

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 “Omilton 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 Geordeci 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 Geordeci 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 Moyses 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

55 ponto de vista jurídico, destacou que parecer da Advocacia Geral da União - AGU conclui que a Lei é
56 inconstitucional, portanto, chamou as entidades que puderem a entrar com Ação Direta de
57 Inconstitucionalidade - ADI contra a Lei no Supremo Tribunal Federal - STF. Salientou que
58 provavelmente a decisão do Supremo será àquela tomada em relação à lei que liberou a
59 fosfoetanolamina. Ou seja, suspenderá a aplicação Lei e, após julgamento, decidirá que não pode
60 prosperar porque é inconstitucional. Explicou que não há medicação "mágica" que resolva a epidemia
61 da obesidade, que é um problema mundial. Lembrou que os medicamentos autorizados pela Lei são
62 antigos (décadas de 70 e 80) e foram registrados em uma época que a regulamentação sanitária não
63 era tão rigorosa. Com o uso, os profissionais e pesquisas observaram os efeitos que esses
64 medicamentos causavam (usuários desses medicamentos relataram reações adversas graves –
65 doença cardiovascular (inclusive com morte), até dependência). A partir desses estudos, a ANVISA, o
66 FDA e a Europa decidiram retirar essas medicações do mercado. Disse que, na época, a ANVISA
67 revisou mais de 170 trabalhos científicos publicados em revistas e, no âmbito de produção de evidência
68 científica, observou que os medicamentos eram inseguros e ineficazes. Com isso, foram retiradas do
69 mercado três substâncias: anfepramona, femproporex e mazindol. No caso da sibutramina, disse que
70 estudo mundial acompanhou 10 mil pessoas que utilizavam a substância e a decisão (em vigor até
71 hoje) foi autorizar a continuidade do uso, com duas medidas de precaução: uso limitado a 60 dias; e
72 fixação de dose diária máxima. Em relação ao impacto da nova lei, duvidou que qualquer laboratório
73 farmacêutico sério aceite fabricar esses medicamentos, por saber que não são eficazes, nem seguros.
74 Além disso, farmácias de manipulação não aceitarão manipular matéria-prima cuja qualidade é
75 desconhecida. Com resultado, será legalizado mercado paralelo e ilegal, o que é muito perigoso.
76 Finalizou destacando a preocupação com a legislação, porque poderá expor pessoas a riscos de
77 proporções desconhecidas. Em seguida, expôs o representante da CONJUR/MS, **Eduardo Monteiro**
78 **de Barros Cordeiro**, com abordagem de quatro pontos: PL nº 2.431/2011 (Lei nº 13.454/2017);
79 Nota Técnica da ANVISA sobre o Projeto; Parecer da CONJUR-MS; e entendimento do STF em casos
80 semelhantes. Salientou que o PL nº 2.431/2011 (Lei nº 13.454/2017), define que ficam autorizados a
81 produção, a comercialização e o consumo, sob prescrição médica no modelo B2, dos anorexígenos
82 sibutramina, anfepramona, femproporex e mazindol (a Lei entra em vigor na data de sua publicação).
