministeriais. Em seguida, falou o diretor do DAF/SCTIE/MS, **Renato Lima**, que prestou esclarecimentos sobre a compra, feita pelo Ministério da Saúde, dos medicamentos Alfapoetina e Ribavirina. Explicou que a ribavirina é um medicamento do componente especializado do Ministério da Saúde para tratamento de pacientes com Hepatite C. Em 2015, o protocolo da Hepatite C foi modificado, com inclusão de novos medicamentos, entre eles, sofosbuvir, e o entendimento da classe médica na época foi que o uso da Ribavirina não seria necessário para o tratamento da Hepatite C. Disse que o medicamento era fornecido pela Fiocruz-Farmanguinhos e, a partir desse entendimento, a Fundação parou de produzir a Ribavirina. Posteriormente, a OMS demonstrou ser fundamental o uso da Ribavirina para tipos de genótipos da Hepatite C. Com isso, os Estados solicitaram a compra da Ribavirina e o Ministério da Saúde, diante da descontinuidade da produção por Fiocruz, realizou pregão eletrônico para adquirir a medicação e assistir os pacientes. Como resultado, foi contratada a empresa que apresentou menor valor (R\$ 5,19), mas ainda superior ao preço praticado por Farmanguinhos (R\$ 0,14 centavos). Explicou que o MS entrou em contato com Farmanguinhos que informou a possibilidade de fornecer o produto a partir de agosto de 2017. Assim, o Ministério contratou a empresa para fornecer quantitativo de medicamento até que Farmanguinhos volte a abastecer a medicação para o SUS. No caso da Alfapoetina, medicamento usado no tratamento de doença renal e tecidos transplantados, explicou que também era adquirida de Bio-Manguinhos. Em 2004, foi feito acordo com fundação cubana para transferência de tecnologia da fabricação do medicamento para o Brasil, que se concluiria em 4 anos e, a partir daí, Bio-Manguinhos iniciaria a produção. Porém, em 2016, o Secretário de Ciência e Tecnologia do MS visitou Bio-Manguinhos e observou que o laboratório ainda não produzia o medicamento. Assim, foi feita cotação para avaliar o preço praticado no mercado e verificou-se que o menor era o de Bio-Manguinhos. Diante disso, o MS enviou ofício a Bio-Manguinhos informando que a partir da próxima compra adquiriria o medicamento por meio de pregão eletrônico até que Bio-Manguinhos começasse a produzir. Disse que o pregão foi realizado e publicado edital, mas o MS decidiu cancelar o processo por conta de questionamentos do Tribunal de Contas. Assim, foi feita compra emergencial do medicamento para abastecimento do SUS por três meses. Disse que Bio-Manguinhos participou das cotações para compra emergencial; na concorrência da apresentação de 4 mil, ganhou a empresa Blaus, por conta do menor valor; e na apresentação de 2000 i, ganhou Bio-Manguinhos. Todavia, a unidade declinou da concorrência e o MS comprou o medicamento da segunda

colocada (que reduziu o preço, chegando ao valor de Bio-Manguinhos). Em dezembro de 2016, o MS informou a Bio-Manguinhos que as próximas compras seriam adquiridas por meio de pregão. Todavia, em abril de 2017, a unidade adquiriu estoque de medicamentos oriundo de Cuba. Disse que Bio-Manguinhos informou o estoque disponível e o MS comprará com menor preço. Acrescentou que o MS poderá adquirir produto de Bio-Manguinhos se o preço possibilitar economia para o SUS. Conselheiro **Rodrigo Silvestre**, responsável pelo Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde da SCTIE/MS, acrescentou que o preço do laboratório público oficial é menor também porque a estrutura é subsidiada. Sobre a transferência de tecnologia da fabricação do Alfapoetina para o Brasil, disse que foi assegurado recurso no orçamento de 2018 para que Bio-Manguinhos conclua a validação da fase de formulação. Assim que obtiver certificado de boas práticas de fabricação da ANVISA, o laboratório iniciará a produção e passará a ser fornecedor, por meio da dispensa para laboratórios oficiais. Em seguida, o representante da SAS/MS, **José Eudes Vieira**, fez uma exposição sobre a implantação do e-SUS AB e do SISAB. Iniciou explicando que o e-SUS AB é uma estratégia, debatida desde 2011, que modifica o padrão de informação para o âmbito da atenção básica, de modo a assegurar mais qualidade dos dados coletados e informados pelas equipes de atenção básica. Destacou que o e-SUS permitiu obter dados individualizados por pessoa atendida ao invés de dados consolidados por municípios, o que permite aos gestores planejamento mais preciso das ações no território. Disse que em janeiro de 2011 foi anunciada a estratégia e-SUS AB e, em 2012, foi lançada a primeira versão das duas grandes ferramentas para coleta de dados para atenção básica: Coleta de Dados Simplificada – CDS; e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Salientou que o e-SUS AB é uma estratégia contínua, porque o sistema exige aprimoramento e novas integrações. Disse que hoje se utiliza a versão 2.1 do CDS e PEC, além de ferramenta de trabalho para os agentes comunitários de saúde. Citou os seguintes dados sobre implantação: 41.191 unidades básicas de saúde (99,1%) com envio de informações pelo e-SUS AB; percentual menor no Estado de São Paulo (89,7%). Destacou que já está em processo, para atenção básica, a incorporação das informações do SIA no âmbito do e-SUS AB. Apresentou dados sobre a implantação de prontuário eletrônico para informação: não Implantado: 2501 - 44,9%; parcialmente Implantado: 1894 – 34%; e implantado: 1175 - 21,1%. Destacou que a obrigatoriedade de implantação do prontuário eletrônico se dará após a divulgação do plano de informatização das unidades básicas de saúde. Salientou que, das quase 41,5 mil UBS, 15.151 já utilizam prontuário eletrônico para registro das informações dos usuários. Das 15.151 unidades, 6.373 já utilizam o prontuário eletrônico disponibilizado pelo MS. Mostrou série histórica da implantação de prontuários eletrônicos, destacando aumento em outubro de 2016, após anúncio do MS e queda em janeiro de 2017, por conta de mudança da gestão. Explicou que as informações coletadas no Prontuário são consolidadas no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica – SISAB. Com o SISAB, será possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde e de indicadores, públicos e restritos. Salientou que, no âmbito do SISAB, há dados de acesso público e de acesso restrito. Nessa linha, detalhou: Relatório público de envio: qualquer pessoa pode verificar o quantitativo de equipes que enviaram dados através do e-SUS; Relatório público de **indicadores**: permitem verificar o resultado de oito indicadores de saúde pactuados para o 3º ciclo do PMAQ/AB e o total de cadastro realizado pelas equipes; Relatório público de **indicadores** (indicadores do PMAQ); Relatório para o perfil municipal e estadual – acesso restrito (o gestor municipal terá disponível os dados até o nível de equipe. O gestor Estadual terá acesso até o nível de município). Salientou que são 160 milhões de brasileiros acompanhados por equipes de atenção básica, mas estão cadastradas 54 milhões no novo sistema de informação. Concluídas as manifestações, foi aberta a palavra para comentários e dúvidas sobre os três temas abordados. Nas falas, surgiram as seguintes questões: que regras o MS apresentará sobre o ODS 3?; o CNS precisa se debruçar e ter posicionamento acerca do ODS 3; solicitar ao DAF/MS que envie, por escrito, os esclarecimentos feitos no Pleno do CNS sobre os medicamentos Alfapoetina e Ribavirina: e-SUS – foi pactuado na CIT um conjunto de incorporação de tecnologias e o CNS precisa ter conhecimento; o CNS e outras entidades devem envolver-se no debate sobre os OD; importância da participação do Conselho no seminário nacional sobre ciência e tecnologia em saúde na direção dos ODM, de 6 a 8 de novembro; a versão do e-SUS AB é totalmente acessível, inclusive para as pessoas com deficiência visual?; Foi feito treinamento nos municípios para que os trabalhadores utilizem o e-SUS AB?; Como está o repasse de recursos para os municípios que não aderiram ao E-SUS?; cadastro de indicadores – pessoas com deficiência e com patologias estão contempladas para efeitos de indicadores; é preciso aprofundar o debate sobre os ODM; CNS precisa analisar com cuidado o que ocorreu em relação à compra dos medicamentos Alfapoetina e Ribavirina e a política de incorporação de tecnologia, com escuta dos órgãos envolvidos e avaliação sobre eventuais prejuízos no que se refere à forma de utilização do recurso - houve prejuízo para o SUS?; Alfapoetina – avaliar o impacto da decisão política do MS de comprar do mercado um medicamento já produzido por laboratórios públicos; ODS – questões para esclarecimentos: como os Objetivos dialogam com a sociedade civil que não está na comissão nacional dos ODS?, Quantas metas dos ODS foram cumpridas?, Qual é o percentual da

meta de redução da pobreza?; proposta de criação de GT do CNS para acompanhar o cumprimento das metas dos ODS; já existe GT da sociedade civil que acompanha o debate dos ODS; solicitação ao MS que corrija as distorções sobre identidade de gênero nos sistemas de informação; ODS – qual proposta será levada para ONU?; quais são os indicadores dos ODS? É possível discutir os indicadores? Se não, pautar os indicadores para debate; sugestão de participação do CNS na Comissão Nacional dos ODS; incorporar o tema dos ODS no plano de trabalho da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde do CNS e solicitar debate a respeito; pautar o tema “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” novamente na próxima reunião ordinária do CNS para aprofundar o debate; repautar o tema relativo aos medicamentos na reunião ordinária do mês de agosto, com a presença da FIOCRUZ; demandar à Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF/CNS que debata a questão dos medicamentos e apresente sugestões de debates acerca da temática apresentada; solicitar ao DENASUS que realize auditoria sobre os processos de compra dos medicamentos Ribavirina e Alfapoetina, com base nas denúncias apresentadas à Procuradoria Geral da República, de forma a subsidiar os debates da CICTAF e a decisão do CNS; pautar debate no CNS sobre política de equidade; debater a questão da acessibilidade no e-SUS; propor a inclusão da CIF como estratégia; e solicitar a inclusão do item “identidade de gênero” nas fichas de captação de informação. **Retorno da mesa.** O Diretor do DAF/SCTIE/MS, **Renato Lima**, fez os seguintes esclarecimentos na sua fala acerca das intervenções dos conselheiros: a) Ribavirina: a fim de não faltar medicação para os usuários, a alternativa foi comprar da empresa com preço menor oferecido no pregão (apesar de superior ao contratado com a FIOCRUZ); o processo de compra da Ribavirina foi analisado pela CGU e a decisão foi pela continuidade da aquisição, a fim de evitar descontinuidade no abastecimento; e b) Alfapoetina: a compra realizada gerou economia de R\$ 32 milhões para o período de três meses em relação ao preço praticado por Bio-Manguinhos; em dezembro de 2016, o MS informou a Bio-Manguinhos que a próxima compra da Alfapoetina seria feita por pregão eletrônico, mas ainda assim o laboratório decidiu importar o medicamento de Cuba; o MS decidiu adquirir o estoque desde que o preço seja semelhante ao menor valor cotado na compra emergencial realizada; transferência de tecnologia para Bio-Manguinhos – duração longa, treze anos (a maioria ocorre no período de cinco anos), mas o MS não quer interromper a transferência e estão garantidos recursos no DECIT/MS. Conselheiro **Rodrigo Silvestre**, responsável pelo Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde da SCTIE/MS, sugeriu pautar debate no Pleno do CNS sobre o atual estágio da Política Nacional de Ciência & Tecnologia e apresentar o planejamento e perspectivas para o desenvolvimento do complexo industrial da saúde. Informou que, para 2018, está previsto maior orçamento para fortalecimento do complexo industrial da saúde, o que demonstra o interesse do MS de fortalecer esse complexo e concluir as transferências de tecnologia. O representante da SAS/MS, **José Eudes Vieira**, comentou as seguintes questões na sua fala: Estratégia e-SUS refere-se a prontuários eletrônicos; foi pactuada na CIT a Estratégia e-SUS e esta deve ser debatida no CNS – trata-se da padronização das informações de saúde para o país como um todo (SUS, sistema privado e conveniado); o DEGEPI/MS foi envolvido no debate sobre o modelo de informação, para apresentar informações sobre populações vulneráveis e o e-SUS AB foi o primeiro sistema a apresentar campo para registro do nome social - na versão de atualização, foi incluído campo para registro de identidade de gênero (também foi incorporado no prontuário eletrônico) e é preciso evoluir para trazer ao sistema de informação; o próximo passo é trazer a informação para análise; campo raça/cor é obrigatório (identidade de gênero não é); o desafio é aprimorar os relatórios; indicadores – a princípio, está trabalhando com os três indicadores pactuados no PMAC e o desafio é pensar a inclusão de novos indicadores (está em aberto); a ficha de cadastro contempla campo sobre a pessoa com deficiência; MS dialoga com os municípios para provimento de equipamentos a serem utilizados pelos profissionais; e a Classificação Internacional de Atenção Básica traz um conjunto amplo de informação que tem sido incorporado no sistema. A Diretora do DANTPS/SVS/MS, **Marta Coelho**, comentou os seguintes pontos das intervenções: grande parte das preocupações colocadas pelo Plenário é comum ao Departamento e estão sendo discutidas com a Secretaria de Governo da Presidência da República - SEGOV; disponibilizará ao CNS o “Relatório Nacional Voluntário sobre os ODS/2017” que será apresentado na ONU; o trabalho realizado refere-se a metas pactuadas internacionalmente, mas, posteriormente, será possível trabalhar com metas nacionais; e disponibilizará minuta de portaria sobre os ODS ao CNS para contribuições. Após essas falas, a mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: como resultado final do debate, foram aprovadas as seguintes propostas: 1) Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS: a) pautar o tema “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” novamente na próxima reunião ordinária do CNS; b) incorporar o tema no plano de trabalho da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde do CNS e pautar debate a respeito; c) pleitear a participação do CNS na Comissão que trata do tema; e d) criar grupo de trabalho no CNS para tratar sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2) Alfapoetina e Ribavirina: a) solicitar ao DAF que envie, por escrito, os esclarecimentos feitos no Pleno do CNS; b) pautar, no Pleno do CNS, debate sobre o atual estágio da Política Nacional de Ciência & Tecnologia e apresentação sobre o planejamento e perspectivas para o**

desenvolvimento do complexo industrial da saúde; c) repautar o tema na reunião ordinária do mês de agosto, com a presença da FIOCRUZ; d) demandar à Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF/CNS que debata o tema e apresente sugestões de debates acerca da temática apresentada; e e) solicitar ao DENASUS que realize auditoria sobre os processos de compra dos medicamentos Ribavirina e Alfapoetina, com base nas denúncias apresentadas à Procuradoria Geral da República, de forma a subsidiar os debates da CICTAF e a decisão do CNS. Como encaminhamento geral, acordou-se que a Mesa Diretora apreciará os encaminhamentos e definirá o formato do debate. Além disso, foi sugerido que seja pautado debate sobre política de equidade. Estratégia e-SUS: debater a questão da acessibilidade no e-SUS; propor a inclusão da CIF como estratégia; e solicitar a inclusão do item “identidade de gênero” nas fichas de captação de informação; e pautar no Plenário sobre e-Saúde, para apresentação dos termos da Portaria pactuada na CIT. Com esses encaminhamentos, a mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Retomando, a mesa foi composta para o item 5 da pauta. Antes de iniciar, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** apresentou e deu boas-vindas ao novo representante do MEC no CNS, **Henrique Sartori de Almeida Prado**. **ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO – COFIN - Relatório Anual de Gestão – RAG/2016** - *Composição da mesa:* conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN/CNS; **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN; **Arinaldo Bomfim Rosendo**, Subsecretário Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/MS. *Coordenação:* conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS e coordenador-adjunto da COFIN/CNS. Conselheiro **André Luiz Oliveira** começou com resgate histórico sobre o debate do Relatório Anual de Gestão – RAG/2016 no CNS. Lembrou que o Conselho recebeu o RAG 2016 após a publicação e a COFIN fez uma análise preliminar do documento em meados de março de 2017. Nessa análise, a Comissão considerou importante a análise e contribuições dos conselheiros, principalmente das coordenações das Comissões. Com isso, foi definido prazo para envio de contribuições e a COFIN recebeu sugestões de três Comissões do CNS. No final de abril, a COFIN aprovou a minuta de Parecer Conclusivo sobre o RAG 2016/MS e este documento foi apresentado ao Pleno do Conselho na reunião ordinária do mês de maio. Nesta oportunidade, o Plenário decidiu, entre outros aspectos: aprofundar o debate, esclarecendo os apontamentos da COFIN ao RAG 2016 e ao RQPC 3º de 2016, na reunião da Comissão; realizar reunião ampliada da COFIN com a participação dos coordenadores das comissões a fim de levantar subsídios para a análise do RAG 2016; e viabilizar debate de natureza jurídica no CNS sobre o percentual mínimo de 15% para aplicação em ASPS (Ações em Serviços Públicos em Saúde) em 2016. Seguindo essas deliberações, na reunião de junho de 2017, o Plenário promoveu amplo debate jurídico para aprofundar a discussão sobre o RAG e também foi realizado amplo debate com as áreas técnicas do Ministério e realizada reunião ampliada da Mesa Diretora do CNS e coordenações das comissões. Feito esse resgate isso, apresentou a seguinte dinâmica de debate: exposição sobre o relatório final da COFIN; exposição do Subsecretário de Planejamento e Orçamento; e, ao final, votação do relatório, se o Plenário se sentir esclarecido. Acatada a metodologia sugerida, abriu a palavra aos expositores. O assessor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, passou a explicar os ajustes feitos até a versão final conforme os debates dos meses de maio e junho de 2017 (ajustes indicados nas notas de rodapé do relatório). Fez a leitura das considerações finais do Relatório, que sofreram modificações na estrutura da redação, tendo em vista os debates ocorridos, a saber: “Considerando a análise realizada anteriormente, incluindo os Anexos, a conclusão referente ao RAG 2016 e ao RPQC 3º Quadrimestre de 2016 resultou nos seguintes apontamentos: **a)** Descumprimento da aplicação mínima constitucional em ASPS (14,96% ou R\$ 253 milhões abaixo do mínimo); **b)** Não compensação integral dos restos a pagar cancelados em 2015 (insuficiente em R\$ 439 milhões); **c)** Inexistência de critérios para a escolha das despesas não executadas ou executadas parcialmente em razão do contingenciamento estabelecido pela área econômica; **d)** Não demonstração pelo Ministério da Saúde da alocação de recursos suficientes para promover a mudança de modelo de atenção à saúde (para priorizar a atenção básica); **e)** Queda real dos valores das transferências fundo a fundo para estados, distrito federal e municípios; **f)** Reincidência da baixa execução (pelo nível de liquidação – “inadequado”, “intolerável” e “inaceitável”) de itens de despesas apesar dos alertas do CNS nos três quadrimestres de 2016, sendo que dos 24 dos avaliados com níveis de liquidação da despesa “inadequado” em 2015 no fundo nacional de saúde, apenas 5 passaram para os níveis “adequado” e/ou “regular”; em 2016; **g)** Inexistência de avaliação dos impactos nas condições de saúde da população dos recursos transferidos para estados e municípios; **h)** Não comprovação da existência de recursos financeiros vinculados às contas do Fundo Nacional de Saúde e das demais unidades da administração indireta do MS correspondentes aos valores dos empenhos a pagar e dos saldos dos restos a pagar em 31/12/2016, para que se comprove a efetiva aplicação mínima legalmente estabelecida para 2016 nos termos da LC 141/2012; **i)** Inexistência de dotação orçamentária específica para compensação integral dos restos a pagar cancelados a partir de 2012, além da não compensação de restos a pagar cancelados desde 2000 que fizeram parte do câmputo da aplicação em ASPS; **j)** Não atendimento à solicitação do CNS

de presença de representante do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão no pleno do CNS para debater a compensação dos restos a pagar cancelados; e k) Não atendimento à solicitação do CNS de apresentação da análise de viabilidade técnica e financeira de execução dos restos a pagar antigos (2014 e anos anteriores). Por fim, a COFIN recomenda a não aprovação do RAG 2016 do Ministério da Saúde, bem como que esses apontamentos sejam considerados como indicações das medidas corretivas da gestão a serem encaminhadas ao Presidente da República nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, especialmente no que se refere à compensação imediata em 2017 do valor da aplicação considerada insuficiente nos termos constitucionais e legais anteriormente destacados.” Seguindo, fez considerações sobre os anexos do Relatório da COFIN: Anexo 1 – Nota técnica a respeito da aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde em 2016 pelo Ministério da Saúde sob a vigência da Emenda Constitucional nº 86/2015 e da Emenda Constitucional nº 95/2016 e da compensação dos Restos a Pagar cancelados em 2015 nos termos da Lei Complementar nº 141/2012 (Francisco R. Funcia e Élidea Graziane Pinto); Anexo¹ 2 - Análise Preliminar e Sintética das planilhas de execução orçamentária e financeira recebidas da SPO/MS (dez2016-fechado-23/01/2017). Elaboração: Francisco Funcia. Apresentação na reunião da COFIN/CNS de 03/02/2017; Anexo² 3 - Aspectos complementares da análise do RAG 2016 – 30/06/2017; e Anexo³ 4 - Esclarecimentos apresentados pela SPO/MS – Documentos entregues para análise da COFIN/CNS nas reuniões de 19/05 e 29/06/2017: I. Análise RAG 2016/considerações; II. Análise RAG 2016/considerações/anexos; III. Adendo 1 – Retificação da RCL apurada em 2016; IV. Adendo 2 – Sobre manifestação do TCU; e V. Adendo 3 - Aprovação das contas de governo 2016. O Subsecretário da SPO/MS, **Arinaldo Bomfim Rosendo**, saudou o Plenário e registrou que a Secretaria enviou documentos à COFIN e representantes participaram da reunião para os esclarecimentos necessários. A seguir, comentou as considerações finais apresentadas pelo assessor técnico da COFIN: **a) Descumprimento da aplicação mínima constitucional em ASPS (14,96% ou R\$ 253 milhões abaixo do mínimo)** - a EC 86/2015 foi aplicada ao longo de 2016 como deveria ser, assim, foram R\$ 10,8 bilhões aplicados acima do mínimo constitucional; se a EC 95 começou a contar desde dezembro de 2016, os R\$ 253 milhões podem ser aplicados em 2017. **b) Não compensação integral dos restos a pagar cancelados em 2015 (insuficiente em R\$ 439 milhões)** – em 2016, foram executados R\$ 10,8 bilhões acima do mínimo constitucional (discussão está em aberto e será objeto de julgamento do TCU). **c) Inexistência de critérios para a escolha das despesas não executadas ou executadas parcialmente em razão do contingenciamento estabelecido pela área econômica** – o contingenciamento foi de quase R\$ 6 bilhões até 30 de junho de 2016 e o governo encaminhou alteração da LDO ao Congresso Nacional; o que era para ser superávit passou a ser déficit (R\$ 172 bilhões). Quando o Congresso aprovou, o governo descontingenciou todo o valor contingenciado da saúde. Portanto, ficou contingenciado na saúde: parte das emendas impositivas, atendendo dispositivo constitucional e demais emendas parlamentares. Assim, desconhece qualquer contingenciamento em quaisquer das ações próprias do Ministério da Saúde. **d) Não demonstração pelo Ministério da Saúde da alocação de recursos suficientes para promover a mudança de modelo de atenção à saúde (para priorizar a atenção básica)** – entre 2015 e 2016, recursos empenhados na subfunção da atenção básica cresceram 9%, aplicação em assistência hospitalar e ambulatorial teve expansão de 1,7 pontos percentuais – total da função da saúde: cresceu 7,9 pontos percentuais. **e) Queda real dos valores das transferências fundo a fundo para estados, Distrito Federal e municípios** – as despesas dos estados e municípios foram pagas no início de dezembro de 2016, com exceção do MAC que foi pago no final do mês. **f) Reincidência da baixa execução (pelo nível de liquidação – “inadequado”, “intolerável” e “inaceitável”) de itens de despesas apesar dos alertas do CNS nos três quadrimestres de 2016, sendo que dos 24 dos avaliados com níveis de liquidação da despesa “inadequado” em 2015 no fundo nacional de saúde, apenas 5 passaram para os níveis “adequado” e/ou “regular”; em 2016** – uma despesa não se dá da forma como se entende – foi distribuído parecer do TCU sobre a importância dos Restos a Pagar. Neste ponto, perguntou se algum estado ou município teve desabastecimento de insumos estratégicos em 2016 por conta de não aquisição do Ministério. Desconhece porque todas as compras foram feitas. **g) Inexistência de avaliação dos impactos nas condições de saúde da população dos recursos transferidos para estados e municípios** – trata-se de um

¹ Considerando a redução da Receita Corrente Líquida da União de 2016 de R\$ 722,47 bilhões para 709,93 bilhões (Portaria STN nº 494, de 06/06/2017), as análises das cifras referentes ao não cumprimento do percentual de aplicação mínima e da consequente insuficiência do valor aplicado em ASPS que constam neste Anexo 2 devem ser ajustadas nos termos dos aspectos detalhados no Anexo 3.