83 Falou sobre a Nota Técnica da ANVISA (Nota Técnica 17/2017DICOL/ANVISA) sobre o projeto,
84 destacando os seguintes trechos do documento: (...) criar-se-ia verdadeira "cunha legislativa"
85 casuística no sistema de proteção da saúde pública brasileira, permitindo-se que alguns medicamentos
86 excepcionalmente gozem de uma "garantia" de permanência no mercado, independentemente de prova
87 de eficácia e segurança terapêutica de seu uso (...); (...) desafia o princípio da isonomia porque intenta
88 injustificadamente privilegiar um determinado grupo de produtos fármacos em detrimento de todos os
89 demais que permanecerão submetidos à legislação sanitária vigente, especialmente as Leis nº
90 6.360/76 e 9.782/99 (...); e (...) Por todo exposto, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de
91 Vigilância Sanitária - ANVISA, observada a manifestação técnica da Gerência-Geral de Medicamentos
92 e Produtos Biológicos - GGMED desta Agência, posiciona-se contrária à sanção do Projeto de Lei nº
93 2.431/2011, de autoria do Deputado Felipe Bornier, e ainda, recomenda fortemente o voto integral
94 desta proposição. Salientou que, após a Nota da ANVISA, a matéria foi enviada à CONJUR/MS para
95 manifestação e o parecer da Consultoria (nº. 00572/2017/CONJUR-MS/CGU/AGU) concluiu pela
96 inconstitucionalidade material do Projeto de Lei nº 2.431/2011, por violação aos arts. 6º e 196, da
97 Constituição (Direito à Saúde) e Art. 2º da Constituição (separação dos Poderes). Sobre a ofensa ao
98 Direito à Saúde (art. 6º e 196 da Constituição), destacou as definições dos artigos 6º e 196: Art. 6º São
99 direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a
100 segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos
101 desamparados, na forma desta Constituição; e Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado,
102 garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros
103 agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e
104 recuperação. Salientou que o exercício do direito à saúde possui dimensão prestacional, gerando para
105 o Estado o dever de instalar uma rede de proteção nessa área. Acrescentou que o Art. 200 da
106 Constituição dispõe que compete ao SUS a atribuição de controlar e fiscalizar produtos e substâncias
107 de interesse para a saúde; executar as ações de vigilância sanitária; e participar do controle e
108 fiscalização da produção e utilização de produtos psicoativos. Lembrou que, nos termos da Lei nº
109 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que criou a ANVISA, determina que, no art. 16 que: "O registro de
110 drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, dadas as suas características sanitárias,
111 medicamentosas ou profiláticas, curativas, paliativas, ou mesmo para fins de diagnóstico, fica sujeito,
112 além do atendimento das exigências próprias, aos seguintes requisitos específicos: (...); II - que o
113 produto, através de comprovação científica e de análise, seja reconhecido como seguro e eficaz para o
114 uso a que se propõe, e possua a identidade, atividade, qualidade, pureza e inocuidade necessárias; III -
115 tratando-se de produto novo, que sejam oferecidas amplas informações sobre a sua composição e o
116 seu uso, para avaliação de sua natureza e determinação do grau de segurança e eficácia necessários.

117 Frisou que o PL nº 2.431/2011 autorizou a produção, comercialização e consumo de medicamentos
118 sem a comprovação da eficácia e segurança do seu uso. Este fato coloca em risco o direito à saúde,
119 previsto nos arts. 6º e 196 da Constituição. Ainda em relação à Ofensa à Separação dos Poderes (art.
120 2º da Constituição), salientou que a vigilância e o registro sanitário de medicamentos são
121 procedimentos de caráter tipicamente administrativo, reservados ao Poder Executivo (art. 200, I e II, da
122 CRFB). Ou seja, compete à ANVISA, autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde,
123 o registro de medicamentos (art. 7º, IX, da Lei nº 9.782/99). Nesse caso, o Poder Legislativo substituiu
124 o juízo essencialmente técnico da ANVISA por um juízo político. Disse que a conclusão jurídica é pela
125 existência de inconstitucionalidade material por violação aos arts. 2º, 6º e 196, da Constituição e a
126 sugestão é de veto integral do PL nº 2.431/2011. Disse que o entendimento do Ministro de Estado da
127 Saúde foi consoante com a consultoria jurídica – veto ao PL – mas o Projeto foi sancionado. Por fim,
128 apresentou o entendimento do STF em casos semelhantes: Ação Direta de Inconstitucionalidade nº
129 5.501 - Lei nº 13.269, de 2016 ("pílula do câncer"). Decisão: O Tribunal, por maioria e nos termos do
130 voto do Relator, deferiu a liminar para suspender a eficácia da Lei nº 13.269/2016, até o julgamento
131 final desta ação, vencidos, em parte, os Ministros Edson Fachin, Rosa Weber, Dias Toffoli e Gilmar
132 Mendes, que concediam a liminar para dar interpretação conforme (presidiu o julgamento o Ministro
133 Ricardo Lewandowski, Plenário, 19.05.2016). Nas palavras do relator, Ministro Marco Aurélio: "Ao
134 suspender a exigibilidade de registro sanitário da fosfoetanolamina sintética, o ato atacado discrepa das
135 balizas constitucionais concernentes ao dever estatal de reduzir o risco de doença e outros agravos à
136 saúde dos cidadãos. (...) É no mínimo temerária – e potencialmente danosa – a liberação genérica do
137 medicamento sem a realização dos estudos clínicos correspondentes, em razão da ausência, até o
138 momento, de elementos técnicos assertivos da viabilidade da substância para o bem-estar do
139 organismo humano. Salta aos olhos, portanto, a presença dos requisitos para o implemento da medida
140 acauteladora". Concluídas as explanações dos expositores, foi aberta a palavra para manifestações.