² Este anexo foi elaborado a partir dos debates realizados na COFIN/CNS nas reuniões de maio e junho/2017 sobre os esclarecimentos apresentados pela SPO/MS à minuta preliminar de Parecer Conclusivo do RAG 2016, bem como das reflexões da “mesa jurídica” realizada pelo CNS na reunião de junho/2017 sobre a aplicação mínima em ASPS a ser considerada em 2016 a partir da vigência da EC 95/2016.

³ Os documentos que integram este Anexo 4 foram referências para os debates realizados na COFIN/CNS nos meses de maio e junho e que resultaram no Anexo 3.

estudo que demora tempo para ser feito – dados podem ser apresentados ao longo do exercício seguinte. **h) Não comprovação da existência de recursos financeiros vinculados às contas do Fundo Nacional de Saúde e das demais unidades da administração indireta do MS correspondentes aos valores dos empenhos a pagar e dos saldos dos restos a pagar em 31/12/2016, para que se comprove a efetiva aplicação mínima legalmente estabelecida para 2016 nos termos da LC 141/2012** – o REREL foi apresentado, com os valores dos Restos a Pagar em 2016 e no relatório do primeiro quadrimestre de 2016 foram apresentados os restos a pagar reconhecidos para o MS para 2017. Por se tratar de documento oficial amparado na LRF, a posição da COFIN foi atendida. **i) Inexistência de dotação orçamentária específica para compensação integral dos restos a pagar cancelados a partir de 2012, além da não compensação de restos a pagar cancelados desde 2000 que fizeram parte do cômputo da aplicação em ASPS** – contemplada na explicação do item “b”. Sobre os dois últimos pontos, leu trecho do parecer do TCU que conclui que a União cumpriu, em 2016, as determinações constitucionais legais da aplicação de recursos mínimos no custeio de ASPS. Salientou que essas são informações novas, pois as demais foram objetos de documentação apresentada à COFIN, com debate e resposta. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN/CNS, salientou que nos debates desse tema sempre foram abordadas três questões centrais que embasam o posicionamento da COFIN/CNS: descumprimento da aplicação mínima constitucional em APS (resulta em R\$ 253 milhões abaixo do mínimo); não compensação integral dos Restos a Pagar cancelados em 2015 (R\$ 439 milhões); e reincidência de baixa execução pelo nível de liquidação. Lembrou que a Lei nº. 8.080/90, no art. 3º, define que “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes (...)”. Frisou que se trata de um problema de descumprimento da Constituição, mas também um retrato real da forma como a saúde pública está sendo tratada. Finalizando, solicitou que o Plenário avaliasse o que foi exposto e se manifestasse a respeito. O Subsecretário/SPO/MS, **Arinaldo Bomfim Rosendo**, destacou que trouxe novas informações acerca da temática. **Manifestações.** Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**, primeiro, salientou que esta é uma discussão técnica, sendo impossível separar esses dois aspectos – técnico e político. Destacou que a principal diferença nesse debate diz respeito ao mínimo constitucional utilizado como parâmetro para aplicação dos recursos. Nessa linha, avaliou que é impossível a qualquer gestor modificar seu nível de aplicação de recursos com base em decisão tomada no dia 15 de dezembro (até dia 15 de dezembro, o mínimo constitucional era de 13,2% e daí em diante foi modificado para 15%; conforme demonstrado, gastou-se 14,9%). Na avaliação do CONASS, considerar essa posição cria situação delicada para apreciação de contas dos estados e municípios. Além disso, lembrou que, no caso de desaprovação de contas de Estados e municípios, a consequência principal e evidente é a suspensão de repasse de recursos. Assim, a decisão do CNS pode ser levada em conta daqui em diante para estados e municípios. Diante desses argumentos, explicou que a posição do CONASS é contrária ao parecer da COFIN/CNS. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** iniciou sua fala esclarecendo que, na Mesa Diretora do CNS, defendeu que não houvesse deliberação sobre o tema em um primeiro momento por entender que seriam necessários mais esclarecimentos a respeito. Na linha de aprofundar a discussão, foi pautado debate jurídico sobre percentual mínimo de aplicação em APS no CNS. Lembrou também que a posição majoritária do TCU é pela regularidade da prática do Ministério da Saúde em 2016. Manifestou preocupação com o parecer da COFIN, porque o documento tenta negar as argumentações técnicas e fundamentadas do Ministério da Saúde, por meio da SPO. Nessa linha, perguntou se as razões consideradas para não aprovação do RAG 2016 são diferentes daquelas que embasaram a aprovação dos Relatórios deste Ministério em anos anteriores. Frisou que o SUS precisa legitimar-se dia-a-dia e o Ministério da Saúde reconhece as dificuldades e é parceiro na construção do Sistema. Ponderou, inclusive, que discorda da não aprovação por razões menores – houve maior atuação no enfrentamento dos Restos a Pagar em comparação a anos anteriores. Além disso, ao considerar que o ponto central é a aplicação de recursos financeiros, não se pode desconhecer a aprovação do TCU no que diz respeito à regularidade. Salientou que não se deve fazer de uma questão política circunstancial, uma questão política estrutural e conclamou os conselheiros a avaliarem as consequências de não aprovar o RAG 2016 diante de argumentos e respostas sólidas da SPO que permitem voto favorável. Conselheira **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo** começou sua fala manifestando preocupação com a divergência entre o entendimento técnico da COFIN e da área técnica do Ministério da Saúde acerca do tema. Perguntou, inclusive, se houve resposta formal da COFIN não aceitando os argumentos da SPO e os argumentos jurídicos. Salientou que o orçamento, executado em três esferas de gestão, possui dificuldades constantes. Também reforçou o pedido de reflexão dos conselheiros sobre consequências de não aprovação do Relatório e a responsabilidade do Conselho nesse processo. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** salientou que o CONASEMS vê esse debate no CNS com grande preocupação. Destacou que o argumento para não aprovação é a não observância dos 15%, porque as demais questões não são novas, ou seja, já foram objeto de discussão e não impediram a aprovação de outros Relatórios com ressalvas. Inclusive, ressaltou que houve melhoria acerca dessas questões em comparação aos relatórios anteriores. Alertou que não será

possível fazer gestão e elaborar Relatório se o orçamento planejado pode ser mudado em 15 de dezembro. Além disso, será aberto grave precedente para análise de contas dos entes da federação, porque permitirá, ao final do ano, mudança de legislação, prejudicando a gestão nos municípios. Lembrou ainda que o Ministério da Saúde executou 14,9%, ou seja, mais do que o preconizado no início de 2016 (13,2%). Frisou que não pode valer o limite constitucional de 15%, mas sim o do início do ano. Diante desses argumentos, afirmou que o CONASEMS é contra o parecer da COFIN, porque abrirá precedente que impossibilitará o planejamento e a gestão de estados, municípios e Ministério da Saúde. Conselheiro **Marcos da Silveira Franco**, primeiro, esclareceu que, ao assumir a gestão da vigilância em saúde, na gestão do ministro Arthur Chioro, faltava 174 itens de insumos, medicamentos e vacinas, mas não por falta de recursos financeiros. Disse que esse processo foi gradativamente resolvido nas gestões subsequentes e hoje quase não há falta de vacinas no país, pois os laboratórios estão produzindo a contento. Solicitou ao Subsecretário que discorresse sobre as contas da União relativas a 2016, porque houve revisão do teto. Ressaltou também que não houve alteração da LOA e não é possível aplicar R\$ 10 bi em menos de 15 dias. Apelou ao Plenário que se ativesse aos Relatórios Anuais de Gestão já aprovados, avaliando se houve modificação da postura técnica e política. Disse que é preciso ter cuidado com as posições que serão assumidas, pois a não aprovação no Conselho pode significar desvalorização da posição deste Colegiado que possui papel importante na construção da saúde e na busca por mais recursos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que o acúmulo de debate do CNS sobre financiamento e a legalidade, conferida na Constituição Federal e na LC 141, legitimam o Conselho para decidir sobre o tema. Lembrou, inclusive, que é opção política do CNS defender a legalidade e seguir os ritos definidos. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** salientou que essa discussão possui viés técnico, mas o Colegiado não é uma instância apenas técnica, uma vez que possui compromisso político com os que são representados. Destacou que o piso é transformado em teto e o Conselho deve exigir que isso não ocorra mais. Salientou que a impossibilidade de cumprir a nova definição por conta do prazo é um argumento relacionado à decisão do governo de congelar os gastos sociais por 20 anos (EC 95). Disse que essa Emenda gerou controvérsia jurídica e o CNS deve lutar pela defesa do aumento do recurso aplicado em saúde. Ressaltou que o CNS defende a garantia dos 15% e a legislação possibilita, no caso de não cumprimento do mínimo, fazê-lo no ano seguinte. Diante desses argumentos, defendeu a aprovação do Relatório da COFIN e o estabelecimento de cultura política que exija maiores investimentos em saúde. Conselheira **Francisca Valda da Silva** destacou que o CNS, durante mais de três décadas, discutiu e denunciou o subfinanciamento da saúde e hoje se vive momento de institucionalização do desfinanciamento. Salientou que o descumprimento do piso traz como consequência imediata queda real de transferência para Estados e Municípios de 5,3%, causando contração de serviços para população - falta de medicamentos no SUS, redução da Farmácia Popular, fechamento de leitos. Aproveitou para perguntar à COFIN se houve respostas ao pedido de auditoria acerca dos recursos investidos em ações profiláticas e terapêuticas. Também fez um destaque à reincidência da baixa execução financeira dos itens: combate a carências nutricionais, atenção à saúde da mulher, criança, adolescente e jovem; ações de vigilância; vacinas; Programa de Estruturação da Saúde da Família. Considerando esses aspectos, defendeu a aprovação do relatório da COFIN e afirmou que o CNS não aceitará ameaças. Conselheira **Christianne Maria de Oliveira Costa** salientou que o CNS é uma instância autônoma e não necessariamente precisa ratificar o Relatório do TCU. Sobre os Restos a Pagar, disse que é preciso saber o que será compreendido e ponderou que, para computo de saúde, deve-se considerar o processado. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** destacou a capacidade técnica e política do CNS nesse debate e lembrou o dever do Estado de garantir a saúde, com integridade e qualidade. Ressaltou que o financiamento é um dos aspectos para garantia da saúde e, nessa linha, defendeu o relatório da COFIN/CNS. Destacou que aprovar o relatório da COFIN não significa cometer injustiça ou negar ao estado e município a capacidade de receber recurso federal e implementar objetivamente a contrapartida estadual e municipal. Por fim, disse que o Conselho precisa, objetivamente, cumprir o dever de cidadania e dar um basta na impunidade. Disse que o TCU não é superior ao CNS e o posicionamento deste conselho deve ser respeitado. Conselheiro **Moyse Longuinho Toniolo de Souza** manifestou preocupação com os dados apresentados pela COFIN e destacou os R\$ 253 milhões de não cumprimento pela EC e os R\$ 479 milhões de Restos a Pagar. Lembrou que o CNS aprovou RAGs anteriores com ressalvas e até o momento não obteve respostas às sugestões apresentadas para resolver a situação. Frisou que os 24 itens não cumpridos não serão apagados da história e a definição se dará no voto. Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**, na condição de usuário do SUS, afirmou que este momento é histórico e de decisão na saúde pública do Brasil. Como encaminhamento, defendeu a aprovação do Relatório da COFIN/CNS. Conselheiro **Geordecio Menezes de Souza** lembrou que a EC não foi uma iniciativa do CNS, portanto, não deve ser atribuída ao Colegiado uma responsabilidade que não é dele. Salientou que o legislador, ao propor a Emenda, teve a intenção de garantir mais recursos para saúde, mas esqueceu da cultura de praticar o mínimo, o que causou grande problema. Salientou que o CNS não deve permitir que

aconteça no âmbito da saúde o movimento de perda de direitos e, nessa linha, endossou o parecer da COFIN. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** sentiu-se ameaçado com as falas dos representantes do Ministério da Saúde de que o CNS pode colocar tudo a perder se não aprovar o Relatório da COFIN. Destacou que usuários estão morrendo na fila por falta de médicos para atendimento, de consultas, de exames e, inclusive, de medicamentos. Citou por exemplo, que no município onde mora, com 80 mil habitantes, há pessoas aguardando exames para setembro de 2018 e cirurgias para daqui um ano e meio. Defendeu que seja garantido orçamento que possibilite atender a demanda da população brasileira e, nesse sentido, ratificou a proposta de aprovação do parecer da COFIN. **Retorno da mesa.** O Subsecretário/SPO/MS, **Arinaldo Bomfim Rosendo**, comentou as falas dos conselheiros, destacando os seguintes aspectos: o governo não enviou alteração do regime fiscal ao Congresso Nacional para valer no mesmo ano (2016) e sim em 2017; o Congresso Nacional aprovou e promulgou o novo regime fiscal e alterou dispositivo, inclusive da saúde; até 14 de dezembro de 2016, o setor saúde aplicou R\$ 11 bi acima do mínimo constitucional e, no dia 15 do mesmo mês, a interpretação foi que o Ministério da Saúde precisa aplicar R\$ \$ 2,7 bi - em junho de 2017, esse valor caiu para R\$ 253 mil, por conta da revisão da receita corrente líquida; a execução orçamentária é uma complexa e deve seguir parâmetros; o papel da SPO é elaborar uma proposta orçamentária a partir das proposições das áreas técnicas do Ministério da Saúde; com relação a medicamentos, a Secretaria precisa saber a demanda para colocar dentro do orçamento e, desde 2011, este é um dos itens com maior preocupação – desde 2011 não foi encaminhada solicitação à área para aquisição de medicamentos, vacinas e insumos estratégicos; eventual falta de medicamento não é por conta do orçamento discutido ou por conta de recursos não aplicados; as demandas encaminhadas à Secretaria acerca de medicamentos, insumos estratégicos e vacinas foram atendidas; o Programa Mais Médicos garantiu mais de 18.400 médicos em áreas longínquas do país, assegurando maior acesso das pessoas que precisam à saúde; o órgão setorial de orçamento do Poder Executivo é do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e as suas definições devem ser cumpridas, seguindo o princípio da legalidade; em relação aos Restos a Pagar, até a LC 141, inexistia lei a ser observada para cobrar da área econômica; que princípio da legalidade foi descumprido ou desobedecido para justificar a reprovação do RAG 2016?; e é preciso considerar no debate o art. 25 da LC 141: “Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis. Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar.”. Conselheira **Christianne Maria de Oliveira Costa** fez a leitura de trecho da decisão do ministro relator: “no que diz respeito à controvérsia atinente à metodologia do cálculo em ações e serviços públicos de saúde, a análise levada à efeito pelas unidades instrutoras, a qual manifesto minha integral anuência, demonstra em tese levantada para embasar a aplicação do percentual dos 15% não encontra respaldo, ordenamento, tampouco hermenêutica jurídica”. Em contrapartida, no que tange à compensação dos saldos de Restos a Pagar cancelados em 2015, a instrução das unidades especializadas apontou que o exame da matéria depende da realização de diligências para colher as informações anteriores. Apesar da lei, é importante o consignado da LC 41/2012 não se destina a compensar somente o cancelamento ou prescrição de Restos a Pagar inscritos a partir da referida lei, senão todos os Restos não processados cujo ato de cancelamento ou data de cancelamento tenha ocorrido a partir de 2012. O Subsecretário continuar a ler o relatório do ministro relator, destacando que “abre diligência para ouvir os dois ministérios – Fazenda e Planejamento – porém, uma vez que não reconhece que a EC 95 entra em vigor para aplicação em 2016, considera que os R\$ 11 bilhões que foram aplicados acima do mínimo estão muito além dos R\$ 400 milhões que diz respeito ao RP cancelado e não reposto”. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN/CNS, explicou que o TCU aprovou as contas do governo com seis ressalvas, mas, tratando-se do SUS e do financiamento deste, o órgão máximo de deliberação é o CNS. Pontuou também que, na argumentação e para tomada de decisão, não se deve desconsiderar o caminho da legalidade e de respeito à Constituição Federal. Por fim, também disse que se somava ao sentimento dos conselheiros que se sentiram “ameaçados” no caso de reprovação do RAG e frisou que neste ambiente de debate não deve haver esse tipo de conduta. Por fim, apelou ao CNS que aprove o relatório da COFIN da forma como apresentado. O assessor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, comentou alguns pontos colocados durante o debate, destacando: o fato de a LC 141 estabelecer que uma aplicação abaixo do mínimo obriga os entes nas três esferas a compensar com aplicação adicional ao mínimo no ano seguinte à aplicação insuficiente no anterior, não exclui a responsabilização pela não aplicação no ano em curso em que deveria ser aplicado, pois a não aplicação significa possibilidade de não atendimento de demandas e necessidades da população; a inscrição em Restos a Pagar, ato administrativo

estabelecido na LC 4.320/64, não garante necessariamente a existência de recurso financeiro disponível para esses Restos, no caso de computar todo valor empenhado como aplicação em saúde (é possível também considerar o que foi liquidado e pago no exercício desde que o dinheiro não permaneça depositado na conta); no relatório de prestação de contas do terceiro quadrimestre, observa-se que muitas metas físicas do Plano Nacional de Saúde, alocadas para Programação Anual de Saúde de 2016, não foram cumpridas por problemas de gestão da ação e por falta de recursos; TCU e TC Estaduais julgam contas como assessoramento do controle externo exercido pelo Congresso Nacional, todavia, o julgamento não subordina outra análise de contas, nem subordina o CNS à decisão do Tribunal; é preciso considerar no debate os dispositivos da LC 141: “Art. 36 (...), § 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000; Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito: (...)”; CNS e TCU são instâncias autônomas; há divergências entre COFIN e SPO, inclusive de interpretação, e essas diferenças servem inclusive para qualificar o debate; no início do debate do RAG, o MS tinha resistência à aprovação com ressalvas, mas com o tempo essas passaram a incorporar o processo de discussão da análise dos relatórios de gestão e muitas acabaram subsidiando a promulgação da LC 141; o processo de análise do RAG hoje é o mesmo dos anteriores e será o mesmo das próximas análises; análises podem gerar interpretações distintas e deve-se optar pelas que tragam mais recursos para saúde; e é preciso definir alternativas para impedir a baixa execução orçamentária dos itens. O Subsecretário da SPO/MS, **Arionaldo Bomfim Rosendo**, interveio para explicar que o art. 25 traz a possibilidade de recompor a aplicação de recurso em determinado período. Esclareceu ainda que a LDO estabelece data limite para o Poder Executivo encaminhar pedido de crédito ao Congresso Nacional – 15 de outubro. Além disso, o decreto de programação financeira determina os limites para execução do que o Congresso aprovou seguindo a orientação das receitas que irão custear o orçamento. Além disso, este decreto traz dois aspectos importantes para o debate: componente financeiro de cada Ministério para execução dos Restos a Pagar inscritos e reinscritos no exercício (limite de pagamento dos Restos a Pagar); e estabelece data limite para que o Poder Executivo publique decretos suplementares ou portarias. Assim, em dezembro de 2016, não seria possível solicitar crédito ao Congresso, pois a data limite foi outubro; além disso, não seria possível fazer crédito suplementar via Poder Executivo porque a data limite foi 14 de dezembro de 2016. Também disse que não seria possível emitir Medida Provisória, pois esta somente poderia ser solicitada por despesas decorrentes de guerra, comoção interna ou calamidade pública. No mais, perguntou como executar emendas impositivas, que possuem limite constitucional, que ficaram contingenciadas no Poder Executivo como um todo. No caso das emendas não impositivas, disse que também não é possível. Sobre as metas não cumpridas, destacou que o TCU aprovou o orçamento do Poder Executivo com seis ressalvas. Por fim, frisou que não se trata de posição da SPO, uma vez que foram publicados parecer jurídico e relatório do TCU. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** solicitou que os documentos novos citados na argumentação do Subsecretário da SPO fossem contemplados no parecer (a SPO poderá enviar síntese para ser incluída no documento). Após essas falas, o coordenador da mesa verificou que o Plenário estava esclarecido para votação e, sendo assim, submeteu à aprovação o Parecer Conclusivo elaborado pela COFIN com a recomendação de não aprovação do RAG 2016 do Ministério da Saúde, bem como que esses apontamentos sejam considerados como indicações das medidas corretivas da gestão a serem encaminhadas ao Presidente da República nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, especialmente no que se refere à compensação imediata em 2017 do valor da aplicação considerada insuficiente nos termos constitucionais e legais anteriormente destacados. **Deliberação: aprovado, com 29 votos favoráveis, oito votos contrários e uma abstenção, o Parecer Conclusivo elaborado pela COFIN que recomenda ao Plenário do CNS não aprovar o RAG 2016 do Ministério da Saúde.** Diante deste resultado, o coordenador da mesa fez a leitura de minuta de resolução, elaborada pela COFIN/CNS, que trata da não aprovação do RAG 2016. O texto é o seguinte: “Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº XXX, de 06 de julho de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua XXXX Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de julho de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 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 Lei Complementar nº 141/2012, no art. 36, §1º, e no art. 39, §4º, estabelece a

competência do Conselho Nacional de Saúde para avaliar e emitir parecer conclusivo a respeito do Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde; considerando que a Lei Complementar nº 141/2012, no artigo 41, estabelece que o Conselho Nacional de Saúde deverá encaminhar ao Presidente da República as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias decorrentes da avaliação quadrimestral da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde e da repercussão dessa execução da Lei Complementar nº 141/2012 nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde da população; considerando que os processos de elaboração dos Relatórios Anuais de Gestão pelo Ministério da Saúde e de análise e deliberação pelo CNS desde 2008 tem possibilitado o aprimoramento da gestão e subsidiado a revisão do arcabouço legal que rege a execução orçamentária e financeira no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente em relação à aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde; considerando a minuta do Parecer Conclusivo (incluindo os anexos) sobre o RAG 2016 do Ministério da Saúde, que incorpora a avaliação do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral do Ministério da Saúde/3º Quadrimestre de 2016, elaborado pela Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN) do CNS, que é parte integrante desta resolução. Resolve: **1) Reprovar o Relatório Anual de Gestão 2016 do Ministério da Saúde, com base no Parecer Conclusivo (incluindo os anexos) que acompanha esta Resolução. 2) Considerar os apontamentos apresentados no citado Parecer Conclusivo como indicações de medidas corretivas para encaminhamento ao Sr. Presidente da República nos termos do artigo 41 da Lei Complementar nº 141/2012.** Concluída a leitura, colocou em votação a minuta. **Deliberação: aprovada, com 28 votos favoráveis, um voto contrário e cinco abstenções, a resolução do CNS que reprova o RAG 2016 do Ministério da Saúde.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** declarou que se absteve da votação, por entender que não poderia manifestar-se sobre o texto do qual discorda do mérito. Seguindo, o coordenador da mesa fez a leitura de minuta de recomendação que trata sobre metodologia de repasse dos montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde. No documento, o CNS recomenda ao Ministério da Saúde que defina, no menor prazo possível, a metodologia de repasse dos montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde a ser pactuada na CIT e aprovada no CNS, conforme prevê o art. 17, §1º da LC n.º 141/2012, considerando o acúmulo de contribuições do controle social registrado no Plano Nacional de Saúde 2016-2019, o Relatório Final da 15ª Conferência Nacional de Saúde e as resoluções aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Após a leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões ao texto: a recomendação deve ser à Comissão Intergestores Tripartite e não apenas ao Ministério da Saúde; explicitar no texto que o CNS apoia o esforço da CIT para definir metodologia de repasse, uma vez que esse movimento já se iniciou; incluir o termo “conclua”, além de “defina”. **Deliberação: aprovada, por unanimidade e com ajustes, recomendação elaborada pela COFIN. No texto final, o CNS recomenda à Comissão Intergestores Tripartite: que defina e conclua, no menor prazo possível, a metodologia de repasse dos montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde a ser pactuada e aprovada no CNS, conforme prevê o art. 17, §1º da LC n.º 141/2012, considerando o acúmulo de contribuições do controle social registrado no Plano Nacional de Saúde 2016-2019, o Relatório Final da 15ª Conferência Nacional de Saúde e as resoluções aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.** Finalizando este ponto, o coordenador da mesa saudou o assessor técnico da COFIN pelo trabalho e cumprimentou o Subsecretário da SPO/MS e sua equipe pelo esforço. **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT -** *Apresentação:* conselheiro **Danilo Amorim**, coordenador da CIRHRT/CNS. *Coordenação:* conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, coordenadora-adjunta da CIRHRT/CNS; e conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Iniciando, a coordenadora-adjunta da CIRHRT explicou que foram analisados 22 processos, sendo onze de Enfermagem (cinco de Autorização vinculada ao credenciamento, um de Reconhecimento e dois de Renovação de Reconhecimento), três de Medicina, (Reconhecimento), três de Odontologia (um de Autorização, um de Autorização Vinculada ao Credenciamento e um de Renovação de Reconhecimento) e cinco de Psicologia (Autorização). Do total de processos analisados, um foi satisfatório, nove satisfatórios com recomendações e doze insatisfatórios. Feita essa síntese, procedeu à apresentação dos pareceres. Parecer satisfatório: **1) 201508096. Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Maringá/PR. Reconhecimento. Medicina. Satisfatório. Deliberação: parecer aprovado, por unanimidade.** Pareceres satisfatórios com recomendações: **2) 201601604. Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas do Vale do São Lourenço. Jaciara/MT. Autorização. Enfermagem. Parecer: satisfatório com recomendações. 3) 201506833. Faculdade Alencarina de Sobral. Sobral/CE. Autorização. Enfermagem. Parecer: satisfatório com recomendações. 4) 201601739. Faculdade Meridional de Porto Alegre. Porto Alegre/RS. Autorização vinculada ao Credenciamento. Parecer: satisfatório com recomendações. 5) 201505702. Faculdade de Mauá – FAMA. Mauá/SP. Reconhecimento. Enfermagem. Parecer: satisfatório com recomendações. 6) 201604563. Universidade de Franca. Franca/SP. Reconhecimento. Medicina Parecer: satisfatório com**