141 Conselheira **Christianne Maria de Oliveira Costa** perguntou a posição da Sociedade de
142 Endocrinologia a respeito da Lei e perguntou qual será a alternativa de tratamento para obesidade no
143 caso de proibição dessas substâncias. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** destacou que esse
144 debate relaciona-se ao conflito: obesidade e imposição de padrão às mulheres. Estranhou a sanção do
145 PL pela Presidência da República, mesmo com parecer contrário da ANVISA e sugeriu a aprovação de
146 moção de repúdio à Lei. Salientou que é preciso trabalhar com indicativo de promoção da saúde,
147 considerando o conhecimento da matriz africana. Conselheiro **Moyses Longuinho T. de Souza**
148 salientou que a sanção do Projeto é resultado do lobby da indústria da farmacêutica no Congresso
149 Nacional, lembrando que o setor é o principal financiador de campanhas no país. Frisou que a Lei
150 publicada representa um desserviço público à população e perguntou quais medidas administrativas
151 podem ser adotadas, uma vez que são medicamentos sem registro. Conselheira **Paula Johns**,
152 primeiro, destacou que o combate à obesidade passa por medidas de regulação do mercado. Avaliou
153 que essa é uma das várias iniciativas de enfraquecer a capacidade técnica da ANVISA e frisou que é
154 essencial fortalecer o papel da Agência. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** saudou o diretor-
155 presidente da ANVISA pela posição nesse caso e a jornalista Manuela Castro pelo trabalho premiado
156 sobre hanseníase e pelo livro sobre o tema que seria lançado. Apoiou a proposta de moção de repúdio
157 e sugeriu também que o CNS se manifeste ao STF por conta da aprovação de produção,
158 comercialização e uso de medicamento, mesmo com parecer contrário da ANVISA, órgão regulador do
159 país. No seu ponto de vista, trata-se de interesse da indústria farmacêutica em legislar acima do órgão
160 técnico regulador do país. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** cumprimentou os
161 expositores pelas explanações e salientou que esta matéria não deveria ter sido tratada pelo
162 Congresso Nacional, porque fere a autonomia da ANVISA. Avaliou que a lei foi aprovada de forma
163 inconsequente, uma vez que são substâncias perigosas que podem causar graves riscos à saúde das
164 pessoas e à saúde pública como um todo. Defendeu que o CNS se posicione em apoio à ANVISA/MS,
165 como órgão regulador. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** apoiou a fala dos conselheiros
166 no sentido de fortalecer a luta contra a prevalência do interesse dos grandes grupos econômicos à
167 custa da saúde da população e pontuou que é importante utilizar dos instrumentos administrativos,
168 legais e políticos de pressão do CNS para evitar que isso ocorra. Conselheiro **Willen Heil e Silva**
169 avaliou que a aprovação do PL é mais um artifício de negociação para manter o governo no poder.
170 Lembrou que há excelentes ferramentas nas práticas integrativas para tratar, por exemplo, compulsões
171 alimentares, mas essas ações não são priorizadas. Como encaminhamento, sugeriu a aprovação de
172 moção de repúdio do CNS utilizando argumentos da Nota da ANVISA e do Parecer da CONJUR/MS.
173 Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** manifestou sua indignação com a sanção da Lei e frisou que se
174 vive no país o que chamou de "agenda do absurdo". Apoiou a proposta de moção, mas defendeu
175 também a definição de alternativas para garantir o veto integral da Lei. Conselheira **Maria Laura**
176 **Carvalho Bicca** saudou o diretor-presidente da ANVISA e frisou que é preciso explicar melhor à
177 população como se dá o processo de regulamentação e também valorizar as raízes. Conselheiro **João**
178 **Rodrigues Filho** comunicou que a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS

179 impetrará com ADI contra a Lei no Supremo. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do
180 CNS, cumprimentou os expositores e frisou que se vive um momento crítico do país, com sérios
181 ataques à direitos. Salientou que a Mesa Diretora do CNS, reunida na última sexta-feira, iniciou a
182 elaboração de recomendação à Presidência da República de voto à Lei, mas no mesmo dia a Lei foi
183 sancionada. Assim, a Mesa propôs, *ad referendum*, recomendação para que todas as entidades com
184 prerrogativa de ingressar com pedido de ADI, nos termos do Art. 103 da Constituição Federal, o
185 fizessem frente à Lei n.º 13.454/CNS, especialmente as entidades com representação no CNS. Disse
186 que essa recomendação seria posteriormente submetida à homologação do Plenário. Além disso,
187 salientou que o CNS precisa reafirmar a importância de instituições como a ANVISA, que defendem o
188 interesse da saúde e propôs aprofundar o debate sobre o papel regulador da Agência na 1ª CNVS.
189 Conselheiro **Rodrigo Gomes Marques Silvestre**, diretor do complexo industrial da saúde, registrou
190 que os laboratórios públicos consideram inaceitável a posição de desconsiderar a ANVISA no processo
191 de registro de medicamentos. Salientou que nenhum laboratório sério ou estrutura pública produzirá
192 medicamentos que não atendem aos ritos legais e sanitários do Brasil. Conselheiro **Arilson da Silva**
193 **Cardoso** avaliou que o CNS deve manifestar-se a respeito e também definir ações para evitar que
194 situações como essa voltem a acontecer. Também disse que é preciso definir mecanismo para barrar
195 laboratórios “não sérios” que podem produzir as medicações. Conselheiro **Neilton Araujo de Oliveira**
196 salientou que a saúde é um objeto de natureza complexa e está submetida aos interesses do mercado,
197 de um lado, e da proteção da vida das pessoas, do outro. Frisou que participou da discussão complexa
198 desse tema na ANVISA e relatou que, após dois anos de debates, a Agência proibiu três medicamentos
199 e regulou o uso da sibutramina. Pontuou que não foi a primeira e não será a última vez que a ANVISA
200 sofre ameaça, assim, é preciso definir ações incisivas. Como encaminhamento, sugeriu: aprovar moção
201 de reconhecimento e apoio à ANVISA e à consultoria jurídica do MS pela posição de voto ao Projeto;
202 deixar claro que o Congresso Nacional não representa os interesses da sociedade nesse momento e
203 desconsidera o conhecimento científico e técnico; apoiar as ações de constitucionalidade no STF; e
204 dar visibilidade às ações adotadas. **Retorno da mesa.** O representante da CONJUR/MS, **Eduardo**
205 **Monteiro de Barros Cordeiro**, cumprimentou os conselheiros pelas manifestações oportunas e