recomendações. **7)** 201609275. Universidade Salvador. Salvador/BA. Reconhecimento. Medicina. Parecer: satisfatório com recomendações. **8)** 200900951. Universidade Vale do Rio Verde. Pará de Minas/MG. Renovação de Reconhecimento. Enfermagem. Parecer: satisfatório com recomendações. **9)** 201408539. Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos. Barretos/SP. Renovação de Reconhecimento. Odontologia. Parecer: satisfatório com recomendações. **10)** 201419111. Faculdade de Ciências Humanas de Olinda. Olinda/PE. Reconhecimento. Enfermagem. Parecer: satisfatório com recomendações. **Deliberação: pareceres aprovados, por unanimidade.** Pareceres insatisfatórios: **11)** 201505516. Centro Universitário Ritter dos Reis. Canoas/RS. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **12)** 201602004. Instituto Blumenauense de Ensino Superior. Blumenau/SC. Autorização. Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **13)** 201603301. Faculdade de Santa Cruz da Bahia. Itaberaba/BA. Autorização. Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **4)** 201505478. Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves. São João del Rey/MG. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **15)** 201504830. Faculdade Anhanguera de Matão. Matão/SP. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **16)** 201501285. Faculdade Metodista Granbery. Juiz de Fora/MG. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **17)** 201505338. Faculdade Jangada. Jaraguá do Sul/SC. Autorização. Odontologia. Parecer: insatisfatório. **18)** 201600735. Faculdade Regional da Bahia. Feira de Santana/BA. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **19)** 201601995. Faculdade SOCIESC de Balneário Camboriú. Camboriú/SC. Autorização. Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **20)** 201506067. Faculdade Águas Lindas. Águas Lindas/GO. Autorização vinculada ao Credenciamento Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **21)** 201507477. Faculdade UNITERP. São José do Rio Preto/SP. Autorização vinculada ao Credenciamento. Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **22)** 201601546. Faculdade de Goiana. Goiana/PE. Autorização vinculada ao Credenciamento. Enfermagem. Parecer: Insatisfatório. Seguindo, o coordenador da CIRHRT/CNS fez um informe sobre a reunião da Comissão, com destaque para os encaminhamentos e o Plenário deliberou sobre os pontos que necessitavam de definição. Informes: Residência Multiprofissional em Saúde – RMS. **1)** Que o CNS lidere movimento em defesa das RMS junto aos CES e CMS – enviar ofício a esses conselhos para: 1.1.Socializar o debate sobre RMS ocorrido na 177ª RO da CIRHRT; 1.2. Orientar os CES e CMS a promover reuniões sobre a temática, convidando representantes dos residentes, tutores e preceptores de programas de RMS para essas reuniões; 1.3. Incentivar a criação de Comissões Estaduais de RMS; (Júnior e Paulette Albuquerque). **2)** Constituição do GT-RMS para reunir o conjunto de profissões da saúde com vistas a: (1) organizar a discussão das RMS (recuperar histórico, fazer diagnóstico, propor soluções); (2) construir proposta de Diretrizes Gerais/comuns para as RMS sob a ótica do controle/participação social em saúde; e (3) encaminhar ações junto ao MEC. (Maria Luiza Jaeger e Paulette Albuquerque). **Deliberação: aprovada a constituição do GT “Residência Multiprofissional em Saúde – RMS”, composto por cinco conselheiros.** *Indicações:* segmento dos usuários: **Luís Anibal V. Machado** (NCST); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** (FENACELBRA); e **Dalmare A. B. de Oliveira Sá** (ANPG). *Segmento de trabalhadores:* **Priscilla Viegas B. de Oliveira** (ABRATO). *Segmento gestor/prestadores de serviço:* **Haroldo J. C. Pontes** (CONASS) ou **José Eri de Medeiros** (CONASEMS) – a confirmar. Residência Médica. Em relação à Lei nº 12.971, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, enviar ofício à SESu/MEC e memorando à SGTES/MS solicitando informações sobre quais medidas estão/serão tomadas para que se atenda a meta, conforme os artigos 5º, 6º e 7º da Lei em questão, de oferta de vagas pelos Programas de Residência Médica de forma equivalente ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior. (Danilo Amorim). **3)** 5ª reunião do GT-DCN / CIRHRT/CNS. A partir do debate realizado na reunião de 22 de junho sobre as DCN da Fisioterapia e Fonoaudiologia: O relatório dessa reunião está sendo elaborado pela assessoria técnica da CIRHRT/CNS. O GT-DCN deve indicar os representantes do GT e da CIRHRT que ficarão responsáveis pela elaboração da NT sobre as DCN da Fisioterapia. O documento apresentado pelos representantes da Fonoaudiologia ainda não corresponde a uma minuta de DCN. Desta forma, vamos aguardar o envio da versão final da minuta para os encaminhamentos necessários a partir das contribuições apresentadas nessa reunião. **4)** Reunião do GT do PL nº 559/2015, de autoria do deputado Jorge Solla, que dispõe sobre a criação do Serviço Social da Saúde (SESS) e do Serviço Nacional de Aprendizagem em Saúde (SENASS), no dia 28 de junho de 2017. Realizada Mesa Redonda - “Formação Técnica em Saúde”, com as participações de Aldiney Doreto (SES/PR) - “Projetos e programas públicos no âmbito da formação técnica em saúde: caminhos percorridos e perspectivas para inserção de novos serviços”; e Carlos Ocké (IPEA) – “Fundo Público, Sistema S e perspectivas para inserção do SESS e SENASS”. Encaminhamento: elaboração (prazo de 20 dias) de uma minuta com as alterações propostas ao PL a partir do debate realizado na reunião, que deverá considerar: (1) as diretrizes e pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS como base orientadora dos processos formativos; (2) o uso das estruturas públicas institucionais de educação existentes (federais, estaduais e municipais) em especial a Rede de Escolas de Saúde Pública e a Rede das Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), tendo as metodologias e tecnologias pedagógicas desses equipamentos formativos como referenciais para o SESS e o

SENASS; e (3) definição dos mecanismos de gestão dos recursos financeiros. **5)** Instituição de Câmaras Técnicas (CT) no âmbito do CNS. Publicação, no DOU de 26 de junho de 2017, da Resolução nº 548/2017, que altera a Resolução CNS nº 407/2008, passando a vigorar com acréscimos que permitem ao Pleno do CNS instituir Câmaras Técnicas (CT), que as fornecerão subsídios de ordem política, técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica, sem, contudo, integrar a composição do Conselho. Publicação, no DOU de 26 de junho de 2017, da Resolução nº 549/2017, que cria 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. Elaborada minuta de “Chamada” para a composição da CT da CIRHRT/CNS, a ser encaminhada às Associações de Ensino, Conselhos e Federações dos profissionais da área da saúde.

Deliberação: aprovada, por unanimidade, alteração do Regimento Interno do CNS que permite a constituição de Câmaras Técnicas no âmbito do CNS (a votação foi feita com quórum qualificado - 34 conselheiros presentes - por se tratar de mudança regimental); e aprovada, com duas abstenções, o mérito da minuta de “chamada” para a composição da Câmara Técnica da CIRHRT/CNS, a ser encaminhada às Associações de Ensino, Conselhos e Federações dos profissionais da área da saúde. Finalizando, o conselheiro **Danilo Amorim**, coordenador da CIRHRT/CNS, comunicou que não iria mais compor o CNS, pois seria indicado outro representante da sua entidade para o Conselho e, por consequência, deixaria a coordenação da CIRHRT. Elencou conquistas da Comissão no último período: avanço no debate sobre as DCN – caminhando para estabelecimento das diretrizes gerais para profissionais; debate sobre formação técnica; discussão acerca das residências; debate e posicionamento sobre educação a distância; discussão sobre relações de trabalho – trabalho decente, jornada de trabalho; ampliação da capacidade de análise e formulação da CIRHRT – criação da Câmara Técnica; e debate qualificado da organização estudantil. Salientou que esses são passos largos em direção ao definido pela Constituição Federal “SUS ordene a formação dos recursos humanos”. Por fim, reafirmou a defesa da democracia e agradeceu a oportunidade, dada pela DENEM, de participar do Conselho. Após essa fala, vários conselheiros fizeram uso da palavra para elogiar o excelente trabalho do conselheiro Danilo Amorim à frente da CIRHRT/CNS e despedir-se dele.

ITEM 7 – OS DESAFIOS DO SUS NA SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS - Misoprostol – Aquisição e distribuição aos hospitais públicos e filantrópicos (600 ou mais partos/ano) - 423 hospitais contemplados. Instrumental AMIU – Aquisição e distribuição aos hospitais públicos e filantrópicos (300 ou mais curetagens/ano) - 178 hospitais contemplados. Capacitação em atenção à interrupção legal da gestação em 30 hospitais de ensino. DIU PP e PA e na AB: compromisso assumido em 8 de março/2017, realização de Áudio-conferência com as 27 estados e capitais. Apresentação: **Alaerte Leandro Martins, enfermeira do Estado do Paraná/Experiência em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos temas mortalidade materna, saúde das mulheres negras e mortalidade de mulheres negras; **Maria Inês Barbosa**, professora-adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso/Experiência em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos temas racismo, saúde e exclusão, mortalidade na população negra; **Núbia Maria de Melo e Silva**, representante da Coordenação Geral de Saúde da Mulher – CGSM/DAPES/SAS/MS; e **Marcus Peixinho**, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social/SGEP/MS.**

Coordenação: conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Ubiraci Matildes**. A primeira expositora foi a doutora **Alaerte Leandro Martins** que abordou os desafios do SUS na saúde das mulheres negras. Começou destacando as nosologias das populações afro-brasileiras: condições geneticamente determinadas, dependentes de elevada frequência de gene(s) responsável pela doença ou a ela associada: anemia falciforme, hipertensão arterial, diabetes melito, deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase; condições adquiridas, derivadas de condições sócio – econômicas e educacionais desfavoráveis e intensa pressão social: alcoolismo, toxicomania, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho e transtornos mentais; doenças cuja evolução é agravada ou o tratamento é dificultado pelas condições ambientais indicadas: hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, cânceres, miomas; condições fisiológicas que sofrem interferência das condições ambientais citadas, contribuindo para sua evolução para doenças: crescimento, gravidez, parto, envelhecimento. Destacou o problema da morte materna indireta e frisou que a população negra precisa que o SUS funcione. Destacou que, para atuar nessas diversas frentes, foi criada em 13/03/2006, por Decreto Presidencial, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Como não podia deixar de ser, dada a complexidade da tarefa, a Comissão está integrada por dezesseis personalidades oriundas dos mais diversos setores da vida social, econômica, cultural e científica do país. Destacou que a Portaria nº. 992, de 13 de maio de 2009, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disse que o desafio atual é a extinção da SEPPIR, do Ministério da Mulher e da Comissão de Saúde da População Negra do CNS. Falou sobre o Comitê Técnico de Saúde da População Negra cujo objetivo é fortalecer os Comitês de Saúde da População Negra, criando área técnica de saúde da população negra para gestão da PNSIPN no MS, SES e municípios. Falou sobre a

classificação de raça no Brasil - amarela, branca, parda, preta e indígena; parda + preta = raça/etnia ou população negra – e destacou que esse ainda hoje é assunto contraditório, segundo Cruz (2003, p. 2). Neste ponto, citou a aprovação da Resolução nº 344/2017 sobre a questão do preenchimento do quesito raça/cor e a publicação da SVS em 2017 com recorte étnico racial. Mostrou quadro com dados sobre mortes maternas por raça/cor, demonstrando a diferença entre os índices de morte materna de mulheres brancas e mulheres negras. Destacou que a melhoria da qualidade da informação aumenta significativamente o registro da raça/cor, o que mostra um quadro mais próximo do real. Salientou que a Rede Cegonha, após grande debate, incluiu a realização do exame eletroforese da hemoglobina. Ressaltou que são necessárias mais ações específicas para reduzir morbi-mortalidade de mulheres negras. Disse no Paraná foram implantadas os riscos intermediários e um deles é ser negro ou indígena. Também apresentou quadro demonstrando que jovens negros morrem mais que jovens brancos. Seguindo, apresentou dados sobre 2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e citou texto de Isabel Cruz sobre os quatro eixos da Conferência: desafio de apontar para a necessidade de diálogo entre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); e acabar com o racismo e sexismo institucionais no SUS, para a garantia do cuidado de saúde centrado na pessoa e com base em evidência. Apontou diagnóstico e demandas da saúde das mulheres negras propostas e defendidas pela Marcha das Mulheres Negras – 2015 e pelas Conferências de Políticas para as Mulheres: Eixo 1 (gestão dos sistemas de saúde): controle do racismo institucional, pleitear a construção de indicadores que permitam identificar barreiras para as mulheres negras no acesso à Atenção Especializada, ao tratamento do câncer, por exemplo (% de pretas, pardas e brancas que relata dificuldade); grau de qualidade da comunicação com os(as) servidores(as) da instituição de saúde (percentual de pretas, pardas e brancas que relata boa comunicação), para o monitoramento de viés racial implícito ou microagressões, por exemplo; capacitar as equipes em Saúde da População Negra; para o controle do racismo institucional além da Vigilância em Saúde, analisar os dados sobre os agravos, observando os recortes raça/cor, gênero, orientação sexual, dentre outras; é urgente área técnica que operacionalize ações de prevenção e promoção da saúde; qualificar a coleta do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde do SUS, assim como a entrevista clínica. Eixo 2 (questões do trabalho): taxa de hospitalização por condições tratáveis na Atenção Básica, com dados desagregados por raça-cor e gênero, pode ter especificidade para o controle do racismo institucional no SUS, bem como para o monitoramento dos determinantes sociais da saúde, tais como educação, trabalho, moradia, etc. Eixo 3 (processo saúde/doença) - no que se refere à discriminação racial das mulheres negras no SUS como, por exemplo, a violência obstétrica, faz-se necessário ter indicadores de racismo e sexismo institucionais e: a) experiências de discriminação baseada na raça/cor entre mulheres atendidas no SUS (antes ou durante a gestação); b) relação pré-natal insuficiente negras (pretas & pardas) x não negras (indicador da cidade de São Paulo desde 2008). Índices estão altos nas taxas de mortalidade por AIDS, sífilis em gestantes negras; cessar a violência obstétrica, oferecer o serviço para realização do aborto conforme preconiza a legislação. Eixo 4 (participação social) - Indicadores: a) percentual (%) de representação de feminina negra em todas as instâncias de controle social; b) recursos orçamentários para as PNAISM & PNSIPN. É preciso resgatar o Plano Operativo da PNSIPN a meta de reduzir a morbimortalidade materna de mulheres negras em 5 pp/ano e todas demais metas, ou seja, operacionalizar o que já foi definido. Por fim, falou sobre a ação política das mulheres negras: produção de dados sobre as mulheres negras; contribuíram para definição de políticas; realização da Mobilização Nacional Pró-Saúde da População Negra para divulgar informações e a Marcha das Mulheres Negras Brasileiras em 2015, e milhões de mulheres negras mobilizadas em ações locais em todo território nacional desde então. Diante desse quadro, frisou que o momento é de implementar as conquistas. Além disso, há inúmeros documentos para garantir a equidade e a saúde a mulher negra, portanto, é preciso partir para prática. A professora **Maria Inês Barbosa** iniciou a sua fala saudando a ancestralidade e os presentes e homenageou “o exército invisível” de pessoas (pessoas que aparecem quando a situação está fora da ordem e, em geral, são sobre elas que se fala e que as políticas são dirigidas). Salientou que, para falar de racismo, é preciso olhar para a história do país (Sancofa-pássaro que olha para trás para aprender com o passado e gestar o novo), mas a sociedade brasileira não tem feita autocritica do processo. Fez referência a duas mulheres negras para destacar a população negra possui identidade por conta da resiliência de homens e mulheres que reconstruíram uma “África no Brasil”. Citou Mandela “Depois de escalar uma montanha muito alta, descobrimos que há muitas outras montanhas por escalar.” e salientou a marca da saúde da população negra “Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.” Falou sobre Raça, Racismo e Saúde – Branqueamento e Branquitude - Desafios do SUS na Saúde das Mulheres Negras, destacando que o PLANEJASUS, define, em relação aos dados epidemiológicos, que devem ser contemplados, entre outros: a mortalidade por grupo de causas, segundo raça, sexo e faixa etária; a morbidade, segundo raça, sexo e faixa etária; e a identificação de grupos vulneráveis ou

de necessidades que demandam intervenções específicas (por exemplo, população indígena, grupos assentados, quilombolas, alimentação e nutrição, atividade física, acidentes e violências etc.). Frisou que essas questões não estão presentes no Plano Nacional de Saúde (exemplo de racismo institucional). Salientou que **“Uma sociedade é racista ou não é. Enquanto não compreendemos essa evidência ignoraremos muitos problemas.” (Fanon). Acrescentou que Ianni (1987), salienta:** ao ponderar sobre os vaivéns do item cor nos recenseamentos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, que em 1900 e 1920 não o inclui; em 1940 e 1950 inclui e não tabula; em 1960 inclui e não tabula; em 1970 não inclui; em 1980 inclui e não tabula; [em 1991 inclui e não tabula], considera-os a mais nítida expressão da ideologia racial do branco brasileiro das classes dominantes e dos intelectuais e técnicos que servem nas instituições de pesquisas governamentais e privadas. Conforme o mesmo autor, “suprimir os dados é um modo de suprimir os fatos. A precariedade das estatísticas permite negar ou minimizar os fatos”. Citou ainda Milton Santos: “(...) é indispensável insistir na necessidade de conhecimento sistemático da realidade, mediante o tratamento analítico desse seu aspecto fundamental que é o território (o território usado, o uso do território). Antes, é essencial rever a realidade de dentro, isto é, interrogar a sua própria constituição neste momento histórico. O discurso e a metáfora, isto é, a literaturização do conhecimento, pode vir depois, devem vir depois.” No que se refere à gestão de Sistemas Complexos, salientou que “Somos Parte do Problema e da Solução e citou Humberto Mariotti “Complexidade não é um conceito teórico e sim um fato. Manifesta-se na multiplicidade, no entrelaçamento e na contínua interação da infinidade de sistemas e fenômenos que compõem o mundo natural e as sociedades humanas”. Também perguntou por que não falar de branqueamento e branquitude e citou: “O legado da escravidão para o branco é um assunto que o país não quer discutir, pois os brancos saíram da escravidão com uma herança simbólica e concreta extremamente positiva, fruto da apropriação do trabalho de quatro séculos de outro grupo. Há benefícios concretos e simbólicos em se evitar caracterizar o lugar ocupado pelo branco na história do Brasil. Este silêncio e cegueira permitem não prestar contas, não compensar, não indenizar os negros: no final das contas, são interesses econômicos em jogo”. (Bento, p. 3; Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil/Iray Carone, Maria Aparecida Silva Bento (Organizadoras) Petrópolis, RJ: Vozes, 2002). Por fim, fez referência a compromissos, pactos e responsabilidades, citando Boaventura de Sousa Santos: “A viragem descolonial, (...) só ocorrerá se o racismo for confrontado por uma vontade política desracializante firme e sustentável.” Na sequência, expôs sobre o tema o representante do DAGEP/SGEP/MS, **Marcus Peixinho**, convidado para trabalhar no DAGEP e identificar forças e fraquezas e definir estratégias para garantir que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – PNSIPN chegasse aos municípios e estados. Salientou que não é possível fazer política de equidade sem considerar as demais políticas e sem escutar gestores, profissionais e sociedade civil. Explicou que a primeira dificuldade referia-se à falta de dados, assim, foi firmada parceria com a SEPPIR. Citou as Políticas no âmbito do DAGEP: Política de Saúde do Campo e da Floresta; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.; Saúde da População em Situação de Rua; Povo Cigano; Política Nacional de Educação Popular em Saúde; e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Citou as principais doenças e agravos prevalentes na população negra: Doença Falciforme (DF); Hipertensão arterial; deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase; Diabetes mellitus (tipo II); e Doenças Adquiridas: desnutrição, anemia ferropriva, doença do trabalho, DST/HIV/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais – incluindo as derivadas do uso abusivo de álcool e outras drogas. Citou a Revista Painel de Indicadores do SUS nº 10 –Temático Saúde da População Negra e salientou que foram notificadas no SIM 1.583 mortes maternas em 2012, 60% delas de mulheres negras e 34% de brancas. Ressaltou que os dados são desatualizados (de 2014), assim, em 1º de fevereiro de 2017, foi publicada a Portaria nº 344, que padroniza e torna obrigatória a coleta e preenchimento do quesito raça/cor do paciente em todos os sistemas de informação do SUS, conforme a classificação do IBGE, que define cinco categorias autodeclaradas: branca, preta, amarela, parda e indígena. Citou ainda o III Plano Operativo da PNSIPN, publicado em 30 de março de 2017 (Resolução nº 16, de 30 de março de 2017), que foi pactuado e aprovado na Comissão Intergestores Tripartite - CIT – foro permanente de negociação e articulação das esferas de gestão do SUS. Com vigência para o triênio 2017-2019, o III Plano Operativo estabelece ações de implementação da referida política para as gestões federal, estadual e municipal do SUS. Destacou ainda o fortalecimento da participação e do controle social: 14 Comitês Técnicos Estaduais de Saúde da População Negra em todo território nacional; e 16 Comitês Técnicos Municipais de Saúde da População Negra. Citou os principais desafios para a Implementação da PNSIPN: a) Quesito raça/cor - excluir a categoria “ignorado” como alternativa de resposta ao campo raça/cor nos formulários de identificação dos usuários do SUS; e Criar mecanismos que efetivem a obrigatoriedade da coleta do quesito raça/cor; b) Educação permanente - participar da revisão da PNAB, inserindo o olhar das políticas de promoção da equidade, com especial atenção às questões relacionadas à saúde da população negra; incluir quesito raça/cor na Programação Anual de Saúde (PAS) do MS; e incluir a

temática étnico-racial no Curso de Formação do Programa Mais Médicos (PMM); c) participação e controle social - fortalecer os comitês estaduais e municipais de saúde da população negra, apoiando-os tecnicamente, inclusive por meio de visitas, de forma a contribuir para a articulação entre os diferentes atores envolvidos na implementação da PNSIPN nos territórios; e d) estratégias de comunicação/publicações - elaborar materiais sobre saúde da população negra com enfoques específicos para os gestores estaduais e para os gestores municipais, haja vista que a gestão estadual possui competências e atribuições diferentes da gestão municipal, o que implica na construção de materiais com conteúdos distintos para cada esfera da gestão do SUS. Também falou sobre acesso da população negra às redes de atenção à saúde destacando a Campanha “Racismo faz mal à saúde” e, na próxima campanha, a intenção é tratar sobre PNSIPN, quesito raça/cor; comitês estaduais e racismo institucional na saúde. Também destacou estratégias para a Implementação da PNSIPN nos estados e municípios: a) Gestão Estadual e municipal: Em sua secretaria já existe algum setor responsável pela implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? Mesmo que sua resposta seja não, como você está desenvolvendo esta política? Quais as principais ações que vêm sendo desenvolvidas? A equipe conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? e Quais têm sido as facilidades e dificuldades que as equipes vem enfrentando na implementação da política?; b) *Território* - Você conhece a composição populacional do seu território?; Você sabia que a população negra é maioria entre a população brasileira e entre os usuários do SUS?; O que é o quesito raça/cor e porque implantar esse quesito nos sistemas de informação em saúde? Como articular as redes de atenção à saúde com as necessidades de saúde da população negra? Você conhece as comunidades Quilombolas da sua região?; c) Doenças prevalentes na população negra: Você conhece as doenças prevalentes entre a população negra?; Você sabia que o SUS possui uma linha de cuidado específica para Doença Falciforme?; Como estruturar a rede de atenção à doença falciforme em sua localidade?; d) Violência: Você sabia que os jovens negros é a população que mais morre por causas externas no Brasil (homicídio e acidentes)?, Como é o retrato dos índices de mortalidade e internação por causas externas no seu Município e/ou Estado?, Como promover a cultura da paz e não violência no seu Município e/ou Estado?, Você está promovendo a saúde da juventude negra seu Município e/ou Estado?; d) Gestão estratégica e participativa: Por que incluir ações voltadas à saúde da população negra no Plano Anual de Saúde do seu Município e/ou Estado?, Por que é importante fortalecer as instâncias de controle social do SUS – Conselhos e Conferências de Saúde?, Por que e como implantar o comitê de saúde da população negra?; e e) Educação permanente: Você sabia que a Política de Saúde da População Negra tem como diretriz a inclusão dos temas da saúde da população negra e racismo nos processos de informação, comunicação e educação de profissionais de saúde e trabalhadores do SUS? e Você sabia que o Ministério da Saúde disponibiliza curso gratuito de ensino a distância sobre Saúde da População Negra?. Por fim, citou os cursos EAD disponíveis: a) População Negra: UNA-SUS: <http://www.unasus.gov.br/populacaonegra>; b) População Campo, Floresta e Águas: AVASUS: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=17>; e População LGBT: UNA-SUS: <http://www.unasus.gov.br/politica-de-saude-lgbt>; e AVASUS: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=44>. Seguindo, a representante da CGSM/DAPES/SAS/MS, **Núbia Maria de Melo e Silva**, também abordou o tema desafios do SUS na saúde das mulheres negras, destacando, primeiro, o Brasil em dados: população total: 191 de milhões de habitantes; população negra: 97 milhões – o equivalente a 51%; e mulheres negras: 47 milhões de pessoas, 25% da população total. Explicou que o Brasil é o maior país do mundo em população afrodescendente, fora do continente africano, o segundo em população negra depois da Nigéria e o último a abolir a escravidão negra. Foi também o país que mais importou africanos para serem escravizados. Pontuou os compromissos do governo brasileiro na saúde e as mulheres negras: a) Plano Plurianual 2016–2019: inclui como diretriz estratégica a Promoção da Igualdade Racial e Superação do Racismo; e b) Na saúde: fortalecimento da Rede Cegonha/redução da mortalidade materna; fortalecimento e consolidação, em âmbito nacional, de rede integrada de atendimento às mulheres em situação de violência e capacitações de parteiras de comunidades quilombolas e seminários envolvendo gestores, profissionais de saúde e lideranças locais das comunidades; inclusão do quesito raça-cor nos sistemas de informação do SUS – Portaria Nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 - 2000/MM por causa obstétrica - 16,6% cor/raça ignorada, 2005/MM - 8,4% cor/raça ignorada e 2012/MM - 4,5% cor/raça ignorada; inclusão de metodologias para abordar o racismo institucional com profissionais de saúde no projeto de qualificação da atenção à saúde da mulher em 94 hospitais de ensino - Nascer no Brasil - hospitais de ensino com maiores práticas intervencionistas, que OMS/MS recomendam abolir/96 e Projeto atende demanda de mudanças no processo formador – será lançado em agosto. Apontou como limites para a saúde das mulheres negras: racismo institucional, sexismo e machismo, desigualdades socioeconômicas, discriminação religiosa, não reconhecimento de práticas tradicionais e desconhecimento dos agravos relativos à população negra. Segundo Pesquisa Nascer no Brasil – 2011/2012, os percentuais de mulheres que relataram violência verbal, física ou psicológica foram maiores para as mulheres pardas ou pretas, de menor escolaridade, com idade entre 20 e 34

anos, da região Nordeste, com parto por via vaginal, que não tiveram acompanhante durante a internação. Falou sobre a razão de Mortalidade Materna (por 100.000 NV) Brasil, destacando que vem diminuindo: RMM - 2013: 60,9 mortes maternas por 100.000 N.V, todavia, a maior mortalidade é de mulheres negras. Também apresentou gráfico demonstrando que, ao melhorar a qualidade da informação, aumenta o número de mortes de mulheres pretas e pardas. Ainda sobre a morte materna no Brasil, destacou: diferenças regionais, longas distâncias, vazios assistenciais; modelo de atenção ao parto e nascimento não respaldado por práticas recomendadas pelas evidências científicas - ocitocina de rotina no 1º e 2º estágios do parto, jejum, litotomia, Kristeller, não vigilância do 3º estágio, restrição do contato pele a pele e amamentação 1ª hora, acompanhante, banalização da cesariana; integração e resolutividade da rede de atenção – “as 3 demoras” não valorização das queixas das mulheres – vinculação, A&CR; falta de protocolos pactuados, treinamentos e insumos; e a existência de violências institucional e de gênero; racismo - necessidade de mudanças na cultura institucional e nas relações entre os sujeitos, no cotidiano dos serviços. Apresentou as estratégias nacionais para enfrentamento da MM e a saúde das mulheres negras: *Rede Cegonha*: qualificação da atenção em rede, enfrentamento da violência obstétrica, fortalecimento da vigilância da MM (comitês de MM) - Caderneta da gestante, novos exames de pré-natal, habilitação das maternidades para referência em gestação de alto risco, implantação de CPN e CGBP, formação de enfermeiras obstétricas, PCDT de parto normal e cesariana, ampliação dos métodos contraceptivos (DIU pós parto e pós aborto); Projeto Zero Morte Materna por Hemorragia, com incorporação do TAN em áreas remotas; Capacitação do SAMU para medicação de emergência em obstetrícia (sulfato de mg, nifedipina, misoprostol, ocitocina...); Projeto ÁPICE: aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia – 94 hospitais universitários e de ensino; Atenção pré-natal: incorporação do exame de eletroforese de hemoglobina como rotina no pré-natal para diagnóstico de doença falciforme, com repasse de recursos para 5.488 municípios; capacitação para 100 parteiras tradicionais quilombolas – Goiás, Maranhão e Bahia e entrega de KIT parteira (projeto em andamento); Misoprostol – aquisição e distribuição aos hospitais públicos e filantrópicos (600 ou mais partos/ano) - 423 hospitais contemplados; Instrumental AMIU – Aquisição e distribuição aos hospitais públicos e filantrópicos (300 ou mais curetagens/ano) - 178 hospitais contemplados; capacitação em atenção à interrupção legal da gestação em 30 hospitais de ensino; e DIU PP e PA e na AB: compromisso assumido em 8 de março/2017, realização de Áudio-conferência com as 27 estados e capitais. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** agradeceu a Mesa Diretora pelo compromisso ao pautar o tema e frisou que é preciso promover debate específico sobre política de equidade em relação às mulheres negras e formar profissionais para atender esta população, considerando as especificidades. Salientou que o 25 de julho - Dia Internacional da Mulher Negra - é emblemático para o empoderamento das mulheres negras, mas é preciso que essa pauta se torne permanente, dados dos desafios a serem enfrentados. Concluídas as explanações das convidadas, foi aberta a palavra ao Plenário. Nas falas, foi destacada a riqueza das explanações e foram levantadas as seguintes questões: o Brasil ainda é um país racista e preconceituoso e esta questão precisa ser vencida, inclusive, para avançar na implementação da Política de Saúde da População Negra; é preciso estreitar a articulação dos órgãos do Ministério da Saúde com a Secretaria da Pessoa com Deficiência/MJ e Coordenação da Pessoa com Deficiência; é necessário revisar o Plano Nacional de Saúde a partir das questões colocadas no debate (raça, equidade e saúde da população negra, com recorte para a mulher negra); o CNS deve solicitar à área técnica do DAGEP/SGEP dossiê técnico com dados, informações e diretrizes sobre a Política da Saúde da População Negra (Saúde da Mulher Negra) para enviar aos Conselhos Municipais de Saúde de modo a subsidiar a inserção da temática nos Planos Municipais de Saúde, que estão em processo de elaboração; deve-se solicitar a revisão do SISPACTO, para que os indicadores e metas sejam desagregados a partir do recorte de raça/cor, priorizando os indicadores de mortalidade materna e infantil; é preciso incluir conteúdos sobre raça/etnia, saúde da população negra, saúde da mulher negra nos processos de formação/capacitação de conselheiros de saúde; a pauta da saúde da população negra, com recorte para a mulher negra, deve ser contemplada na programação das Conferências Nacionais de Saúde da Mulher e de Vigilância à saúde; sugestão de promover diálogo com a comissão organizadora da 2ª CNSMu para incluir uma mesa sobre saúde das mulheres negras na Conferência; as comissões do CNS devem debater temas relacionadas à saúde da população negra (combate ao racismo, saúde da mulher negra, genocídio de jovens negros, entre outros). Após essas intervenções, a mesa fez breves considerações por conta do avançado da hora. Após o retorno da mesa, foram apresentadas ainda as seguintes propostas de encaminhamento: elaborar recomendação que retrate movimento político do CNS sobre a Política de Saúde da População Negra (*indicados*: conselheira **Ubiraci Matildes** e conselheiro **Artur Custódio**); e avaliar a efetividade da fusão das Comissões do CNS, feita no processo de recomposição, com destaque para a Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção de Equidade que englobou os temas: população negra, LGBT, População em situação de rua, do campo, da floresta e das águas e comunidades tradicionais. Na sequência, a mesa fez a leitura dos encaminhamentos que emergiram do debate. **Deliberação: o Plenário aprovou as seguintes**

propostas: 1) revisar o Plano Nacional de Saúde a partir das questões colocadas no debate (raça, equidade e saúde da população negra, com recorte para a mulher negra); 2) Solicitar à área técnica do DAGEP/SGEP dossiê técnico com dados, informações e diretrizes sobre a Política da Saúde da População Negra (Saúde da Mulher Negra) para enviar aos Conselhos Municipais de Saúde de modo a subsidiar a inserção da temática nos Planos Municipais de Saúde, que estão em processo de elaboração; 3) solicitar a revisão do SISPACTO, para que os indicadores e metas sejam desagregados a partir do recorte de raça/cor, priorizando os indicadores de mortalidade materna e infantil; 4) incluir conteúdos sobre raça/etnia, saúde da população negra, saúde da mulher negra nos processos de formação/capacitação de conselheiros de saúde; 5) solicitar a inserção da pauta da saúde da população negra, com recorte para a mulher negra, na programação das Conferências Nacionais de Saúde da Mulher e de Vigilância à saúde; 6) dialogar com a comissão organizadora da 2ª CNSMu para incluir uma mesa sobre saúde das mulheres negras na Conferência; i) elaborar recomendação que retrate movimento político do CNS sobre a Política de Saúde da População Negra (*indicados: conselheira Ubiraci Matildes e conselheiro Artur Custódio*); j) avaliar a efetividade da fusão das Comissões do CNS, feita no processo de recomposição, com destaque para a Comissão Intersectorial de Políticas de Promoção de Equidade que englobou os temas: população negra, LGBT, População em situação de rua, do campo, da floresta e das águas e comunidades tradicionais; e k) solicitar às comissões do CNS que promovam debate sobre temas relacionadas à saúde da população negra (combate ao racismo, saúde da mulher negra, genocídio de jovens negros, entre outros). Com essa definição, 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; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Antônio Vital**, Pastoral da Saúde; **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Breno de Figueiredo Monteiro**, Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dylson Ramos Bessa Junior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **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; **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marcos da Silveira Franco**, Ministério da Saúde; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ricardo Barros**, Ministério da Saúde (MS); **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 **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Ana Paula Batista Soledade**, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**, Ministério da Saúde - MS; **Christianne Maria de Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Daniilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **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; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Ivo Ferreira Brito**, Ministério da Saúde; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **João Bosco Cavalcanti Chaves**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **José Felipe dos Santos**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY;

Jupiara Gonçalves de Castro, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria Thereza Ferreira Teixeira**, Secretaria de Governo da Presidência da República; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho**, Ministério da Saúde; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Rodrigo Gomes Marques Silvestre**, Ministério da Saúde; **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança. O segundo dia de reunião teve início às 8:15, com o item indicações. Antes de começar, porém, conselheiro **Antônio Muniz** solicitou que fosse assegurado intérprete de libras nas reuniões do Conselho, a fim de possibilitar às pessoas com deficiência auditiva o acompanhamento dos debates. Feito esse registro, a mesa foi composta para o item das indicações. *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS e conselheira **Francisca Rego**, da Mesa Diretora do CNS. **INDICAÇÕES - 1)** O Ministério da Saúde, em atenção à Portaria nº 1.535, de 16 de junho de 2017, solicita indicação de dois representantes – titular e suplente – do Conselho Nacional de Saúde, para composição do Grupo de Trabalho de formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde - PNMA-SUS e de seu Plano Operativo. Será solicitada a republicação da Portaria, a fim de garantir dois titulares e dois suplentes do CNS. *Aguardando indicação.* **2)** Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, em atenção à Portaria INCA nº 117/1992, solicita indicação de dois novos representantes – titular e suplente – do Conselho Nacional de Saúde, para composição do Conselho Consultivo do Instituto Nacional do Câncer – COSINCA, preferencialmente de entidades que guardem pertinência com a oncologia. *Indicações:* **Titular:** conselheira **Paula Johns**. **1ª Suplente:** **Zaira Maria Tronco Salerno**. **2ª Suplente:** conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**. **3)** I Workshop sobre Práticas Integrativas, Complementares e Populares de Saúde e sua Interface com a Educação Popular em Saúde. Data: 21 de julho de 2017. Local: São Cristóvão/SE. *Indicações:* conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**; conselheiro **Wilen Heil e Silva**; e conselheira **Simone Maria Leite Batista** (já na coordenação do evento). **4)** VIII Encontro Regional de ONG AIDS Sudeste. Data: 10 a 12 de agosto de 2017. Local: São Paulo/SP. *Indicação:* conselheiro **Moysés Toniolo**. **5) Recomposição do Grupo de Trabalho “Atenção Básica”:** **a)** Um representante do Segmento dos Usuários, em virtude da substituição da Conselheira Juliana Acosta Santorum na composição do CNS. *Indicação:* conselheira **Maria da Conceição Silva**. **b)** Um representante do segmento dos profissionais de saúde, em virtude da substituição da Conselheira Liu Leal na composição do CNS. *Indicação:* conselheira **Shirley Marshal**. **c)** Segmento gestores/prestadores de serviço. *Indicação:* conselheiro **Marcos Franco** em substituição ao conselheiro **Arlison Cardoso**. **6) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS.** *Indicação de Coordenador (a) e Coordenador (a) Adjunto (a):* Um representante do segmento dos usuários. *Ainda não houve indicação.* Será feita no próximo mês. Um representante do Segmento dos Profissionais de Saúde. *Indicação:* conselheira **Shirley Marshal**. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** foi indicado para assumir a coordenação interinamente, para não prejudicar os trabalhos. **7)** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS. Um representante do Segmento dos Profissionais de Saúde, em virtude da substituição da conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** na composição do CNS. *Indicação:* Conselheira **Analice Dantas Santos**. **8)** Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – CISB/CNS. *Indicação de Coordenador (a):* um representante do segmento dos profissionais de saúde, em virtude da substituição do Conselheiro José Arnaldo Pereira Diniz na composição do CNS. *Indicação:* conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento**. **9)** Comissão Intersetorial de Atenção a Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD. *Indicação de Coordenador (a):* um representante do Segmento dos usuários, considerando as substituições de representantes da Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF. **Deliberação: aprovada, com duas abstenções, a substituição da ONEDEF pela Organização Nacional de Cegos do Brasil - ONCB na Comissão.** Conselheiro **Antônio Muniz da Silva**, representante da ONCB no CNS, assume a coordenação da CIASPD. **10)** XII Encontro Nacional de Redução de Danos, V Seminário Nacional de Redução de Danos, Aids e Hepatites Virais, Tuberculose e Direitos Humanos e II Encontro Nacional ativistas de RD e Fortalecimento dos Direitos Humanos dos PVHAs em rede Salvador. *Indicação:* conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**. **ITEM 8 – REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA – PNAB - Apresentação:** **Allan Nuno Alves de Sousa**, Diretor do Departamento de Atenção Básica DAB/SAS/MS; **Liu Leal**, ex-conselheira nacional de saúde, representante do CEBES, integrante do GT do CNS sobre Atenção Básica; **Maria José Evangelista**, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Hisham Mohamed Hamida**, Secretaria Municipal de Saúde de Goianésia, representando o Conselho Nacional de Secretarias

Municipais de Saúde – CONASEMS. *Coordenação:* conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. O primeiro expositor foi o diretor do DAB/SAS/MS, **Allan Nuno Alves de Sousa**, que iniciou manifestando satisfação por dar continuidade ao debate sobre a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB no CNS. Explicou que sua apresentação seria focada nos principais pontos colocados no último debate. Começou apontando os pressupostos para atualizar a Política Nacional de Atenção Básica: o tempo de revisão da PNAB (2006-2011-2017); toda política pública deve ser aprimorada na direção do que se pretende produzir, mas não se trata de proposta de ruptura da Política; Proposta 5.5.11 da 15ª Conferência Nacional de Saúde: “Garantir o processo de revisão da política nacional de atenção básica – PNAB, considerando principalmente as seguintes dimensões: composição de profissionais por equipe de saúde da família, carga horária dos profissionais e critérios de distribuição de habitantes por equipe”; e resultados observados nos dois primeiros ciclos do PMAQ, bem como no e-SUS AB, além das atuais necessidades expressadas pelos gestores (estaduais e municipais), de modo a fomentar um modelo de atenção à saúde que atenda à pluralidade e às necessidades de saúde do país. Do ponto de vista dos objetivos, destacou: afirmar os eixos, fundamentos e diretrizes estratégicas para a Política de atenção básica; reconhecer e garantir nos anexos da PNAB, ações que o MS entende como importante e fundamental; e qualificar, para o aumento do acesso, acolhimento e resolutividade da AB em todo o país, respeitando as especificidades existentes nas diferentes realidades. Pontuou também as premissas para o processo de revisão: reconhecer a diversidade da atenção básica considerando os grandes desafios para a sua qualificação nas diversificadas realidades; ampliar o acesso, acolhimento e resolutividade da Atenção Básica; ampliar a integração das Unidades Básicas de Saúde com outros pontos de atenção das redes (coordenação e continuidade do cuidado); intensificar a oferta de dispositivos de qualificação do trabalho na atenção básica (educação permanente, telessaúde, prontuário eletrônico, matriciamento, formação de estudantes e residentes, protocolos clínicos e de encaminhamento etc); reforçar o papel das Unidades Básicas de Saúde como espaço de formação da força; ampliar a integração da Atenção Básica com as ações de Vigilância em Saúde; expandir a capacidade da Atenção Básica em desenvolver ações de promoção e prevenção; e aumentar a satisfação dos usuários. Apresentou quadro com a agenda de debates realizada pelo MS, desde 2016, para demonstrar o esforço para diálogo em vários locais com diferentes atores: reuniões do GT de Atenção da CIT; reuniões com entidades de representação dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS; reunião com entidades de representação da enfermagem COFEN/ABEN/FNE; reunião com Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; reunião com entidades de representação da odontologia; participação no Conselho Nacional de Saúde; reunião FIOCRUZ – Joaquim Venâncio; reunião interna com áreas do MS; reunião descentralizada com academia; reunião centralizada com academia; Fórum Nacional de Gestão da AB; CIT; Reunião com SVS (pontos específicos dos eixos) Integração AB e Vigilância. Também citou a reunião do CNS do mês de junho, que tratou do tema, como marco importante do debate. A representante do CONASS, **Maria José Evangelista**, foi a segunda expositora e começou frisando que o processo de aprimoramento das políticas, inclusive da PNAB, deve ser contínuo e permanente para corrigir os problemas identificados, incorporar definições (por exemplo, a portaria de redes) e atender demandas de gestores. Explicou que o CONASS participa dos fóruns promovidos pelo DAB, que debate este tema com frequência, promove debates internos na câmara técnica e assembleias. Além disso, a entidade elaborou texto inicial sobre o tema e a partir desta proposta, junto com os textos elaborados pelo CONASEMS e MS, está sendo feito debate visando chegar a um documento oficial. Feita essa consideração geral, passou a apresentar as propostas do CONASS acerca da matéria: portaria com foco nos princípios e diretrizes – menos normas – entendendo que a atenção primária é ordenadora e centro de comunicação da rede; anexo da Política deve contribuir para facilitar o trabalho dos gestores e da equipe; garantia de ações e serviços de acordo com as necessidades da população e responsabilidade da UBS; fortalecimento da gestão das unidades da Estratégia Saúde da Família; assegurar, junto com a Estratégia Saúde da Família - ESF, coordenação do trabalho; elaborar programação com base nas necessidades; operar com sistema de regulação; tecnologias de gestão da clínica; qualidade e segurança do paciente; a ESF continua como estratégia prioritária na organização da atenção primária e do SUS; incorporar os mesmos atributos e princípios onde não há Saúde da Família; incorporar programação e organização dos processos de trabalho de acordo com as necessidades, considerando classificação de riscos clínicos, riscos sociais e de vulnerabilidade; estratificar riscos; estabelecer fluxos e contrafluxos; fazer a regulação pela atenção primária; incorporar utilização de diretrizes clínicas por linha de cuidado e tecnologias de gestão da clínica; integrar atenção primária com a especializada; e integrar atenção básica com as ações de vigilância em saúde. Na sequência, fez esclarecimentos sobre questionamentos e dúvidas do CNS: a) considerandos – optou-se por incluir as políticas, porque são quase 150 portarias que tratam de atenção primária/atenção básica; assim, saúde bucal não foi contemplada nos considerandos porque ainda não é uma política, o que não significa que esta questão não está contemplada; b) diferença entre participação social, orientação comunitária e competência cultural – participação social é