206 explicou que, na condição de advogado, não tinha competência e expertise para responder as
207 indagações técnicas. Sobre possíveis medidas a serem adotadas, pontuou: ajuizar ADI (entidades
208 legitimadas na CF); e solicitar audiência pública (CNS ou entidades – a ser estudado). Salientou que é
209 impossível impedir o Congresso Nacional de adotar esse tipo de iniciativa, a não ser que tenda a abolir
210 cláusula pétrea. O Diretor-Presidente da ANVISA, **Jarbas Barbosa da Silva Júnior**, agradeceu as
211 intervenções que ressaltaram pontos importantes e demonstram a posição do CNS em defesa da
212 proteção à saúde da população. Explicou que, diante da alegação de sociedades de especialistas de
213 intransigência da ANVISA no caso, revisou as manifestações de algumas dessas entidades e verificou
214 que não trazem revisão de conhecimento científico e baseiam-se somente na opinião de especialistas
215 (mesmo com evidência científica). Também informou que a ANVISA está concluindo atualização sobre
216 PLS relativos a temas sanitários em tramitação na Câmara dos Deputados e a Agência irá àquela Casa
217 para colocar sua posição (Conselho será convidado). Por fim, agradeceu e colocou-se à disposição
218 para outros debates. Na sequência, conselheiro **André Luiz de Oliveira** sintetizou os
219 encaminhamentos oriundos do debate e foram feitas adequações. Na sequência, colocou em votação
220 as propostas uma a uma: 1) **Homologar a recomendação do CNS nº. 27 *ad referendum* - que todas**
221 **as entidades com prerrogativa de ingressar com pedido de Ação Direta de Inconstitucionalidade**
222 **(ADI), nos termos do Art. 103 da Constituição Federal, o façam frente à Lei n.º 13.454, de 23 de**
223 **junho de 2017, especialmente as entidades com representação no Conselho Nacional de Saúde.**
224 **Deliberação: aprovada por unanimidade.** 2) **elaborar moção de repúdio à aprovação do PL pelo**
225 **Congresso Nacional e à sanção da presidência da república (apreciar o texto no final da**
226 **reunião).** **Deliberação: aprovada por unanimidade.** 3) **Elaborar moção de reconhecimento e apoio**
227 **à ANVISA e à consultoria jurídica do MS pela recomendação de voto ao Projeto (apreciar o texto**
228 **no final da reunião).** **Deliberação: aprovada por unanimidade.** 4) **Recomendar que as entidades**
229 **se associem às medidas de ADI relativas à Lei n.º 13.454/2017 e que o CNS apoie esse**
230 **movimento.** **Deliberação: aprovada por unanimidade.** Com essas definições, o coordenador
231 encerrou a mesa e agradeceu a presença dos convidados. **ITEM 4 – RADAR - Objetivos de**
232 **Desenvolvimento Sustentável. Medicamentos Alfaipoetina e Ribavirina. Estratégia e-SUS.**
233 **Composição da mesa:** **Marta Coelho**, Diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos
234 Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTPS/SVS/MS; **Renato Lima**, Diretor do
235 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - DAF/SCTIE/MS; e **José Eudes**
236 **Vieira**, representante da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS. **Coordenação:** conselheiro **Arilson**
237 **da Silva Cardoso**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o coordenador da mesa explicou que o
238 objetivo deste ponto é fazer um informe geral sobre as três temáticas. Em sendo necessário aprofundar
239 o debate, seriam pautados em outra oportunidade. A primeira expositora foi a Diretora do
240 DANTPS/SVS/MS, **Marta Coelho**, que falou sobre a Agenda 2030 Brasil - Objetivos de

241 Desenvolvimento Sustentável – ODS. Explicou que os ODS são uma agenda mundial adotada durante
242 a Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (em 2015) - 193 países, composta