fundamental para consolidar a ESF e a atenção primária; orientação comunitária e competência cultural são atributos (para obter atenção primária de qualidade é preciso seguir os sete atributos); e orientação comunitária significa conhecer as necessidades das famílias em função do contexto físico no âmbito da comunidade e competência cultural exige relação horizontal entre a equipe e a população, respeitando as suas especificidades. Destacou que o CONASS está atento aos indicadores e citou, por exemplo, o alto índice de sífilis congênita. De 2008 a 2015, houve aumento de casos – de 5.728 casos para 16.179 casos – e é tarefa de todos enfrentar essa questão alarmante. Entendendo o papel do Estado em trabalhar com os municípios na qualificação da atenção primária, disse que o CONASS está desenvolvendo o projeto prioritário “Planificação da Atenção à Saúde”, com atuação em dez Estados, por região de saúde. Concluindo, disse que o CONASS defende veemente 40 horas para todos os profissionais da SSF, UBS funcionando o dia todo. Na sequência, explanou o representante do CONASEMS, **Hisham Mohamed Hamida**, que, inicialmente, explicou que o CONASEMS iniciou essa discussão por uma demanda da gestão municipal por conta da dificuldade de gerir e potencializar a atenção básica, tornando-a mais resolutiva e atendendo as demandas do território. Salientou que o CONASEMS também defende a carga horária de profissional de, no mínimo, 40h semanais, mas considerando as necessidades de cada região. Destacou que o Grupo do CONASEMS foi instituído a partir de reunião de CONARES, em 2015, por conta de reclamações de gestores em gerir a atenção básica. Esse grupo é composto por representantes de todas as regiões do país e visa levantar subsídios para definição de política mais compatível com a realidade do país. Salientou que, em 2016, foi realizada a oficina no Congresso do Conasems, com mais de 600 participantes, e, na oportunidade, foram levantadas, entre outras, as seguintes sugestões: garantia de financiamento tripartite e sustentável; ampliação do acesso, atendendo a real necessidade da população; Estratégia Saúde da Família como principal modelo, mas sem desconsiderar os modelos tradicionais existentes; atenção como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, favorecendo autonomia da gestão municipal e potencializando a participação dos trabalhadores e estimulando a participação popular; cuidado com território, integrando as ações de vigilância; e ampliação do território e responsabilização da equipe. A integrante do GT do CNS de Atenção Básica, ex-conselheira **Liu Leal**, expôs na sequência, e pontuou, a princípio, que o CEBES compõe o CNS e contribui com este fórum para trazer à sociedade o espaço de representação que se tem diante de estruturação de política pública. Ressaltou que é preciso se fortalecer e se colocar na perspectiva do diálogo e enfrentamento de questões necessárias, a fim de garantir sociedade mais justa e Estado mais forte, que sirva à necessidade do povo brasileiro. Lembrou que o controle social teve acesso a debate mais aberto e potente sobre as diretrizes para revisão. Reconheceu que é necessário revisar a política, mas é preciso definir, primeiramente, como fazer. Defendeu processo de construção ascendente, com debate, inclusive, de questões relativas à equidade. Disse que esperava naquele momento que fossem apresentados os elementos centrais da política e as questões a serem melhor elaboradas para definir consensos. Além disso, salientou que as dúvidas sobre a minuta de portaria de revisão da Política não foram respondidas na sua integralidade. Frisou que os usuários do SUS precisam que o Sistema funcione e, para isso, é preciso observar onde e como se dá o funcionamento. Além disso, é preciso definir agenda de enfrentamento, por conta dos processos políticos em curso de desestruturação do estado de proteção social que aumenta o sofrimento da população. Registrou preocupação com a proposta de retirar agentes comunitários de saúde como perspectiva prioritária de equipe. Salientou que o GT tem se esforçado para trazer o debate na sua profundidade e aguarda resposta aos questionamentos. Colocou que o GT entende a necessidade de revisar a Política, mas, para isso, é preciso definir o que necessita de revisão. Informou também que foi disponibilizada apresentação que realizada na EXPOEPI “Vigilância em Saúde e o Modelo de Atenção à Saúde (“centralidade” da Atenção Básica), para subsidiar o debate. Além disso, disse que é preciso debater o princípio da universalização do Sistema e não privatização. Chamou a atenção para retirada do termo 100% de cobertura do documento, o que sugere a não defesa do sistema universal e a discussão sobre carteira de serviços, o que significa possibilidade de precarização do processo de relação com os serviços públicos. O Presidente do CNS agradeceu os convidados e informou que foi acordada a realização de oficina do CNS sobre modelo de atenção, portanto, o debate não se encerraria naquele dia. **Manifestações.** Conselheiro **Marcos Franco**, em nome do MS, explicou que definir média única (de unidades, de equipes...) para o Brasil significa excluir a maior parte dos brasileiros do processo. Clarificou que a proposta de revisão foi feita com base em deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde e lembrou que a formulação da Política é competência do Executivo e a aprovação, competência do Conselho. Frisou que, para o Ministério da Saúde, a atenção básica é o modelo central de organização do SUS e, nessa linha, até o fim do mês seria anunciado incremento de mais de 20% de recursos. Salientou que as bases do Ministério da Saúde são: Conferência de Alma-Ata, princípios da 8ª Conferência Nacional de Saúde; Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90, Política Nacional de Atenção Básica. Frisou que a proposta é desregulamentar, mantendo o eixo fundamental da atenção básica que são os atributos prescritos no livro de Barbare Strates, dialogando com as diretrizes apontadas na 15ª CNS. Frisou que o Ministério da Saúde possui a obrigação de formular a revisão,

para isso, está ouvindo o país a esse respeito em fóruns democráticos de debate. Sobre a sífilis, destacou que o aumento ocorreu inclusive em regiões onde a atenção básica é eficiente e recordou que a indústria farmacêutica retirou-se da produção da Benzetacil, utilizada no tratamento da sífilis e retomou após luta. Ressaltou que a análise sobre a necessidade de revisão da Política não pode ser simplista e deve considerar as questões multifatoriais. Por fim, disse que assumiria a participação no GT de Atenção Básica e citou, por exemplo, que no relatório do Grupo do CNS foram citadas como referência portarias que não estão mais vigentes. Conselheiro **Arlson da Silva Cardoso** frisou que a ótica do CONASEMS é “nenhum passo atrás”, mas com o entendimento de que é preciso revisar para aperfeiçoar. Lembrou que é tarefa da gestão executar a Política, avaliá-la e propor ajustes para avançar e melhorar na execução. Reiterou que o CONASEMS abriu processo de discussão com os gestores municipais e destacou que foi realizada oficina em Fortaleza para levantar subsídios à revisão. Salientou que o momento é de acúmulo de discussão e esse processo deve ser feito com a máxima tranquilidade, de forma fraterna, pois todos almejam o avanço e fortalecimento da atenção básica e do SUS. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** identificou dois pontos iniciais do debate que foram vencidos: atualização de políticas deve ser feita de forma permanente; e a revisão/atualizada está sendo conduzida de forma correta, com amplo processo de debate. Nessa linha, alertou o Plenário sobre a linha de debate que está se construindo no CNS, porque pode tornar os conselheiros adversários, o que não é, uma vez que todos defendem o mesmo, com princípios distintos. No seu entendimento, o GT do CNS deveria apresentar proposições, mas isso não aconteceu, e foram apresentados questionamentos. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** reiterou a importância da atenção básica, uma peça-chave para qualquer modelo. Para garantir SUS mais integral e de qualidade, frisou que é preciso revigorar cada vez mais a atenção básica e torná-la mais acessível, com profissionais cada vez mais capacitados e valorizados. Explicou que a proposta é realizar seminário no próximo mês para debater o tema e apresentar mais sugestões. Dada a importância e amplitude da temática, apresentou a proposta do Fórum de Usuários de extinguir o GT e criar câmara técnica, vinculada à Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPSPICS, contemplando o acúmulo do debate já existente. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** lembrou que uma das primeiras experiências ocorreu no início da década de 80, em São Paulo, e na época uma das características era que o ACS fosse um líder da comunidade. Mas, isso foi modificando com o tempo e a ausência de ligação do agente com a comunidade traz problemas. Salientou que nos espaços de discussão é preciso garantir a presença de outros atores, inclusive dos conselhos responsáveis pelas resoluções que irão determinar as ações dos profissionais. Além disso, é preciso ouvir a população e discutir a partir da realidade. Neste ponto, o Presidente do CNS abriu a palavra para o Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, para breve manifestação. O Ministro cumprimentou o Plenário e agradeceu a oportunidade de falar aos conselheiros. Frisou que é preciso garantir maior resolutividade na atenção básica, e também na Média e Alta Complexidade e destacou que, segundo relatório do Banco Mundial, há 35% de ociosidade na atenção básica e 70% na média e alta complexidade. Também destacou que é preciso garantir o cumprimento das horas dos médicos nas unidades básicas de saúde, o que, por si só, estrutura o Sistema. Além disso, ressaltou a importância da informatização do Sistema e comunicou que será publicado edital de credenciamento de empresas de informática para instalar sistema de informatização nas prefeituras, contemplando: biometria para usuários e funcionários, computadores, tablets para informação das visitas realizadas pelos agentes de saúde, conectividade, treinamento de pessoa e envio de informações. Esclareceu que o sistema será alugado, com contrato de sessenta meses, e o custeio é feito pela prefeitura (50%) e pelo Ministério da Saúde (50%). Destacou que as prefeituras com sistemas de informatização funcionando receberão recurso do MS como cofinanciamento. Além disso, sistemas já existentes serão integrados para melhor acompanhamento dos usuários. Também comunicou que serão publicadas portarias na área de atenção básica na ordem de R\$ 700 milhões e serão adquiridas ambulâncias, academias, SAMUs como reaplicação de recursos decorrentes de economia, possibilitando ampliação do acesso. Além disso, está sendo realizado trabalho de ordenamento do sistema jurídico – “SUS Legal” – com empoderamento dos conselhos municipais, planos municipais e vereadores e caminhando para o planejamento ascendente. Inclusive, salientou que os Conselhos serão responsabilizados pelo acompanhamento, fiscalização e definição das políticas estabelecidas, assegurando efetivo controle social da aplicação dos recursos da saúde. Lembrou que essa proposta foi aprovada na Comissão Intergestores Tripartite e será apresentada ao para homologação ou não. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** concordou que a Política não deve ser estanque, mas sim reavaliada, considerando os dados epidemiológicos, os territórios e os agravos. Todavia, manifestou preocupação com a proposta de revisão da Política que atribuiu ao médico o planejamento e gerenciamento das ações, diferente do que é definido hoje: sistema é coordenado pelas equipes de vigilância ambiental, ou vigilância em zoonose. Também manifestou preocupação com as seguintes atribuições dos agentes de endemias, que precisam ser melhor discutidas: controle do Aedes (mas há outros agravos); articulação com órgãos municipais de limpeza urbana; e visita domiciliar bimestral em 100% dos imóveis. Conselheira **Zaira**

Tronco Salerno perguntou se o GT debateu a exclusão da Portaria do Programa Saúde na Escola no processo de revisão, entendendo que este dispositivo deve permanecer. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** solicitou esclarecimentos do Ministério, uma vez que não compreendeu a metodologia do debate. Lembrou que, na última reunião, o coordenador do DAB/MS afirmou que o documento em debate não era oficial; assim, perguntou qual é a proposta oficial deste Ministério, uma vez que não foi enviado outro documento ao Conselho. Salientou que situações de processo de doenças, como alto índice de sífilis, não podem ser atribuídas ao trabalhador, pois o número é traduzido de forma absoluta e não há debate sobre os motivos das taxas. Ressaltou que a Portaria não reflete a realidade e a necessidade das comunidades e não valoriza a busca ativa e o espaço da comunidade. Por fim, disse que é preciso fazer debate qualificado, inclusive com os trabalhadores da saúde. Conselheira **Francisca Valda da Silva** disse que os trabalhadores da saúde, em aliança com os usuários do SUS, não abrem mão de debater a universalidade da atenção versus cobertura universal. Salientou que cobertura universal é terminologia defendida internacionalmente acerca de atenção primária que trata de modalidade do mercado da saúde do futuro, muito próxima de seguros sociais e não garante o acesso e prestação de serviços de saúde à população. Nessa linha, salientou que é preciso entender a proposta de “carteira de serviços” e frisou que a saúde não é mercadoria e este princípio constitucional precisa ser preservado. Salientou que está sendo feita disputa democrática e fraterna por projeto e modelo de atenção e frisou que é preciso sensibilidade humana social e política, com compromisso com a população. Nessa linha, pontuou as seguintes questões a serem contempladas: território e realidade complexa no âmbito de transição epidemiológica. Além disso, é preciso debater o modelo técnico assistencial e das equipes de atenção, integrando generalistas e especialistas na atenção básica, porque o maior desafio é ampliar a capacidade de respostas deste nível da atenção. Endossou a proposta de criar Câmara e sugeriu extrair do PMAQ análise fundamentada do banco de dados a fim de pensar os desafios. **Retorno da mesa.** A representante do CONASS, **Maria José Evangelista**, pontuou na sua fala que: concorda com o que foi colocado pela representante do CEBES, Liu Leal e declarou ter respondido as perguntas feitas, com exceção do conceito de atenção primária porque o diretor do DAB já havia colocado; o documento que foi debatido pelo GT do CNS é preliminar e incompleto; o grande desafio é sair do discurso e ir para prática; o conselho local possui responsabilidade na fiscalização e precisa fazer parte da programação das atividades, avaliação e acompanhamento das ações; a proposta não é retirar questões da PNAB, mas sim acrescentar para diálogo com a rede (para isso, é preciso desfragmentar); é preciso debater para levantar contribuições ao processo de revisão da Política (o CNS pode acompanhar o trabalho para verificar o que as equipes precisam); a Portaria que define a rede define como deve ser, assim, é preciso implementar; e o CONASS possui várias publicações sobre atenção primária em rede e todos podem ter acesso. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** convidou o CNS para acompanhar o trabalho do CONASS, realizado desde 2007, de planificação da atenção primária à saúde na prática, que está presente em onze estados (com treinamento de 10.600 trabalhadores). O Diretor do DAB/SAS/MS, **Allan Nuno Alves de Sousa**, das falas dos conselheiros, destacou que: não há documento oficial do Ministério da Saúde, mas sim, vários documentos resultantes das agendas de debate e o esforço é fazer, no debate permanente, uma síntese de toda discussão; o documento disponibilizado ao CNS e analisado pelo GT é um dos documentos resultantes dos debates; o CNS não deve focar o debate em um único documento, uma vez que há vários outros, porque, assim, perde-se a oportunidade de debater os principais elementos de modo a definir os eixos estruturantes que devem estar na Política, de modo a garantir atenção básica de qualidade, acessível; o Ministério da Saúde não está colocando os problemas da atenção básica na responsabilidade dos trabalhadores, pois este é um problema do Sistema, que envolve o trabalhador; o formato de “carteira de serviços” é um modelo utilizado por outros países, mas o termo não é o mais importante, entendendo que é preciso definir na PNAB o que é inegociável; e é possível fazer debate pormenor de vários elementos que contribuirão para definir as possíveis medidas concretas a serem adotadas para garantir o definido na Política. O representante do CONASEMS, **Hisham Mohamed Hamida**, acrescentou na sua fala que: a “carteira de serviço” é uma relação de serviços da atenção básica para ampliação do escopo, assegurando resolutividade e ampliação do acesso; e a intenção é atingir financiamento robusto e *per capita* que atenda ao anseio e necessidade da população, assegurando autonomia na organização (daí a importância da participação popular). A representante do CEBES, **Liu Leal**, agradeceu as contribuições e salientou que este debate está sendo construído no âmbito do Conselho. Afirmou que o GT do CNS sobre Atenção Básica tem cumprido o papel para qual fora constituído: analisar a Política e apresentar subsídios para debate no Pleno. Todavia, concordou que é preciso criar outra estratégia para ampliar o debate sobre modelo de atenção. Fez duas ponderações a serem consideradas no debate: espaço do controle social na construção do estado brasileiro; e as entidades representantes do campo e da reforma sanitária estão à disposição para debate. Fez um alerta ao CONASS, porque o documento retirou a atribuição das Secretarias Estaduais de apoiar os municípios. Discordou desse ponto, entendendo que é preciso reforçar o papel do Estado na estruturação da Política. Sobre a discussão acerca da “carteira de

serviços”, destacou que ocorre em outros países, mas na lógica da relação público/privado e o debate, nesta caso, não se refere à nomenclatura. **Manifestações.** Conselheira **Paula Johns** interveio para apresentar a seguinte Questão de Ordem: o debate não deve centrar-se em um documento que não é válido. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que o Grupo da CIT, em resposta à solicitação do CNS, apresentou documento preliminar com os pontos levantados na discussão e o GT do CNS fez apontamento a partir desta minuta. Assim, salientou que o CNS deve se debruçar sobre os elementos da revisão da PNAB e não propriamente no documento. Conselheiro **Willen Heil e Silva** agradeceu as apresentações porque foram enriquecedoras e, para qualificar o debate, sugeriu a elaboração de cartilha, voltada aos conselheiros, com as diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde e sua interface com as políticas. Também destacou que a Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF, sugerida como diretriz na 15ª Conferência, é um indicador importante e deve ser utilizado. Lembrou a importância das práticas integrativas e complementares, inseridas como diretrizes da 15ª CNS, porque melhoram hábitos e estilos de vida e diminuem custo com tratamento, por exemplo. Também defendeu a participação da CIPPSPICS/CNS no GT de Atenção Básica, para contribuir no debate. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** salientou que este tema deve ser amplamente discutido e, na sua visão, a minuta representa contrarreforma à Política. Avaliou que se trata de um ataque com o objetivo de adequar a Política ao ajuste fiscal de contenção orçamentária e financeira do governo. Nesse sentido, frisou que é necessário continuar a defesa dos princípios do SUS, uma vez que princípios do Sistema, como a gratuidade, foram retirados do documento. Salientou que os “considerandos” do documento não podem ser ponto central do debate, mas ponderou que a minuta apresenta retrocessos às demandas das populações que utilizam o SUS e dos trabalhadores (incorporação da equipe de saúde bucal na equipe de saúde da família e do NASF). Também destacou que é preciso refletir o que a minuta representa em termos de retrocesso e precarização das condições e das relações de trabalho e a relação com a terceirização. Pontuou que a proposta de “carteira nacional de serviços essenciais e estratégicos”, independente do nome, representa construção de pacote básico mínimo – “SUS pobre para pobres”. Por fim, disse que a proposta representa também um ataque ao CNS e ao controle social como um todo. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** manifestou satisfação com o debate e frisou que é preciso dialogar, considerando que está em foco o interesse da sociedade. Salientou que o Conselho está tentando contribuir com a revisão da política, de forma qualificada, assim, perguntou qual versão do documento o GT do CNS pode trabalhar. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** fez as seguintes perguntas para reflexão: Qual modelo de atenção é necessário? Qual é o modelo desejável? Qual modelo se pode alcançar? Pontuou questões essenciais para este nível de atenção: garantia de sistema de informação eficiente que ofereça informações sobre as necessidades de saúde das pessoas; garantia de cuidado ao profissional; e financiamento. Também falou sobre o processo de trabalho e a relação com a oferta de serviços, destacando que a oferta deve ser flexível. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto** explicou que a CIVS participou da EXPOEPI e debateu o tema. Como resultado, foi elaborada recomendação, que seria apresentada ao Plenário no último item da pauta, solicitando ao MS que indique representante para o GT do CNS sobre atenção básica. Além disso, foram apresentadas propostas que não puderam constar na recomendação, sendo: é preciso aprofundar o debate no CNS (no Plenário, nas comissões e no GT); e estimular o debate do tema na 1ª CNVS. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** saudou o CNS pela criação do GT e reiterou que a atenção básica é essencial para o SUS, mas não avançou porque não foi dada a prioridade e as condições necessárias para seu funcionamento. Frisou que esse debate é importante e histórico para o SUS e agradeceu o CNS pela ampliação do GT. No mais, apresentou as seguintes propostas: incluir um representante dos usuários no GT do CONASEMS; revisar a PNAB e rever o horário de funcionamento das unidades (devem funcionar à noite para atender pessoas que trabalham durante o dia); criar câmara técnica do CNS sobre o tema; e recomendar à gestão a integração entre urgência, emergência e unidade básica. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** elogiou a fala do CONASEMS porque apontou caminho para discussão, mas questionou a fala da representação do CONASS por entender que desqualificou o debate, as instituições e a história dos conselheiros. Nesse sentido, apelou para que haja cuidado e respeito à história dos conselheiros e das conselheiras, porque trazem disputas e anseios, mas também tentativa de chegar a consensos que melhorem a qualidade do atendimento às pessoas. Frisou que a discussão central refere-se a modelo e concordou que é preciso modificar o processo de debate desse tema. Salientou que é preciso construir uma proposta de forma conjunta e avaliou que a criação de câmara técnica é uma saída, articulada à Comissão de Vigilância em Saúde. Além disso, é necessário aprofundar o debate para chegar à proposta que garanta o máximo de melhorias e o mínimo de retrocessos. Conselheira **Paula Johns** endossou a fala do conselheiro Artur Custódio em relação a modelo e apoio à criação de câmara técnica. Também fez as seguintes considerações sobre o documento analisado pelo GT: Programa Saúde na Escola é central e precisa ser mencionado na Política; e Portarias mencionadas no documento estão desatualizadas e precisam ser revisadas. Conselheiro **Moyeses Toniolo** destacou os seguintes aspectos na sua fala: não há documento base de propostas da CIT e o GT do CNS se propôs

a discutir proposta de reformulação da PNAB que não existe; após vasto cronograma de atividades e reuniões do GT da CIT ainda não há documento oficial; e o debate do GT do CNS está prejudicado por conta da ausência de representantes de gestores. Como encaminhamento, propôs que o CNS solicite o envio da atual proposta preliminar da CIT, resultado da discussão acumulada em dez meses; se não for disponibilizada, que o Conselho invoque a Lei de Acesso e Transparência da Comunicação, uma vez que nenhum órgão, instituição ou gestor público pode se negar a dar conhecimento de objeto discutido, proposto e deliberado no âmbito de suas atribuições administrativa pelo Estado de Direito. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** apelou ao CONASS, CONASEMS, MS e CNS que definam encaminhamento para estimular o debate desse tema na base (nas capitais, nos Conselhos Municipais de Saúde), a partir do cronograma apresentado pelo diretor do DAB/MS. Além disso, sugeriu: debater a temática em todas as comissões do CNS e realizar uma mesa sobre esse tema na 2ª CNSMu. Destacou também que é preciso contemplar as políticas de equidade na PNAB, além das práticas integrativas e complementares. **Retorno da mesa.** A representante do CEBES, **Liu Leal**, integrante do GT do CNS, passou às considerações finais contemplando os seguintes aspectos: importância da mesa, pois é a partir da construção de espaços de diálogo que será possível trazer os grandes desafios, entendendo que as entidades componentes do CNS visam o enfrentamento das iniquidades e o fortalecimento do SUS; o GT do CNS deseja conhecer a agenda de debate e contribuir com as discussões; o documento analisado pelo GT foi entregue pela CIT, portanto, não se trata de produto do CNS; a partir desse debate, espera estabelecer agenda de debate/cooperação entre o controle social e a gestão; as pessoas que debatem trazem história de vida sobre as políticas públicas e é preciso ter cuidado no debate; o GT analisou aspectos pontuais para qualificar discussão e ter capacidade de não errar, pois os erros causam morte; PSE deve estar contemplado no documento porque é fundante na discussão da promoção da saúde; é preciso debater a necessidade real do território e esse termo, que está desaparecendo da Política, é fundamental e precisa ser retomado para corrigir iniquidades; o debate sobre o mundo do trabalho é estruturante; Programa mais médicos é uma política importante de provimento, que atuou nas iniquidades, mas não aparece no documento; e preocupação com o debate sobre desregulamentação especialmente em um momento de desestruturação das políticas públicas e ataque ao Estado Brasileiro. Por fim, agradeceu a possibilidade de debate no CNS. O representante do CONASEMS, **Hisham Mohamed Hamida**, pontuou as seguintes questões na sua fala: GT do CONASEMS foi constituído em 2015 e contempla representantes de todas as Regiões do país; o Congresso do CONASEMS, realizado em 2016, foi aberto a todos os segmentos, a fim de atingir a realidade de todo o país; o tema está em discussão e o diálogo fortalece o objetivo comum de fortalecer a atenção básica, tornando-a mais resolutiva no que se refere ao processo do trabalho, acesso, universalização. O Diretor do DAB/SAS/MS, **Allan Nuno Alves de Sousa**, respondeu aos questionamentos reconhecendo o avanço no debate, com superação de “falsos dilemas” (necessidade ou não de revisar, por exemplo). No mais, fez questão de clarificar que jamais defenderia proposta para diminuir a atenção básica. Além dessas questões, pontuou que: os termos utilizados podem ser debatidos e modificados, se for o caso; as questões levantadas no debate do CNS são subsídios para modificação do conteúdo da PNAB; carteira de serviços – tentativa de apresentar saída à sociedade brasileira para reivindicar dos trabalhadores e gestores a qualificação do que está sendo ofertado para a sociedade; a partir da Política, é preciso aumentar a capacidade de gestores e trabalhadores decidirem o que é melhor no planejamento e organização dos serviços, de acordo com a realidade local; não se deve centrar o debate em documento, mas sim focar nos princípios que precisam estar presentes na PNAB; é importante aprofundar o debate e o MS está à disposição; e tomou nota das contribuições e muitas das sugestões do Conselho estão sendo incorporadas. A representante do CONASS, **Maria José Evangelista**, pontuou na sua fala as seguintes questões: é consenso entre os gestores o papel do Estado na atenção primária em apoio aos municípios – este ponto deve ficar claro no documento; para qualificar a atenção primária, é preciso focar no modelo; a demanda que chega à atenção especializada está desorganizada; a atenção primária precisa estratificar o risco e encaminhar para atenção especializada e esta deve devolver à atenção primária, assegurando acesso àquele que precisa de especialista; é preciso garantir equipe multiprofissional para atender as reais necessidades da população, assegurando atenção primária qualificada; e ainda há desalinhamento conceitual de rede, portanto, é preciso debater esse. Por fim, disse que colocou a posição do CONASS, de forma respeitosa, em um espaço democrático de debate. Todavia, desculpou-se se na sua fala foi indelicada. Conselheiro **Jurandi Frutuoso da Silva** salientou que a representante do CONASS na mesa é uma pessoa respeitosa e que ao longo de sua vida profissional e acadêmica trabalha em prol da atenção primária. Além disso, pontuou que os poucos funcionários do CONASS são escolhidos com muito critério e um deles é a maneira como se relaciona com as pessoas. Cumprimentou a todos pelo debate e insistiu na readequação das políticas de saúde do país como um todo. Por fim, frisou que a atenção primária é um princípio fundante do Sistema. Após as falas da mesa, o Presidente do CNS procedeu aos encaminhamentos. Sintetizou as propostas oriundas do debate e o Plenário acrescentou outras sugestões. **Deliberação: neste ponto de pauta, as deliberações foram as seguintes: 1) aprovadas**

as propostas da CIVS/CNS: a) pautar o debate deste tema de forma permanente nas comissões do CNS; b) promover debate deste tema na 1ª CNVS; 2) recompor o GT de Atenção Básica; 3) remeter ao GT de atenção básica a definição do desenho (escopo de ação) de Câmara Técnica do CNS; e 4) realizar seminário sobre atenção básica, dia 9 de agosto de 2017 (às vésperas da 296ª RO), no Rio de Janeiro. Além dessas deliberações, as seguintes propostas foram apresentadas e serão avaliadas pela Mesa Diretora do CNS quanto à viabilidade: construir proposta de consulta pública sobre o processo de revisão da Política Nacional de Atenção Básica; realizar oficina do GT, no dia 8 de agosto para ajudar na organização do seminário (CEBES, FIOCRUZ, ABRASCO podem contribuir nesse processo); indicar mais representantes dos dois segmentos – trabalhadores e gestores para o GT, de modo que o Grupo seja composto por três usuários, três gestores e três trabalhadores; solicitar ao CONASS que estimule o debate do tema nas SES e CES, ao CONASEMS que estimule debate nas SMS e CMS e ao MS que estimule o debate nos seus núcleos estaduais. **ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO – CIAN - As Décadas e os Objetivos da Nutrição e Compromissos brasileiros. O Histórico da CIAN. Aliança pela Alimentação Saudável - Apresentação: Michele Lessa de Oliveira**, Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN/DAB/SAS/MS; **Michele Lessa de Oliveira**, Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN/DAB/SAS/MS; conselheira **Zaíra Tronco Salerno**, coordenadora da CIAN/CNS; conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**; e conselheira **Paula Jhons**. *Coordenação:* conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. A primeira expositora foi a coordenadora da CIAN, conselheira **Zaíra Tronco Salerno**, que fez uma exposição sobre a Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição – CIAN. Lembrou que a Comissão está prevista na Lei nº 8.080/90, Art. 13 item I, e foi reinstalada pela Resolução – CNS nº 299, de maio de 1999. Salientou que a finalidade da CIAN, prevista no Regimento Interno, é atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado. O objetivo da Comissão é integrar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, em observância aos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, na Política Nacional de Promoção da Saúde. Acrescentou que a função precípua da Comissão é controlar e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, contribuir para a promoção de mecanismos para a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, e acompanhar a implementação e controle do Programa Bolsa-Família no país. Detalhou ainda as atribuições da CIAN: assessorar as decisões do Conselho Nacional de Saúde no campo da alimentação e nutrição; elaborar relatórios periódicos de sua atuação junto ao CNS; subsidiar os Conselheiros Nacionais de Saúde na discussão de temas relacionados a Alimentação e Nutrição; promover e participar de eventos, cujos temas estejam relacionados a Alimentação e Nutrição; acompanhar tramitação de matérias relacionadas com a Alimentação e Nutrição no Congresso Nacional; estimular a formação das CIANs Estaduais e Municipais; formular estratégias para avaliar e controlar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN aprovada pela Portaria n.º 710, de junho de 1999; articular políticas e programas de interesse para saúde cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS; promover mecanismos para a consolidação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN; e acompanhar a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde – CGAN/MS e no desenvolvimento dos programas nos trabalhos de campo. Detalhou os temas presentes das discussões da CIAN/CNS: beribéri; saúde indígena; PNAN; Programa Bolsa Família; obesidade; propaganda e da publicidade de alimentos; promoção da alimentação saudável; direito humano à alimentação adequada; execução orçamentária e financeira da CGPAN; melhorias hortifrutigranjeiros; agrotóxicos/fitossanitários; doença celíaca; execução orçamentária e financeira referente a alimentação e nutrição no âmbito da saúde; conferências de saúde; e rotulagem de alimentos. Neste ponto, a coordenadora da CIAN/CNS abriu a palavra à conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, que fez uma fala sobre doença celíaca. Primeiro, saudou a Comissão pelo debate de temas importantes e destacou, por exemplo, o trabalho da Comissão de revisão da Política de Segurança Alimentar e Nutricional e construção do Guia Alimentar. No que se refere à doença celíaca, lembrou que a CIAN solicitou e o Pleno aprovou a recomendação para criação do dia nacional da pessoa com doença celíaca e está tramitando projeto de lei a esse respeito (nº. 6.666). Em que as conquistas, disse que há gargalos a serem enfrentados, entre eles, a implementação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca, publicado em 2009. Lembrou que a doença celíaca é uma doença autoimune, cosmopolita, que acomete pessoas de qualquer idade, raça, condição social e, por vezes, é diagnosticada tardiamente. Com isso, evolui para complicações graves como câncer. Inclusive, relatou caso de uma criança com doença celíaca que faleceu por falta de diagnóstico precoce e complicações. Nesse sentido, fez um apelo emocionado em prol da implementação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca. Além disso, salientou que é preciso capacitar os profissionais de saúde para efetivamente implementar o Protocolo, de modo a diminuir o subdiagnóstico. Reiterou que

crianças, com sintomas da doença, estão morrendo por falta de diagnóstico. Além disso, salientou que a implementação do Protocolo diminuiria o problema da judicialização para realizar exames de diagnóstico da doença. Lembrou que a doença celíaca é tratada com dieta alimentar e saudou a Comissão por ter atentado para essa questão e valorizado no Guia Alimentar “a comida de verdade”. Por fim, destacou que a criação do dia da pessoa com doença celíaca poderá, inclusive, alertar a população sobre os riscos da doença. Continuando, conselheira **Zaira Tronco Salerno** salientou que a doença celíaca é um tema forte debatido na CIAN. Seguindo, fez um resgate sobre os principais temas de debate na CIAN: 2007: acompanhamento da situação do Beribéri; financiamento da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN; Programa Bolsa Família e o acompanhamento das condicionalidades do setor saúde; 2008: obesidade e suas consequências como um problema de Saúde Pública - pautada a discussão no CNS em 08/10/08 (resultou a Recomendação nº. 051, de 11/12/08); regulamentação da Propaganda e da Publicidade de alimentos. (resultou na moção nº. 007, de apoio a ANVISA - em 09/10/08); Resolução CNS n.º 408, de 11 de dezembro de 2008 aprova as diretrizes para a promoção da alimentação saudável com impacto na reversão da epidemia de obesidade e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis; 2009: discussão da execução orçamentária e financeira da CGPAN; apresentação sobre Direito Humano à Alimentação Adequada; PROHORTE: Estabelecimento de Melhorias Hortifrutigranjeiros; acompanhamento das condicionalidades do setor saúde do programa Bolsa Família; discussão sobre a resolução nº408 da regulamentação da propaganda de alimentos; Campanha nacional de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis em especial a OBESIDADE; proposta de Seminário Inter Comissões: CIAN, CISAMA e CIST. Tema: AGROTÓXICOS e Saúde – Trabalho, Ambiente e Segurança Alimentar; acompanhar os desdobramentos do GT de Doença Celíaca. 2010: Acompanhamento das Etapas Estaduais do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS - PNAN 10 anos; Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS- PNAN 10 anos. Avanços, perspectivas e desafios. DF 08-10/06; Execução orçamentária e financeira referente à alimentação e nutrição no âmbito da saúde. 2011 (1 reunião): Acompanhamento da execução orçamentária e financeira referente a Alimentação e Nutrição no âmbito da Saúde; Apresentação: “Verificação da adequação dos Rótulos de Alimentos Industrializados à Legislação Vigente”; PN de Suplementação de Ferro; rotulagem de alimentos; e Estratégias para redução consumo Sódio. 2012 (3 reuniões): PNAN e suas novas diretrizes; Apresentação do documento orientador para a mobilização da 14ª Conferência Nacional de Saúde; Necessidades alimentares especiais; Recomendação ao CNS comitê para monitoramento de redução de sódio; Rotulagem de alimentos; Frente Parlamentar contra Agrotóxicos e seus impactos para saúde e o programa de análise; Assessoria parlamentar; Alimentos comercializados em centrais de abastecimento; e obesidade. 2014 (2 reuniões): Debatido e encaminhado ao CNS Regulamentação da Lei 11.265, que trata da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos Infantis; rotulagem de produtos infantis e que foi sustada por força de liminar; Lei 10.674/2003 que obriga às empresas a informarem presença de glúten na composição de produtos alimentícios; Discutida a criação de CIAN a nível estadual e regional; participação na 15ª Conferência de Saúde: Para o preparo da agenda de alimentação e nutrição; regulamentação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras; exposição das nove diretrizes da PNAN; solicitar à Secretaria Executiva do CNS que garanta uma forma de a Comissão ser alertada das consultas públicas que acontecem sobre Alimentação e Nutrição. 2015: Doença celíaca, Lei nº 10.674/2003, que obriga que os produtos alimentícios comercializados informem sobre a presença de glúten, como medida preventiva e de controle, estabelecer limites de glúten em alimentos que contenha trigo, centeio, cevada e aveia, para fins de rotulagem, em produtos que “não contém glúten. Implantar protocolo clínico sobre Doença Celíaca publicado pelo Ministério da Saúde; Suplementação de Fe e micronutrientes, Guia de Consulta para Vigilância Epidemiológica, Assistência e Atenção Nutricional dos casos de Beribéri; Prevenção e controle da anemia no Brasil – evidências e estratégias; acompanhamento das matérias legislativas; fortificação de farinhas; Conferências de Saúde e de Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional; alimentação indígena; PNAN “Alimentação e Nutrição no SUS: Perspectivas para 2015-2018”; e 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: ações para fomentar o debate sobre saúde e apresentação do guia alimentar para a população brasileira. 2016-2017: fitoterapia – resolução do CFN e título de especialista da ASBRAN; alimentação indígena - CISI e SESAI; agrotóxicos - Projeto de Lei que institui a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos (PNARA) esta no congresso Nacional, para ser votado; PL 6.666/2016 que propõe o "Dia Nacional da Pessoa com Doença Celíaca", a ser celebrado no dia 20 de maio de cada ano, em todo o território nacional; Conferências de Saúde: Mulheres e Vigilância em Saúde; PLANASB política nacional de resíduos sólidos, Lei nº 11.445/2007 que define saneamento básico como o conjunto das ações; Obesidade infantil – relato do Encontro Internacional da América Latina sobre Obesidade Infantil CGAN/MS; Informes legislativos-Resumo dos projetos de lei referente ao tema alimentação e nutrição que estão tramitando junto ao Congresso Nacional; “Operação Carne Fraca” - moção de apoio; Agenda Regulatória: Rotulagem de Alimentos – ANVISA; Solicitação de

Recomendações: MEC, ANVISA e Ministério da Fazenda; Saúde na escola na PNAB; Projeto de Lei sobre agrotóxicos; Doença Celíaca – implantação do protocolo e dia do Celíaco. Apresentou os pontos positivos: Grupo pró-ativo; aumento nas demandas para a comissão; apoio da Mesa Diretora e da Secretaria Executiva; assessoria técnica; alinhamento com as demandas do CNS; e ética e urbanidade nas relações. Pontuou também algumas metas para Comissão: apresentar o relatório de atividades anual; elaborar Plano de trabalho logo na definição do pleito da comissão e o mesmo ter revisão anual; acompanhar mais próximo as PL em andamento e as solicitações encaminhadas e aprovadas no pleno; solicitar da Assessoria jurídica o acompanhamento; e orientação para elaboração de: moção, recomendação, nota técnica, dentro do padrão CNS; pauta sobre financiamento; e fortalecimento da comissão. Por fim, listou alguns pontos negativos: troca de assessoria técnica; alterações nas representações; número reduzido de reuniões; e tempo. A segunda expositora foi a coordenadora-adjunta da CIAN/CNS, **Paula Jhons**, que falou sobre o trabalho da ACT Promoção da Saúde, uma organização não-governamental focada em ações de *advocacy* e políticas públicas para o controle dos principais fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis. Explicou que a ACT iniciou atuando em prol da implementação do tratado internacional sobre controle de tabagismo e as atividades são exercidas através da atuação em rede nas quatro áreas-chave da organização: controle do tabagismo, controle do álcool, alimentação saudável e atividade física. Detalhou que são 1.162 membros, 153 instituições e mais de 350 pessoas treinadas em Advocacy. Explicou que Advocacy é “a arte de transformar o impossível em algo inevitável” e citou como exemplo de resultados positivos a lei anti-fumo (de lei estadual para nacional). Falou também da aliança pela alimentação adequada e saudável, explicando tratar-se de iniciativa de um conjunto de organizações, entre elas, a ACT. Salientou que, ao falar de epidemia global de obesidade, é preciso entender o sistema alimentar atual: vive-se transição global do modo de produção de alimento que concentra o poder na mão de grandes empresas. Mostrou desenho para demonstrar como o mundo está dominado por complexo de corporações de produtos de consumo que envolve várias áreas e setores – de grupos de lobistas a grupos de cientistas. Salientou que o papel da sociedade civil é essencial para influenciar mudanças de comportamento individuais e das instituições; mobilizar a população, disseminando conhecimento e evidências; e formar alianças para que a promoção de dietas e ambientes saudáveis sejam incluídas na agenda pública. Destacou que a Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável contempla organizações da sociedade civil de interesse público, profissionais, associações e movimentos sociais com objetivo de desenvolver e fortalecer ações coletivas que contribuam com a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada, por meio do avanço de políticas públicas, para a garantia da segurança alimentar e nutricional e da soberania alimentar no Brasil. Mostrou gráfico detalhando o processo de construção da Aliança: Força Tarefa: Articulação do governo + sociedade civil; Lançamento da Aliança no CONBRAN, em 2016; realização de reuniões presenciais e capacitação em Advocacy. Acrescentou que a Aliança é uma rede que contempla organizações de defesa do consumidor a associações de agroecologia (da produção ao consumo). Detalhou os motivos de uma aliança: desafio complexo e ambicioso; promoção da alimentação adequada e saudável precisa de uma mudança de paradigma: culpabilização do indivíduo X a influência do ambiente e fatores socioculturais; dar dimensão política aos temas de alimentação e saúde; monitorar conflitos de interesse que possam surgir na relação entre o setor público, o setor privado e a sociedade; ausência de uma coalização nacional focada no campo da promoção e proteção de práticas alimentares adequadas e saudáveis e seus determinantes. Salientou ainda que a Aliança utiliza o conceito de “alimentação adequada e saudável” do CONSEA (2007): “é a realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo da vida e as necessidades alimentares especiais, pautada pelo referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer (sabor), às dimensões de gênero e etnia, e às formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos e de organismos geneticamente modificados”. Além disso, destacou que as inspirações da Aliança são: Guia Alimentar; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; e Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Detalhou os nove itens da agenda: 1) Promoção, proteção e apoio aos saberes e práticas convergentes com a alimentação adequada e saudável; 2) Promoção, proteção e apoio à amamentação e à alimentação complementar saudável; 3) Fortalecimento da agroecologia e da agricultura familiar; 4) Efetivação da proibição da publicidade dirigida ao público infantil; 5) Restrição da publicidade de alimentos ultraprocessados; 6) Melhoria da informação nos rótulos de alimentos; 7) Aprovação de medidas fiscais promotoras da alimentação adequada e saudável; 8) Promoção, proteção e apoio à alimentação adequada e saudável em ambientes institucionais, especialmente nas escolas; e 9) Monitoramento e exposição de práticas e políticas que estimulem condutas alimentares nocivas à saúde e que comprometam o sistema e a soberania alimentar dos brasileiros. Ressaltou que a prioridade da Aliança é promoção, proteção e apoio da alimentação adequada e saudável no ambiente escolar. Salientou que a maioria dos brasileiros aprova que o setor de alimentos precisa de

1904 regulamentação; 64% é contra a venda de refrigerantes e sucos industrializados nas cantinas de
1905 escolas de Ensino Fundamental; 60% é contra o uso de personagens infantis em embalagens de
1906 produtos para crianças; e 72% é contra a propaganda dirigida a crianças para refrigerantes. Disse que
1907 em 2017 foi lançada campanha destacou #BrasilAlimentaçãoSaudável na Agenda Municipal 2017 com
1908 foco na alimentação escolar voltada a prefeitos, no sentido de sensibilizar para adoção de medidas
1909 locais. Também citou a campanha “Nas escolas não! Jamie Oliver repense a sua parceria com a
1910 Sadia”, explicando que foi elaborada Carta de repúdio à parceria, com consequências positivas.
1911 Destacou também as ações de monitoramento e exposição de práticas e políticas da indústria, com
1912 destaque para Exibição do Filme Tigers – Rio de Janeiro – 16 de março e São Paulo – 12 de abril.
1913 Também falou das ações de advocacy, com acompanhamento de projetos de lei em tramitação e citou
1914 a realização de “Tenda da Felicidade”, em maio de 2017, na Câmara dos Deputados, a favor do PL
1915 1.755/2007. Por fim, apresentou as possibilidades e oportunidades: rotulagem frontal está na agenda
1916 da Anvisa; bebidas açucaradas e álcool sub-taxados em relação a outros países; elaboração de PL
1917 sobre alimentação infantil saudável (em discussão no CT Obesidade da CAISAN); debate sobre a
1918 agenda regulatória na CNVS; solicitar ao Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social – CDES
1919 que paute debate sobre obesidade infantil; e promover articulação com CES (ambiente escolar,
1920 fiscalização publicidade, ICMS, etc.). Após essa apresentação, a mesa suspendeu para o almoço,
1921 devido ao adiantado da hora. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** justificou que não poderia
1922 permanecer para acompanhar o debate no período da tarde por conta de sessão de julgamento no
1923 CFN. Aproveitou para registrar o reconhecimento ao trabalho da CIAN, na pessoa da conselheira Zaíra
1924 Salerno e destacar que o CNS compõe a Aliança. Retomando, a mesa foi recomposta para
1925 continuidade do debate do item 9. A Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição –
1926 CGAN/DAB/SAS/MS, **Michele Lessa de Oliveira**, fez uma exposição sobre a Década de Ação para
1927 Nutrição (2016-2025): avanços e desafios para cumprimento dos compromissos brasileiros. Começou
1928 reconhecendo o trabalho realizado pela CIAN, na pessoa da conselheira Zaíra Salerno e chamou a
1929 atenção para importância das recomendações do CNS aprovadas na última reunião (n.ºs 020, 021 e
1930 022). Iniciando a exposição, explicou que a Década de Ação para Nutrição (2016-2025) foi publicada
1931 pela Organização das Nações Unidas no seguinte contexto epidemiológico: 2 bilhões de pessoas com
1932 deficiência de micronutrientes no mundo, 800 milhões de pessoas cronicamente subalimentadas, 156
1933 milhões de crianças com até cinco anos com desnutrição crônica, 50 milhões de crianças com
1934 desnutrição aguda no mundo. Por outro lado, o mundo hoje discute o problema das pessoas com
1935 excesso peso e obesidade. Salientou que o chamamento da Década dialoga com o cumprimento dos
1936 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 2) que define: os países devem acabar até 2030 com
1937 qualquer forma de má nutrição no mundo. No Brasil, mais da metade da população brasileira está com
1938 excesso de peso: 57% dos adultos com excesso de peso e 20,8% com obesidade; 33,5% das crianças
1939 com excesso de peso e 14,3% com obesidade; e 17,1% dos adolescentes com excesso de peso e
1940 8,4% com obesidade. Além disso, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs representam
1941 74% do total de mortes no Brasil e esta é a prioridade. Salientou que o Brasil é referência na agenda de
1942 diminuição da desnutrição infantil, todavia, o grande desafio é avançar em relação às DCNTs e
1943 enfrentar o problema do aumento da obesidade no país. Apresentou gráfico que demonstra o
1944 crescimento da obesidade no Brasil, destacando que o país está caminhando para a situação dos
1945 Estados Unidos em termos de obesidade. Salientou, porém, que o debate sobre a obesidade não pode
1946 ser feito de modo simplista, porque hoje o discurso adotado é que “o brasileiro é culpado”. Detalhou os
1947 hábitos alimentares induzidos pelo processo obesogênico: 20,1% dos adultos consome doces quase
1948 todos os dias (cinco ou mais dias da semana); 56,6% dos adolescentes fazem refeições “sempre ou
1949 quase sempre” em frente à TV; 19% dos brasileiros consome refrigerantes ou sucos artificiais quase
1950 todos os dias; mais de 80% dos adolescentes consome sódio acima dos limites máximos
1951 recomendados. Além disso, a maior disponibilidade de produtos alimentares ultraprocessados é
1952 associada de forma positiva e independente com maior prevalência de excesso de peso e obesidade
1953 em todas as faixas etárias. Detalhou o custo da obesidade: R\$ 488 milhões é o custo anual da
1954 obesidade para o SUS; e R\$ 126,4 milhões de gasto com atendimentos ambulatorial e de internação de
1955 jovens no SUS (12 a 17 anos) por diabetes, hipertensão, problemas cardiovasculares e cirurgia
1956 bariátrica. Para enfrentar essa situação, disse que é necessário conjunto de ações que facilite as
1957 escolhas alimentares saudáveis: promover ambientes saudáveis, principalmente nas escolas, debater
1958 os cenários físicos e os macroambientes. Salientou que nenhum país conseguiu avançar no controle da
1959 obesidade por se tratar de uma agenda complexa. Todavia, estudos apontam ações efetivas para
1960 prevenção e controle do excesso de peso: rotulagem nutricional frontal; sobretaxação de alimentos
1961 ultraprocessados; reduzir preços de alimentos saudáveis; criar ambientes saudáveis; regular a
1962 publicidade para crianças. Disse que o Brasil aderiu aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e
1963 foi o primeiro país a aderir à Década de Nutrição, com metas. Detalhou essas metas: deter o
1964 crescimento da obesidade na população adulta até 2019, por meio de políticas intersetoriais de saúde e
1965 segurança alimentar e nutricional - a meta é 17,9%, ou seja, estabilizar a obesidade; reduzir o consumo