243 por dezessete objetivos e 169 metas a serem atingidas até 2030. Detalhou que nesta agenda estão
244 previstas ações mundiais nas áreas de erradicação da pobreza, segurança alimentar, agricultura,
245 saúde, educação, igualdade de gênero, redução das desigualdades, energia, água e saneamento,
246 padrões sustentáveis de produção e de consumo, mudança do clima, cidades sustentáveis, proteção e
247 uso sustentável dos oceanos e dos ecossistemas terrestres, crescimento econômico inclusivo,
248 infraestrutura, industrialização, entre outros. Explicou que “A Agenda 2030 para o Desenvolvimento
249 Sustentável” é um plano de ação que propõe estratégias globais de desenvolvimento sustentável pelo
250 período de quinze anos e os ODS contemplam as dimensões social, ambiental, econômica e
251 institucional. Acrescentou que A Agenda 2030 visa o alcance do equilíbrio entre a prosperidade humana
252 com a proteção do planeta e os ODS compõem uma agenda de planejamento e de gestão de Políticas
253 Públicas. Disse que até 2030 o Brasil se comprometeu a alcançar os dezessete objetivos e 169 metas
254 que buscam, dentre outros: erradicar a pobreza e a fome; reduzir as desigualdades; combater
255 mudanças climáticas; e promover o crescimento econômico incluente. No que se refere à governança,
256 lembrou que foi instituída a Comissão Nacional dos ODS (Decreto nº. 8.892 de 27 de outubro de 2016),
257 com as seguintes características: paridade entre Governos e Sociedade Civil; natureza consultiva; e
258 criada para articulação, mobilização e diálogo com os entes federativos e a sociedade civil. Detalhou as
259 principais competências da Comissão Nacional ODS: I - elaborar plano de ação para implementação da
260 Agenda 2030; II - propor estratégias, instrumentos, ações e programas para a implementação dos ODS;
261 III - acompanhar e monitorar o desenvolvimento dos ODS e coordenar a elaboração de relatórios
262 periódicos. Explicou que no dia 29 e junho de 2017 foram empossados os novos representantes dos
263 governos federal, estadual, municipal e da sociedade civil na Comissão. Lembrou que a missão é
264 avançar na estruturação da agenda brasileira a partir da agenda global proposta pela ONU. Também
265 falou sobre o Relatório Nacional Voluntário sobre os ODS/2017, que tem por objetivo informar sobre o
266 processo de preparação do Brasil para a implementação da “Agenda 2030”: diagnóstico inicial do País,
267 ações necessárias para o alcance dos objetivos e desafios. No caso dos Ministérios, disse que a ação é
268 identificar ações, programas e políticas. Destacou ainda como outra ação/2016/2017: convergência
269 entre “A AGENDA 2030” e o instrumento nacional de planejamento (PPA), com o objetivo de identificar
270 a correspondência entre os objetivos declarados pela Agenda 2030 com o instrumento de Planejamento
271 do Governo Federal. Por fim, detalhou como se dá o mapeamento de Políticas Públicas – passos para
272 nacionalização: 1º - Correspondência das metas ODS e atributos (metas, iniciativas e ações) do PPA;
273 2º - Validar o mapeamento do PPA X ODS com os Ministérios; e 3º - Identificar a vinculação das Metas
274 ODS com os Programas e Ações Ministeriais. Em seguida, falou o diretor do DAF/SCTIE/MS, **Renato**
275 **Lima**, que prestou esclarecimentos sobre a compra, feita pelo Ministério da Saúde, dos medicamentos
276 Alfapoetina e Ribavirina. Explicou que a ribavirina é um medicamento do componente especializado do
277 Ministério da Saúde para tratamento de pacientes com Hepatite C. Em 2015, o protocolo da Hepatite C
278 foi modificado, com inclusão de novos medicamentos, entre eles, sofosbuvir, e o entendimento da
279 classe médica na época foi que o uso da Ribavirina não seria necessário para o tratamento da Hepatite