1966 regular de refrigerante e suco artificial em pelo menos 30% na população adulta, até 2019; e ampliar
1967 em, no mínimo, 17,8% o percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente até
1968 2019. Apresentou as iniciativas adotadas pelo Ministério da Saúde, com destaque para a Política
1969 Nacional de Alimentação e Nutrição, que tem como propósito melhorar as condições de alimentação,
1970 nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e
1971 saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos
1972 relacionados à alimentação e nutrição. Detalhou as diretrizes da PNAN: 1. Organização da Atenção
1973 Nutricional; 2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; 3. Vigilância Alimentar e Nutricional; 4.
1974 Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; 5. Participação e Controle Social; 6. Qualificação da
1975 Força de Trabalho; 7. Controle e Regulação de Alimentos; 8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em
1976 Alimentação e Nutrição; e 9. Articulação e Cooperação para a SAN: Melhoria das condições de saúde
1977 das famílias beneficiárias dos Programas de Transferência de Renda, Interlocução: produção,
1978 abastecimento e comércio de alimentos, PAAS em ambientes institucionais (ex: Alimentação Hospitalar
1979 e PAA), Articulação: educação e assistência social -> EAN e Articulação com a vigilância sanitária.
1980 Também destacou que a Atenção Básica prioriza a promoção da saúde: 39.859 equipes de saúde da
1981 família atendendo 5.412 municípios do país, 257.917 agentes comunitários de saúde atuando em 5.434
1982 municípios com ações de orientação às famílias e acompanhamento do estado nutricional e 4 mil
1983 equipes multiprofissionais, sendo 83% com nutricionistas. Também destacou o Guia Alimentar para a
1984 População Brasileira, documento de referência no campo da Alimentação e Nutrição, que reforça papel
1985 do Estado e necessidade de realização de políticas públicas para garantia da implementação de suas
1986 recomendações. Trata-se de um instrumento de diálogo com diferentes setores do governo e da
1987 sociedade brasileira. Também citou o lançamento da Plataforma Saúde Brasil, canal exclusivo que irá
1988 aproximar a população de hábitos saudáveis. Neste ponto, lamentou que 30,5% das crianças menores
1989 de dois anos no Brasil consomem refrigerantes ou sucos artificiais 5 ou mais vezes por semana. Citou
1990 as ações regulatórias e acordos voluntários: proposta para regulamentar a comercialização,
1991 propaganda, publicidade e promoção comercial de alimentos e bebidas ultraprocessados em escolas
1992 públicas e privadas; renovação do Acordo de Cooperação com a Federação Nacional de Escolas
1993 Particulares; e parceria com o sistema de vigilância sanitária. Também falou sobre a Resolução
1994 163/2014 CONANDA, que dispõe sobre a abusividade do direcionamento de publicidade e de
1995 comunicação mercadológica à criança e ao adolescente. Destacou ainda a iniciativa do MS de proibir
1996 refil de refrigerantes em *fast food*. Na linha de mudanças internas, destacou a Portaria MS que define
1997 diretrizes para Promoção da Alimentação Adequada e Saudável no MS e entidades vinculadas e o
1998 MPOG estendeu a medida a todos os órgãos federais. Salientou que é preciso apoio e adesão popular
1999 para mudanças e criação de ambientes saudáveis e promotor da saúde. Destacou como programas
2000 estratégicos para alimentação saudável e prevenção do Excesso de Peso: Programa Saúde na Escola:
2001 profissionais de saúde realizam ações de promoção à saúde envolvendo crianças e adolescentes; e
2002 Programa Academia da Saúde: profissionais de saúde estimulam a prática de atividade física,
2003 alimentação saudável, educação em saúde. No que se refere à organização do cuidado, citou a Linha
2004 de cuidado do sobrepeso e obesidade - organização de ações integradas e interdisciplinares,
2005 abrangendo ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. Sobre a Vigilância Alimentar e Nutricional,
2006 destacou que o acompanhamento das crianças do Programa Bolsa Família contribuiu para redução do
2007 excesso de peso. Pontuou ainda as seguintes ações de alimentação e nutrição: prevenir a
2008 hipovitaminose A e potencializar o pleno desenvolvimento infantil com suplementação profilática com
2009 megadoses de vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade e prevenir a ocorrência de anemia e
2010 potencializar o pleno desenvolvimento infantil, por meio da distribuição de suplementos para todas as
2011 crianças de 6 a 24 meses, gestantes e mulheres no pós-parto/aborto imediato. Falou ainda sobre
2012 acordo para retirar sódio dos alimentos industrializados 2008 – 2016: 17 mil toneladas de sódio
2013 deixaram de ser consumidas. Disse que há protocolos sobre os problemas relacionados à alimentação
2014 e nutrição para orientar as equipes de atenção básica. Por fim, destacou que os desafios referem-se a
2015 medidas regulatórias: a) rotulagem: finalizar revisão da regulação nacional e harmonizá-la no âmbito do
2016 Mercosul; b) medidas regulatórias na escola: em análise, proposta de Medida Provisória que dispõe
2017 sobre a comercialização, propaganda, publicidade e promoção comercial de alimentos, preparações e
2018 bebidas ultraprocessadas em escolas públicas e privadas, em âmbito nacional; c) papel da Vigilância
2019 Sanitária nas DCNT: reconhecimento, pelo sistema de vigilância sanitária, da necessidade de ampliar o
2020 escopo de atuação para além das doenças transmissíveis, incorporando, entre suas prioridades, ações
2021 regulatórias relacionadas às DCNT e à obesidade; e d) sobretaxação de refrigerantes: definição dos
2022 produtos para os impostos, do percentual de aumento nos impostos que realmente apresentará um
2023 impacto sobre o consumo, do tipo de imposto (na unidade de volume, teor de açúcares ...), alocação
2024 de recursos recolhidos. **Manifestações.** Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** cumprimentou a
2025 mesa pela explanação e a CIAN pelo trabalho desenvolvido. Solidarizou-se com a fala da conselheira
2026 Cleoneide Paulo e falou da dor do profissional que não possui as condições para garantir a assistência
2027 que o paciente necessita. Salientou que é preciso ter investimento para realizar projetos de capacitação

de modo a possibilitar que mais pessoas tenham acesso à informação. Sobre a obesidade, manifestou preocupação com o alto índice de realização de cirurgias bariátricas, sem a devida reeducação alimentar, causando até mesmo morte de pacientes. Por fim, convidou a CIAN para participar da reunião da CIVS e debater o Programa Bolsa Família, vigilância em saúde, vigilância socioassistencial. Conselheiro **Guilherme Franco Netto** saudou as expositoras pelas apresentações e salientou que alimentação/nutrição é um tema estruturante e central da saúde pública brasileira e mundial. No processo preparatório da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, informou que a proposta é realizar conferência livre sobre agrotóxicos, no dia 11 de setembro de 2017, em Brasília, e salientou que esse tema da pauta deve ser debatido nesse espaço. Também comunicou a realização do Congresso Brasileiro de Agroecologia, de 12 a 15 de setembro de 2017, um espaço importante para tratar debater alternativas de produção de alimentos e de consumo no país. Conselheira **Christianne Maria de Oliveira Costa** salientou que os protocolos de diretrizes terapêuticas são insuficientes para atender as demandas da população e lembrou que o glúten na alimentação contribui para obesidade. Ressaltou que é preciso abrir espaço no CNS para falar sobre “pessoas” e frisou que a abordagem precisa chegar à atenção básica. Salientou que é preciso abordar as demandas do coletivo como doenças crônicas e protocolos, inclusive nas conferências. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, para melhor esclarecimento, fez a leitura da Portaria MS/SAS Nº 307, de 17 de setembro de 2009, que trata do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca. O texto é o seguinte: Portaria MS/SAS nº 307, de 17 de setembro de 2009. O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, Considerando que a Doença Celíaca apresenta um caráter crônico, identifica-se pela intolerância permanente ao glúten e provoca lesões na mucosa do intestino delgado, gerando uma redução na absorção dos nutrientes ingeridos; considerando a necessidade de se estabelecer parâmetros sobre a Doença Celíaca no Brasil e de diretrizes nacionais para a identificação, diagnóstico e acompanhamento dos doentes celíacos; considerando as sugestões apresentadas à Consulta Pública SAS/MS nº. 8, de 29 de julho de 2008; considerando a necessidade de se atualizar o diagnóstico da Doença Celíaca e reorientar a codificação desses procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS); considerando as propostas do Grupo de Trabalho da Doença Celíaca do Conselho Nacional de Saúde; considerando o parecer do Departamento de Ciência e Tecnologia, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE/MS; e considerando a avaliação da Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Especializada – Coordenação - Geral da Média e Alta Complexidade, resolve: Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca. Parágrafo único. O Protocolo, objeto deste Artigo, que contem o conceito geral da Doença Celíaca, critérios de inclusão, critérios de diagnóstico, tratamento e prognóstico e mecanismos de regulação, controle e avaliação, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes. Art. 2º Excluir, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, o procedimento 02.02.03.049-0 - Pesquisa de Anticorpos Antigliadina (Glúten) IGG IGM e IGA. Art. 3º Incluir, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, procedimento descrito a seguir: (...). Art. 4º Definir que, identificado o anticorpo de que trata o Art. 3º desta Portaria, o examinado deverá ser encaminhado para confirmação diagnóstica, orientação e acompanhamento. Parágrafo único. Os gestores estaduais e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede, estabelecer os fluxos e definir os serviços de Clínica Médica, Gastroenterologia ou Pediatria para o atendimento dos doentes celíacos em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria. Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência setembro/2009. (...)” Reconheceu os avanços, mas ponderou que há muitos desafios e o caminho é trabalhar na atenção primária. No mais, disse que a Portaria não previu a realização de testes laboratoriais, endoscopia digestiva com biópsia do intestino delgado que confirme o diagnóstico. Frisou que trabalhar doença celíaca significa valorizar a intersetorialidade e defendeu a promoção à saúde. Informou ainda que no dia 29 de agosto, na Comissão de Seguridade Social e Família, será realizado fórum parlamentar de gestores e sociedade civil para debater a política nacional de atenção à criação do dia nacional da celíaco. Apresentou as seguintes propostas de encaminhamento: diante do desconhecimento sobre a doença, realizar formação/capacitação, utilizando rede da UNASUS, sobre a doença celíaca; oferecer maiores informações ao Pleno sobre o tema; trabalhar o tema na atenção básica, porque não há dados sobre as pessoas com doença celíaca; debater nas conferências o tema da doença celíaca e as demais doenças crônicas; elaborar recomendação sobre a merenda escolar; e elaborar recomendação ao MS para que se comprometa com a implementação do Protocolo. Por fim, fez a leitura de algumas mensagens denunciando demora no diagnóstico; morte de crianças antes de realizar exame e ter o diagnóstico; profissionais de saúde despreparados para tratar pessoas com doença celíaca; e necessidade de investigação cuidadosa. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** salientou que é preciso lutar pela criação do dia da pessoa com doença celíaca e, posteriormente, garantir que se

cumpra. No caso da hanseníase, disse que o dia foi instituído em 1943, todavia, vive-se vazio em relação a campanhas. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS aprove documento dirigido ao Congresso Nacional reforçando a importância da instituição do dia. Por fim, cumprimentou a representante do Ministério da Saúde pela abordagem e pelo compromisso. Conselheira **Maria das Graças Gervásio** lembrou a realização do primeiro encontro para qualificar a gestão sobre as ações e programas da saúde realizado em 2016. Nessa linha, sugeriu que fosse feita apresentação de pesquisas que demonstrem como os programas estão qualificando os gestores nos municípios, de modo a verificar onde se avançou e no que é preciso avançar. Destacou a iniciativa da Aliança e de outras entidades que se preocupam com a garantia da alimentação saudável. Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza** cumprimentou as expositoras pelas explanações esclarecedoras e apresentou as seguintes propostas relativas ao marco regulatório: elaborar projeto de lei sobre alimentação infantil saudável; estimular, nas assembleias legislativas, leis de ambiente escolar saudável; estimular, no âmbito estadual, a fiscalização de leis estaduais existentes sobre alimentação e nutrição saudável; estimular os conselhos de saúde a se aliarem às comissões de saúde das assembleias e câmaras legislativas para discutir o assunto; no âmbito dos CES e CMS, incentivar o monitoramento da Resolução nº. 163/2014; estimular parceria com os movimentos de defesa do consumidor e da criança; estimular, no âmbito dos governos estaduais, o aumento do ICMS de alimentos não saudáveis e bebidas açucaradas. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, considerando o debate da 1ª CNVS sobre a garantia da proteção em vários aspectos, sugeriu que a CIAN pense em atividade para subsidiar debate nas conferências sobre a relação da vigilância em saúde com a vigilância alimentar e nutricional. Além disso, salientou que é preciso transformar o conjunto das informações em força política para modificar a realidade. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** agradeceu as falas esclarecedoras das expositoras e fez referência à Recomendação do CNS nº. 30/2012, que trata da Política de Saúde da População Negra e suas intercessões. Um dos itens desta resolução era observar as políticas de equidade em relação à Política de atenção básica. Nessa linha, destacou que é preciso dar passos mais largos e solicitou que a CIAN, assim, como as demais comissões, contemple no plano de trabalho as populações historicamente excluídas. Conselheiro **Willen Heil e Silva** também saudou a mesa pelas explanações, mas sentiu falta das políticas de práticas integrativas e a interface com análise e orientação do uso de alimentação para tratamento de desequilíbrios e doenças. Como encaminhamento, apresentou as seguintes propostas: incorporar saberes, por meio de hortas comunitárias; criar estilos saudáveis de vida; taxação para alimentos não saudáveis e destinação dos recursos para política de nutrição; debater o uso do termalismo; ampliar o debate sobre o uso da água – problemas com uso de água contaminada (Comissão de Práticas Integrativas e Complementares pode contribuir); e utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidades – CIF como indicador. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** registrou que a Pastoral da Criança está junto na luta e possui parceria com a CGAN e agenda em comum em relação a temas como aleitamento materno, saúde materno-infantil, obesidade infantil, hortas caseiras e fortalecimento da “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil” e do “Guia alimentar para a população brasileira”. Salientou que é uma troca mútua de conhecimentos e avanços. Informou que, na condição de integrante e coordenadora-adjunta da Comissão de Ciclos de Vida, está trabalhando, em conjunto com a CIAN, vários pontos de pauta ligados à alimentação e nutrição. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** também saudou as convidadas pela abordagem e sugeriu que a CIAN receba as contribuições das comissões para o processo de construção de metas e ações. Salientou que a Comissão contempla entidades que podem contribuir e fortalecer o processo de trabalho em prol de ações mais efetivas e resolutivas. Frisou que a CIAN possui responsabilidade para oferecer, além de conhecimento, propostas de enfrentamento de questões não discutidas e implementadas em âmbito nacional visando defesa de uma saúde de qualidade. **Retorno da mesa.** Coordenadora-Geral da CGAN/DAB/SAS/MS, **Michele Lessa de Oliveira**, primeiro, agradeceu as falas de elogio e colocou a Coordenação à disposição para participar dos debates. Dito isso, comentou os seguintes aspectos das falas dos conselheiros: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca – há desafios e um conjunto de responsabilidades para avançar nessa agenda, pois a publicação de manual não garante a implementação da Política; convite a FENACELBRA para debater o tema na videoconferência com as coordenações estaduais, assegurando a participação da Coordenação de Gestão da Atenção Básica e de outras coordenações; dar continuidade a parceria com o CNS de divulgação de posts no facebook; alimentação escolar – foram elaborados protocolos de orientação sobre alimentação escolar e como deve ser a oferta para criança com doença celíaca, sobre como identificar situações e encaminhar para o setor saúde; ainda não há curso *online* para equipe de profissionais, mas pode ser pensado; é importante incluir discussão na 1ª CNVS sobre temas como agrotóxico, doenças crônicas, papel da vigilância; o Brasil ainda não possui PL de alimentação infantil saudável e o CNS pode apresentar uma proposta; o respeito aos saberes populares e à cultura alimentar é uma prioridade e o Guia Alimentar contempla essas questões; o percentual de acompanhamento de crianças quilombolas no Programa Bolsa Família é maior que a média nacional;

PICS e alimentação saudável – Brasil está avançando nessa agenda, com discussão interna no Departamento e realização de videoconferência com países que já realizam como Índia e China; parceria MS e MEC – as capas de livros didáticos do ensino médio irão tratar de alimentação saudável e uma capa exclusiva sobre importância da água e consumo sustentável. Conselheira **Paula Jhons**, coordenadora-adjunta da CIAN/CNS, destacou que os vários encaminhamentos apresentados durante o debate foram registrados e sugeriu, devido ao avanço da hora, que não fosse a leitura naquele momento. Fez um comentário sobre a Guia Alimentar, explicando que é referência para outros países e aponta os obstáculos a serem enfrentados. Salientou ainda que é preciso acompanhar a agenda relativa a bebidas açucaradas (produto onera o Sistema e é subtaxado) e rotulagem de alimentos. Conselheira **Zaira Tronco Salermo**, coordenadora da CIAN/CNS agradeceu o envolvimento do CNS nesse debate e as sugestões de encaminhamento. Também destacou o importante trabalho dos integrantes da CIAN e as contribuições ao trabalho da Comissão. Salientou que a CIAN debateu o tema da fitoterapia na última reunião e será feito convite à área para participar da próxima para aprofundar a discussão. Apresentou a proposta de levar as recomendações do CNS ao destinatário e propôs começar pela entrega da recomendação sobre taxação de refrigerantes e outras bebidas açucaradas, aprovada na última reunião, à receita federal (marcar data). Por fim, ressaltou que a CIAN está à disposição para receber demandas dos conselheiros sobre alimentação e nutrição. Conselheira **Paula Jhons**, coordenadora-adjunta da CIAN/CNS, interveio novamente para registrar os seguintes encaminhamentos: recomendar ao Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social – CDES que paute debate sobre obesidade infantil; e delegar à CIAN/CNS a tarefa de elaborar PL sobre obesidade infantil. Nos encaminhamentos, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, considerando que se trata de tema comum a todas as comissões do CNS, propôs que os conselheiros entreguem por escrito ou enviem por e-mail sugestões/contribuições para que a CIAN faça os devidos encaminhamentos. Salientou que as propostas serão acolhidas, não havendo necessidade de votação. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** perguntou se seria necessário votar a proposta de elaborar recomendação ao Ministério da Saúde para que assuma o compromisso de implementar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca e o conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** informou que esta proposta estava aprovada. **Deliberação: a mesa acatou os encaminhamentos/propostas que surgiram do debate e os conselheiros poderão enviar novas sugestões. A CIAN/CNS fará o devido encaminhamento das propostas apresentadas. 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher – 2ª CNSMu - Composição da mesa:** conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**; e conselheira **Francisca Valda da Silva**. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** explicou que o Regulamento da 2ª CNSMu foi colocado em consulta pública e a mudança de mérito sugerida foi a seguinte: Capítulo IV, art. 6º, Inciso I – inclusão do trecho “todas as formas de violência” e exclusão de “por equidade nas remunerações e estrutura de poder”. Não havendo manifestações, colocou o documento em votação. **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o Regulamento da 2ª CNSMu, com a única modificação sugerida na consulta pública (Capítulo IV, art. 6º, Inciso I – inclusão do trecho “todas as formas de violência” e exclusão de “por equidade nas remunerações e estrutura de poder”).** Seguindo, conselheira **Francisca Valda da Silva** apresentou a proposta para participação dos conselheiros nacionais de saúde na Conferência - dois por composição – destacando que os planos de voo deverão ser entregues até o dia 12 de julho de 2017. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** informou que não poderá participar da Conferência. **Deliberação: os conselheiros nacionais de saúde que participarão da Conferência (dois por composição) também deverão entregar o plano de voo até o dia 12 de julho de 2017.** Na sequência, o Plenário debateu a proposta de divisão das vagas destinadas aos delegados nacionais - 52 no total. Na oportunidade, apreciou a demanda do Fórum dos CONDISIS de destinar cinco das 26 vagas destinadas aos usuários para representação indígena por região. Além disso, o Pleno apreciou a proposta de destinar mais quatro vagas daquelas destinadas aos delegados nacionais para a CISMU. **Deliberação: 1) aprovada, por maioria, com uma abstenção, a seguinte divisão das vagas destinadas aos delegados nacionais: das 52 vagas, reservar 9 vagas - 5 para representações indígenas e quatro para integrantes da CISMU/CNS - e dividir as 43 vagas restantes pelos três segmentos do CNS - 21 para usuários; 11 para trabalhadores; e 11 para gestores/prestadores de serviço; 2) remeter à coordenação dos Fóruns de Segmentos dos Usuários e dos Trabalhadores da Saúde o envio dos nomes dos delegados nacionais da 2ª CNSMu à assessoria técnica da 2ª CNSMu até o dia 12 de julho.** Seguindo, conselheira **Francisca Valda da Silva** apresentou a lista de entidades convidadas para a 2ª CNSMu e o Plenário fez outras indicações. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, com os adendos feitos em Plenário, a lista de entidades convidadas para a 2ª CNSMu (a Comissão Organizadora se reunirá e será feito contato para fechar as entidades).** A saber: 04 - Mulheres Situação de Rua (Mov. Nac. de População de Rua- Espírito Santo; DF; RJ; BA; 05 - Movimento Nacional de Pescadoras (4 Regiões); 10 – Movimento Feminista; 04 - Extrativistas (Região Norte - MT; AC; AP; PA); 04 - Profissionais do Sexo (Rede Nacional de Prostitutas); 02 - COFREN – Comissão Nacional de Fortalecimento de Reservas Extrativistas Costeiras e Marinhas (ES;

2214 RJ); 27 - Coordenadoras das Conferências Estaduais; 02 - MMTR; 02 - Quebradeiras de Coco; 05 -
 2215 Parteiros Tradicionais (Ent. Nacional/ Regiões Norte/Nordeste: AC, PB, AP e Região Sul; 02 - MST;
 2216 02 - MLT (Mov. De Luta pela Terra); 02 - MTST; 36 - Mulheres Indígenas (34 mulheres dos CONDISI
 2217 e 2 coordenadoras/Nacional); 02 - CONTAG (Confederação dos Trabalhadores na Agricultura); 02 -
 2218 CONTAR (Confederação dos Assalariados Rurais); 03 - MMC (Centro-Oeste, Sul e Norte); 04 -
 2219 Mulheres com HIV (Regionalizar)- (Mov. Nacional das cidadãs Positivas- MNCP); 02 - MPA (Mov. de
 2220 Pequenas Agricultoras); 03 - MAB; 02 - DOULAS; 02 - IBFAN; 03 - Ciganas (3 etnias); 02 -
 2221 Catadoras de Materiais Reciclados; 06 - (SPM - 4 Câmaras Técnicas e 2 CNDM); 01 - Mulheres
 2222 Escalpeladas (Assoc. das Escalpeladas do Est. do Amapá - Rosinete Serrão); 01 - CONAQ; 01 -
 2223 Federação das Trabalhadoras domésticas; 01 - CRB - Conferência das Religiosas do Brasil; 01 -
 2224 Mulheres Trans; 01 - Pastoral das Mulher Marginalizadas (PMM); 01 - Rede de Mulheres de Terreiro em
 2225 Saúde; e 01 - Mulheres Refugiadas (Irmãs adoradoras escravas do Santíssimo Sacramento e da
 2226 Caridade - MA. **ITEM 10 - 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - 1ª CNVS -**
 2227 *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:*
 2228 conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. O Presidente do CNS fez informe geral
 2229 sobre a 1ª CNVS: **a)** Processo preparatório - o documento orientador está em fase final de
 2230 diagramação e será impresso; logomarca foi definida; está em desenvolvimento site específico sobre as
 2231 deliberações acerca da Conferência (entidades terão espaço para disponibilização de documentos); **b)**
 2232 Calendário das conferências estaduais: - dezoito conferências já marcadas; Pernambuco e Piauí já
 2233 aconteceram; **c)** Informes sobre eventos e atividades agendadas - Seminário preparatório para 1ª
 2234 CNVS com foco no trabalho e movimentos populares, em São Paulo, nos dias 18 e 19; e Encontro
 2235 Nacional de Jovens em Defesa do SUS, dias 20 e 21 de agosto, em Belo Horizonte - parceria com
 2236 entidades estudantis - Une, UBES, DENEM, ANPG. **Minuta de regulamento da Conferência -** O
 2237 Presidente do CNS colocou em apreciação a minuta de Regulamento da 1ª CNVS que seria submetida
 2238 à consulta virtual. **Deliberação: o Plenário aprovou, por unanimidade, a minuta de regulamento da**
 2239 **1ª CNVS. O documento será submetido à consulta pública virtual por 30 dias. ITEM 11 -**
 2240 **COMISSÕES INTERSETORIAIS DO CNS -** *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**,
 2241 da Mesa Diretora do CNS. **1) Informes da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o**
 2242 **Controle Social no SUS - CIEPCSS/CNS -** Conselheira **Maria das Graças Gervásio** apresentou os
 2243 seguintes informes: **a)** Projeto Formação de para o Controle Social no SUS - No dia 21 de junho de
 2244 2017 houve reunião da Comissão e no dia 22 foi realizado o Seminário sobre o "Projeto Formação de
 2245 para o Controle Social no SUS" com participação da Comissão, da Mesa Diretora do CNS e da Equipe
 2246 do Centro de Educação e Assessoramento Popular - CEAP, executor do Projeto. O Seminário debateu
 2247 a proposta de conteúdo e metodologia das oficinas, o material educativo, a estratégia de mobilização
 2248 junto aos Conselhos Estaduais e realizou avaliação da primeira Oficina Piloto, realizada nos dias 20 e
 2249 21 de junho, em Minas Gerais, com 80 participantes, entre conselheiros estaduais, municipais e
 2250 representantes de movimentos sociais. Serão realizadas cinco oficinas piloto (uma em cada região do
 2251 país): São Paulo - 13 e 14 de julho; Rio Grande do Sul - 19 e 20 de julho; Bahia - a definir data; e
 2252 Mato Grosso - a definir data. No período de agosto de 2017 a abril de 2018 está prevista a realização
 2253 de 63 Oficinas em todo país, com 80 participantes, divididos em 2 grupos de 40 participantes.
 2254 Participação total: 5.000 conselheiros e lideranças. Estão em construção três materiais/instrumentos
 2255 formativos: Cartilha impressa; Audiovisual e Plataforma Digital. **b)** Formação dos Conselheiros Nacional
 2256 e membros das Comissões do CNS - A Comissão está planejando a realização de Oficina de formação
 2257 para os Conselheiros Nacionais e membros das Comissões do CNS no segundo semestre de 2017. **c)**
 2258 Encontro das Comissões Estaduais de Educação Permanente para o Controle Social no SUS - Nos
 2259 dias 11 e 12 de julho será realizado em Brasília o 1º Encontro das Comissões Estaduais de Educação
 2260 Permanente para o Controle Social no SUS, com participação dos Coordenadores das Comissões
 2261 Estaduais e, dos Conselhos Estaduais onde não há Comissão. A Mesa Diretora do CNS também
 2262 participará do Encontro. Objetivo do Encontro: Compartilhar processos de formação na perspectiva de
 2263 construção de uma Rede Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. **Não**
 2264 **houve encaminhamento neste ponto. 2) Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS**
 2265 - Informe sobre realização de seminário e apreciação de duas minutas de resolução a serem
 2266 submetidas à consulta pública. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da
 2267 CONEP/CNS, informou a realização do Seminário sobre pesquisa na saúde das mulheres, crianças e
 2268 adolescentes amplia debate entre acadêmicos, usuários, pesquisadores e membros de comitês de ética
 2269 (foi distribuído informe por escrito sobre a atividade). Também informou que será realizado seminário
 2270 com indígenas, em setembro; será realizada capacitação dos CEPs; e será realizada audiência pública
 2271 sobre doenças ultrarraras. Após considerações, a coordenação da mesa fez a leitura das duas minutas
 2272 de resolução, para aprovação do Plenário e envio à consulta pública. **a) Minuta de Resolução sobre**
 2273 **Doenças Ultrarraras:** regulamenta o direito do participante de pesquisa ao acesso pós-estudo em
 2274 protocolos de pesquisa clínica destinados aos pacientes diagnosticados com doenças ultrarraras.
 2275 Resolução nº XXX, de XXX de julho de 2017. O texto é o seguinte: "O Plenário do Conselho Nacional

de Saúde, em sua XXXXXXXXXX Reunião Ordinária, realizada nos dias XX e XX7 de XXXX de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, 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 199 do Ministério da Saúde, de 30 de janeiro de 2014 que institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio; Considerando a necessidade de definir diretrizes e ações no âmbito das pesquisas envolvendo pessoas com doenças ultrarraras no país; Considerando as particularidades da população atingida por doenças ultrarraras, que possuem uma baixa incidência na população geral, torna-se necessário normatizar e garantir o fornecimento de tratamento pós-estudo aos participantes de pesquisa por tempo determinado; Considerando que o medicamento experimental pode curar, retardar a progressão da doença e atenuar os efeitos da doença ultrarrara, sobretudo em crianças; Considerando que esta tem sido uma reivindicação dos pacientes com doenças ultrarraras. Resolve: Art. 1º Esta resolução regulamenta o direito do participante de pesquisa ao acesso pós-estudo em protocolos de pesquisa clínica destinados aos pacientes diagnosticados com doenças ultrarraras. Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se ultrarrara a doença crônica, não transmissível, com incidência menor que 1 caso para cada 50.000 habitantes. Parágrafo único – Considerando a necessidade de construir dados nacionais fidedignos acerca das doenças ultrarraras no país, o Ministério da Saúde adotará como referência, transitoriamente, os indicadores internacionais e, sempre que assim o exigirem razões de saúde pública, devidamente justificadas, poderá determinar a revisão desta norma. Art. 3º Nas pesquisas em doenças ultrarraras, o patrocinador deve se responsabilizar e assegurar a todos os participantes de pesquisa ao final do estudo, o acesso gratuito aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram eficazes pelo prazo de cinco anos após obtenção do registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e, no caso de medicamentos, também da definição do preço em reais na Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). 1º § Ficam asseguradas as mesmas prerrogativas aos participantes de pesquisa contidas no caput deste artigo durante o intervalo entre o final do estudo e o registro definitivo do medicamento na Anvisa. 2º § O acesso também será garantido no intervalo entre o término da participação individual e o final do estudo, podendo, nesse caso, esta garantia ser dada por meio de estudo de extensão, de acordo com análise devidamente justificada do médico assistente do participante. Art. 4º Permanece assegurado aos participantes de pesquisa não diagnosticados com doenças ultrarraras, ao final do estudo, o acesso gratuito e por tempo indeterminado, por parte do patrocinador, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram eficazes. **Deliberação: aprovada a minuta de resolução que será submetida à consulta pública. b) Resolução sobre especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde. E as pesquisas em instituições integrantes do SUS.** O texto é o seguinte: “Resolução nº XXX, de XXX de julho de 2017. Regulamenta as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). E as pesquisas em instituições integrantes do SUS. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Reunião Ordinária, realizada nos dias... de ... de 20..., no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; Considerando a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; Considerando a Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências; Considerando o Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, publicado no Diário Oficial da União de 29/06/2011, que regulamenta a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, no que se refere ao planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; Considerando o exposto na Portaria Nº 1.820 do Ministério da Saúde, de 13 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da União Nº 155, de 14 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde; Considerando que as atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde, atendendo ao disposto no Artigo 32, parágrafo 5º da Lei Nº 8080/90, devem estar incluídas nos respectivos Planos de Saúde, aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios, Estados e Conselho Nacional; Considerando que é um requisito ético das pesquisas comunicar às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, os resultados e/ou achados da pesquisa, em especial aqueles que puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados; Considerando que a atenção à saúde constitui-se na razão e objetivo do Sistema Único de Saúde e que os usuários buscam os serviços do SUS para prevenção de doenças, promoção

e recuperação da sua saúde; Considerando a necessidade de normatizar a realização de projetos de pesquisa de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde; Considerando a necessidade de articular o Sistema CEP/CONEP nas diversas instâncias gestoras do SUS, para a avaliação ética e acompanhamento das pesquisas aprovadas. Resolve: Art. 1º. Regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS Nº 466/12, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. **Capítulo 1. DOS TERMOS E DEFINIÇÕES.** Art. 2º. Para os fins desta Resolução, adotam-se os seguintes termos e definições: I - Atenção em saúde: ações e/ou procedimentos destinados a promover a saúde e o bem estar das pessoas, através da prevenção, da vigilância em saúde, do diagnóstico e dos cuidados em um serviço de saúde, respeitando as especialidades profissionais e a ética e a segurança dos usuários. II – Dirigente da instituição coparticipante ou participante: responsável legal pela instituição, ou pessoa por ele delegada. III – Dirigente da instituição proponente: responsável legal pela instituição ou pessoa por ele delegada, ao qual o pesquisador responsável está vinculado (instituição proponente). IV - Instituição coparticipante de pesquisa: organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve, sem a indicação de um pesquisador responsável na instituição. V – Instituição participante da pesquisa: instituição que participa de um estudo multicêntrico, onde o projeto de pesquisa é conduzido de acordo com protocolo único, com pesquisador responsável em cada centro. VI – Instituição integrante do Sistema Único de Saúde: Órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Também estão incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar, conforme Artigo 24, da Lei nº 8080/90. VII – Material biológico humano: espécimes, amostras e alíquotas de material original e seus componentes fracionados. VIII - Pesquisa de interesse estratégico para o SUS: protocolos que contribuam para a saúde pública, a justiça e a redução das desigualdades sociais e das dependências tecnológicas, encaminhados à apreciação da CONEP mediante solicitação do DECIT/Ministério da Saúde. IX – Sistema Único de Saúde: Sistema formal da política e organização dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988, regulamentado pelas Leis Federais Nº 8080/90 e Nº 8142/90. X – Termo de Anuência Institucional (TAI): documento de anuência à realização da pesquisa na instituição, que deve conter as atividades que serão desenvolvidas (como o recrutamento de participantes, intervenções, procedimentos, exames ou manejo de informações do sistema de saúde e/ou dos participantes), sendo assinada pelo dirigente institucional ou pessoa por ele delegada, com indicação de cargo/função e respectiva assinatura. XI - Termo de Compromisso de Uso dos Dados (TCUD): documento em que o pesquisador responsável e sua equipe se comprometem com o sigilo e privacidade dos dados da pesquisa, assim como com o compromisso de que serão utilizados apenas para o estudo em questão. XII – Trabalhador da Saúde: Funcionários (empregados públicos, estatutários, celetistas, terceirizados, entre outros) de instituições integrantes do SUS, no exercício de suas funções profissionais. XIII – Usuário da saúde: pessoa que tem acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. **Capítulo 2. DOS ASPECTOS ÉTICOS DAS PESQUISAS COM SERES HUMANOS EM INSTITUIÇÕES DO SUS.** Art. 3º. As pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as atividades de atenção à saúde. Art. 4º. A utilização para fins de pesquisa de dados e/ou material biológico humano resultante das atividades de atenção à saúde, só poderá ser realizada com a devida apreciação ética do Sistema CEP/CONEP. Art. 5º É dever do pesquisador responsável, ou pessoa por ele delegada da equipe de pesquisa, explicitar, no processo de obtenção do consentimento, ao participante da pesquisa recrutado em serviço de saúde vinculado ao SUS (usuário do serviço de saúde), a diferença entre o procedimento da pesquisa e o atendimento de rotina do serviço. Parágrafo único: O atendimento ao usuário não deverá ser prejudicado, independente de sua decisão de participar ou não da pesquisa, devendo essa garantia estar explícita no processo de consentimento e no TCLE quando for o caso. Art. 6º Os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, quando houver interesse e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição. Art. 7º A pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá causar prejuízo às atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. Art. 8º A pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes da pesquisa deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, evitando o afastamento das suas atividades funcionais ou prejuízo à sua atividade profissional. Art. 9º A pesquisa realizada em instituição integrante do SUS deverá informar se haverá utilização de recursos materiais e procedimentos exclusivos para estudo e que tenham ônus para o

SUS. Essa informação deve constar no Termo de Anuência Institucional e o projeto deverá apresentar o orçamento conforme a Norma Operacional MS/CNS Nº 001 de 2013. Art. 10. É dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo. Art. 11. A apreciação ética dos estudos realizados em serviços integrantes do SUS deverá ser realizada em CEP vinculado à instituição onde serão recrutados os participantes da pesquisa, sem prejuízo do fluxo definido pelas demais Resoluções do CNS. No caso de não existir CEP na instituição, deverá ser seguido o fluxo definido pela CONEP. § 1º. No caso de realização do estudo em instituição que esteja enquadrada como participante ou coparticipante da pesquisa, o dirigente institucional respectivo deve assinar o Termo de Anuência Institucional e o documento deverá ser incluído para a apreciação ética da pesquisa. § 2º. No caso de pesquisas com utilização de dados obtidos nas instituições, deverá ser anexado pelo pesquisador o Termo de Compromisso de Uso dos Dados no protocolo de pesquisa, informando os procedimentos que serão adotados para garantir o sigilo, a privacidade e a confidencialidade dos dados do participante da pesquisa. **Capítulo 3. DAS PESQUISAS ESTRATÉGICAS PARA O SUS.** Art. 12. As pesquisas consideradas de interesse estratégico para o SUS pelo Ministério da Saúde serão encaminhadas para apreciação inicial na CONEP (como CEP do Ministério da Saúde) e poderão ter tramitação em caráter especial e de urgência. § 1º. O Ministério da Saúde definirá quais os protocolos de pesquisa que deverão ser priorizados, mediante justificativa consubstanciada, para tramitação de urgência na CONEP. § 2º. A solicitação de tramitação de urgência deve se aplicar a protocolos de pesquisa que possam subsidiar a implementação de políticas, ações, programas e serviços de saúde, de modo a responder tempestivamente a questões de interesse público na área da saúde. § 3º. A solicitação do Ministério da Saúde para urgência e tramitação especial na CONEP será efetuada por meio de documento formal emitido pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. § 4º. No caso de ensaios clínicos com medicamentos, equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não registrados e novos procedimentos terapêuticos invasivos, não se aplica a tramitação de urgência, devendo ser seguidos os prazos descritos na Norma Operacional 001/13. Art. 13. Os projetos considerados como prioritários e encaminhados pelo Ministério da Saúde, com caráter de urgência para tramitação especial na CONEP, terão sua primeira avaliação em até 10 dias, com a apreciação de pelo menos cinco membros titulares, sendo um desses, membro da Coordenação da CONEP. **Capítulo 4. DAS PESQUISAS COM COOPERAÇÃO OU COPATROCÍNIO DO GOVERNO BRASILEIRO.** Art. 14. Para a tramitação com dispensa de apreciação pela CONEP dos projetos de pesquisa com cooperação com o Governo Brasileiro, conforme expresso no artigo IX.4, inciso 1.1, da Resolução 466/12, deverá ser anexado o documento de encaminhamento do Secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, na documentação do projeto de pesquisa. Art. 15. Para a tramitação com dispensa de apreciação pela CONEP dos projetos de pesquisa com copatrocínio do Governo Brasileiro, conforme expresso no artigo IX.4, inciso 8, da Resolução CNS 466/12, deverá ser anexada a declaração do patrocínio emitida pelo Secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, na documentação do projeto de pesquisa. Art. 16. Não são considerados como copatrocínio do Governo Brasileiro os projetos que tem recursos financeiros provenientes de agências de fomento brasileiras. **Deliberação: aprovada a minuta de resolução que será remetida à consulta pública.** Seguindo, o Presidente do CNS fez a leitura textos das minutas de moção de Reconhecimento ao posicionamento da ANVISA sobre os Anorexígenos e moção de Repúdio ao PL que autoriza os Anorexígenos (o mérito das duas propostas foi aprovado no Item 3 da pauta – Anorexígenos: o papel regulador da ANVISA na proteção e promoção da saúde). **a) Moção de reconhecimento.** O texto é o seguinte: MOÇÃO DE RECONHECIMENTO Nº 000, DE 7 DE JULHO DE 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, na sua Ducentésima Nonagésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de julho 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 e 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 previsto no Art. 200 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988), incisos I e VII, que define, além de outras atribuições, a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) em “controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos” e “participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos”; considerando a Lei n.º 9.782 de 26 de janeiro de 1999, que, entre outras coisas, define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e determina que compete a essa Agência “proibir a fabricação, a importação, o armazenamento, a distribuição e a comercialização de produtos e insumos, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde” (Art. 7º, XV); considerando a aprovação do Projeto de Lei 2431/2011, convertido na Lei n.º 13.454, de 23 de junho de 2017, que autoriza a produção, a comercialização e o consumo, sob prescrição médica, dos anorexígenos sibutramina, anfepramona,

femproporex e mazindol e sua sanção pelo Presidente da República em Exercício Rodrigo Maia; considerando a Nota Técnica sobre Eficácia e Segurança dos medicamentos inibidores de apetite elaborado pela Câmara Técnica de Medicamentos (CATEME); considerando a recomendação da ANVISA à Presidência da República pelo veto ao Projeto de Lei 2431/2011, por considerar sério risco à saúde ao retirar da Agência a competência legal para a regulação a respeito do registro sanitário dessas substâncias, bem como por promover sério dano ao regime jurídico dos produtos submetidos ao controle da vigilância sanitária; e considerando a inconstitucionalidade do Projeto de Lei 2431/2011, manifestada pela Advocacia Geral da União em consulta realizada pela Assessoria Parlamentar - ASPAR/GM/MS, através do Parecer n. 00572/2017/CONJURMS/CGU/AGU, em virtude da violação ao Art. 2º da CF/1988, uma vez que há ofensa à separação dos poderes com a invasão do âmbito de atuação do Poder Executivo, conforme distribuição constitucional de competências; violação aos artigos 6º e 196, ambos da CF/1988, pois há afronta ao direito à saúde, com a autorização de produção, comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos cuja eficácia e segurança não restam cabalmente comprovadas. Vem a público: Manifestar reconhecimento à ANVISA pelo firme posicionamento junto à Presidência da República, contra o PL n.º 2431/2011, no uso do seu papel constitucional como agência de regulação na promoção e proteção à saúde, assim também ao Ministério da Saúde pela manifestação emitida por meio do Parecer n. 00572/2017/CONJURMS/CGU/AGU acerca da inconstitucionalidade do Projeto de Lei 2431/2011 e por também recomendar à Presidência da República o veto ao referido Projeto. **Deliberação: aprovada a moção por unanimidade. b) Moção de repúdio.** O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, na sua Ducentésima Nonagésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 6 e 7 de julho 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 e 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 a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988) que em seu Art. 196 determina que a promoção da saúde, bem como sua proteção e recuperação deve ser garantida pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde; considerando o previsto no Art. 200 da CF/1988, incisos I e VII, que define, além de outras atribuições, a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) em “controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos” e “participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos”; considerando as diretrizes do SUS, em especial o da equidade, que a todo momento são invisibilizadas, afetando assim a vida e a saúde das pessoas; considerando a Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que, entre outras coisas, define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e determina que compete a essa Agência “proibir a fabricação, a importação, o armazenamento, a distribuição e a comercialização de produtos e insumos, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde” (Art. 7º, XV); considerando também, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 50, de 25 de setembro de 2014, com as alterações previstas na RDC n.º 133, de 15 de dezembro de 2016, que “Dispõe sobre as medidas de controle de comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos que contenham as substâncias anfepramona, femproporex, mazindol e sibutramina, seus sais e isômeros, bem como intermediários e dá outras providências”; considerando a aprovação do Projeto de Lei n.º 2431/2011, convertido na Lei n.º 13.454, de 23 de junho de 2017, que autoriza a produção, a comercialização e o consumo, sob prescrição médica, dos anorexígenos sibutramina, anfepramona, femproporex e mazindol e sua sanção pelo Presidente da República em Exercício, Sr. Rodrigo Maia; considerando a inconstitucionalidade do Projeto de Lei, e conseqüentemente, da sanção do mesmo, manifestada pela Advocacia Geral da União (AGU) por intermédio do Parecer n.º 00572/2017/CONJURMS/CGU/AGU. considerando que o Congresso Nacional não respeitou os aspectos técnicos apresentados por meio da Nota Técnica sobre Eficácia e Segurança dos medicamentos inibidores de apetite, elaborado pela Câmara Técnica de Medicamentos (CATEME); e considerando a manifestação registrada em redes sociais pelo Presidente da República em Exercício, Rodrigo Maia, de que tomou a decisão pela sanção “após ouvir diversas entidades médicas e receber um parecer favorável do próprio Conselho Federal de Medicina”, não respeitando, portanto, o conjunto de debates técnicos que envolveram o conjunto da sociedade. **Vem a público:** Externar repúdio ao Congresso Nacional pela aprovação do Projeto de Lei n.º 2431/2011, convertido na Lei n.º 13.454, de 23 de junho de 2017, que autoriza a produção, a comercialização e o consumo, sob prescrição médica, dos anorexígenos sibutramina, anfepramona, femproporex e mazindol, bem como ao Deputado Rodrigo Maia que, na condição de Presidente da República em Exercício, sancionou o referido Projeto de Lei, desconsiderando as orientações de veto ao PL manifestados pela AGU, pela ANVISA e pelo Ministério da Saúde. **Deliberação: aprovada a moção de repúdio. 4) Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI –** Apreciação de três

minutas de recomendação. **4) Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI - a) Minuta de Recomendação ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário – MDSA que:** 1. Garanta uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional ampliada e fortalecida, respeitando os hábitos alimentares tradicionais dos Povos indígenas nas diferentes regiões; 2. O Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) seja uma pauta prioritária na Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional como forma de garantia do fortalecimento da agricultura familiar e superação da situação de insegurança alimentar e nutricional das populações indígenas mais vulneráveis; 3. O Programa Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e outras Tecnologias Sociais – Programa Cisternas seja realizado em consulta junto às comunidades indígenas, promovendo o acesso à água para o consumo humano e para a produção de alimentos como forma de garantir a saúde e segurança alimentar e nutricional desses Povos; 4. A Assistência Técnica e Extensão Rural (ATER) sejam qualificadas, ampliadas e fortalecidas aos Povos indígenas como forma de inclusão produtiva rural e do acesso a recurso de fomento e às tecnologias sociais de água para produção; e 5. O Programa de Fomento às Atividades Produtivas Rurais seja realizado em integração às ações de sementes de qualidade e adaptadas às diferentes realidades do território, atendendo-se ainda às diferentes técnicas de manejo e uso do solo dos Povos indígenas, por meio da articulação dos instrumentos de gestão, contratação e avaliação. **Deliberação: aprovada a recomendação por unanimidade. b) Minuta de Recomendação ao Ministério da Justiça e Segurança Pública que:** garanta as condições para a demarcação de todas as Terras Indígenas como forma de garantia da saúde e da soberania alimentar dos Povos Indígenas. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, com adendo (direcionar também ao Congresso Nacional). c) Minuta de Recomendação ao Ministério da Saúde/SESAI que:** 1) garanta o acesso dos povos indígenas do Mato Grosso do Sul aos serviços de saúde, priorizando crianças de baixo peso ao nascer e pré-maturos de alto-risco, bem como crianças e gestantes desnutridas e com risco gestacional; 2) oriente os órgãos estaduais e municipais sobre as atribuições e deveres de cada componente do SUS; 3) garanta o acesso dos povos indígenas Terena do Mato Grosso do Sul à água potável, para uso e preparo dos alimentos e para beber, sobretudo das famílias residentes em áreas de retomada/acampamentos indígenas com crianças menores de 6 anos em situação de maior gravidade de saúde e insegurança alimentar e nutricional. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a recomendação.** Na sequência, o coordenador da mesa submeteu à apreciação do Plenário a recomendação do CNS nº. 27 *ad referendum*. **Deliberação: o Plenário decidiu homologar, por unanimidade, a recomendação do CNS nº. 27 ad referendum - que todas as entidades com prerrogativa de ingressar com pedido de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI), nos termos do Art. 103 da Constituição Federal, o façam frente à Lei n.º 13.454, de 23 de junho de 2017, especialmente as entidades com representação no Conselho Nacional de Saúde.**

5) Comissões Intersetorial de Atenção a Pessoas com Patologias – CIASPD – Apreciação da minuta Recomendação, elaborada pela Comissão. Recomenda ao Congresso Nacional que: 1) rejeite o PL 198/2015 que "torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da AIDS"; 2) realize Audiências Públicas no Congresso Nacional para discutir políticas públicas em favor dos soropositivos no contexto da proteção de seus direitos humanos e não na criminalização de suas vivências; e 3) atue na promoção de resposta eficaz à epidemia do HIV, sempre baseada em evidências científicas e no respeito aos direitos humanos. **Deliberação: aprovada a recomendação com adendos (substituir “Congresso Nacional” por “Câmara dos Deputados e “Senado Federal”; e “rejeite” por “a não aprovação”).** 6) Recomendação do CNS que solicita a revogação Portaria 807/2017; Resolução nº. 028. **Deliberação: trazer informações ao Plenário sobre a Portaria 807/2017 e a Resolução 028. Não divulgar a recomendação do CNS antes dos esclarecimentos.** 7) Comissão Intersetorial de Saúde Mental - CISM - informe sobre a reunião, realizada nos 28 e 29 de junho em Florianópolis para participação dos integrantes no Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental e articulação com os CES e CMS. Destaques da reunião: conselheira Vânia Leite participou da reunião e esclareceu o pedido do Plenário de reconsideração da recomendação do CNS, já aprovada, relativa à Portaria nº. 1.482 – a Comissão acatou o esclarecimento e apresentará nova minuta de recomendação na próxima reunião; relato sobre o trabalho de construção de proposições sobre saúde mental para as conferências temáticas; e apresentação sobre as ações desenvolvidas pelo MS na área de saúde mental. **8) Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – CISB/CNS.** Solicitação: viabilizar reunião da Comissão. Encaminhar para Mesa Diretora do CNS. **9) Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência – CISPDCNS - Informe da reunião. Apresentação:** conselheira Ivone Martini de Oliveira. A reunião ocorreu nos dias 26 e 27 de junho. 1) Esclarecimentos do MS acerca de dois pontos: a) Falta de materiais para as oficinas ortopédicas - que esclareceu não haver atraso de repasse e/ou suspensão - solicitou que sejam encaminhados os lugares que indicam a falta para apuração - demanda da Comissão e para o pleno: solicitar levantamento em suas localidades às Entidades que compõem o CNS; b) Levantamento dos CER: o MS, via FAEC através da Portaria 1272, de 25/06/2013, incorporou cadeiras de rodas motorizadas, cadeiras de banho (6 tipos), no entanto faz-se necessária a adesão do serviço e o prazo expira em dez/2017 - o detalhe muito importante é que, como é na

perspectiva de construção de série histórica, a media de dispensação será incorporada ao teto MAC como recurso - demanda para a comissão: pedir formalmente ao MS o levantamento de CER, por região, que aderiram ao FAEC para socializar com o pleno e provocar a adesão em suas localidades, dado o prazo curto. 2. Cinthia, técnica jurídica da Farmácia Popular esclareceu acerca da ampliação da dispensação de fraldas geriátricas para pessoas com Deficiência - afirmou que a dispensação é para todas as pessoas com Deficiência, de acordo com idade, peso... Portaria 937, de 07/04/2017. 3. Inserção da CIASPD na Conferência de Saúde das Mulheres com duas Rodas de Conversa, e na Conferência de Vigilância em Saúde, com uma Roda de Conversa e uma Oficina. 4. Fazer uma Carta acerca impossibilidade de acumulação de benefícios proposta pela (des)reforma da previdência! Articulei com a Comissão de Ciclos de Vida para assinar em conjunto já q prejudica idosos e pessoas com Deficiência, além de articular o CONADE! Além de articulação com o Assessor de Paulo Paim para levar a demanda para Frente Parlamentar Mista em Defesa da Previdência Social. Sugestão: CONADE seja convidado em todas as reuniões, assim como CONASS e CONASEMS. Próximas reuniões da CIASPD: 19 e 20/09; e 13 e 14/12. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou a 295ª Reunião Ordinária do CNS. 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**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Breno de Figueiredo Monteiro**, Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dylson Ramos Bessa Junior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **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; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Luiz Alberto Catanoe**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marcos da Silveira Franco**, Ministério da Saúde; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ricardo Barros**, Ministério da Saúde (MS); **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 **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Ana Paula Batista Soledade**, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Christianne Maria de Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gerlane Baccarin**, Ministério da Saúde; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **José Felipe dos Santos**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Mariana Carvalho Pinheiro**, Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.