280 C. Disse que o medicamento era fornecido pela Fiocruz-Farmanguinhos e, a partir desse entendimento,
281 a Fundação parou de produzir a Ribavirina. Posteriormente, a OMS demonstrou ser fundamental o uso
282 da Ribavirina para tipos de genótipos da Hepatite C. Com isso, os Estados solicitaram a compra da
283 Ribavirina e o Ministério da Saúde, diante da descontinuidade da produção por Fiocruz, realizou pregão
284 eletrônico para adquirir a medicação e assistir os pacientes. Como resultado, foi contratada a empresa
285 que apresentou menor valor (R\$ 5,19), mas ainda superior ao preço praticado por Farmanguinhos (R\$
286 0,14 centavos). Explicou que o MS entrou em contato com Farmanguinhos que informou a possibilidade
287 de fornecer o produto a partir de agosto de 2017. Assim, o Ministério contratou a empresa para fornecer
288 quantitativo de medicamento até que Farmanguinhos volte a abastecer a medicação para o SUS. No
289 caso da Alfapoetina, medicamento usado no tratamento de doença renal e tecidos transplantados,
290 explicou que também era adquirida de Bio-Manguinhos. Em 2004, foi feito acordo com fundação
291 cubana para transferência de tecnologia da fabricação do medicamento para o Brasil, que se concluiria
292 em 4 anos e, a partir daí, Bio-Manguinhos iniciaria a produção. Porém, em 2016, o Secretário de
293 Ciência e Tecnologia do MS visitou Bio-Manguinhos e observou que o laboratório ainda não produzia o
294 medicamento. Assim, foi feita cotação para avaliar o preço praticado no mercado e verificou-se que o
295 menor era o de Bio-Manguinhos. Diante disso, o MS enviou ofício a Bio-Manguinhos informando que a
296 partir da próxima compra adquiriria o medicamento por meio de pregão eletrônico até que Bio-
297 Manguinhos começasse a produzir. Disse que o pregão foi realizado e publicado edital, mas o MS
298 decidiu cancelar o processo por conta de questionamentos do Tribunal de Contas. Assim, foi feita
299 compra emergencial do medicamento para abastecimento do SUS por três meses. Disse que Bio-
300 Manguinhos participou das cotações para compra emergencial; na concorrência da apresentação de 4
301 mil, ganhou a empresa Blaus, por conta do menor valor; e na apresentação de 2000 i, ganhou Bio-
302 Manguinhos. Todavia, a unidade declinou da concorrência e o MS comprou o medicamento da segunda

303 colocada (que reduziu o preço, chegando ao valor de Bio-Manguinhos). Em dezembro de 2016, o MS
304 informou a Bio-Manguinhos que as próximas compras seriam adquiridas por meio de pregão. Todavia,
305 em abril de 2017, a unidade adquiriu estoque de medicamentos oriundo de Cuba. Disse que Bio-
306 Manguinhos informou o estoque disponível e o MS comprará com menor preço. Acrescentou que o MS
307 poderá adquirir produto de Bio-Manguinhos se o preço possibilitar economia para o SUS. Conselheiro
308 **Rodrigo Silvestre**, responsável pelo Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde da
309 SCTIE/MS, acrescentou que o preço do laboratório público oficial é menor também porque a estrutura é
310 subsidiada. Sobre a transferência de tecnologia da fabricação do Alfapoetina para o Brasil, disse que foi
311 assegurado recurso no orçamento de 2018 para que Bio-Manguinhos conclua a validação da fase de
312 formulação. Assim que obtiver certificado de boas práticas de fabricação da ANVISA, o laboratório
313 iniciará a produção e passará a ser fornecedor, por meio da dispensa para laboratórios oficiais. Em
314 seguida, o representante da SAS/MS, **José Eudes Vieira**, fez uma exposição sobre a implantação do
315 e-SUS AB e do SISAB. Iniciou explicando que o e-SUS AB é uma estratégia, debatida desde 2011, que
316 modifica o padrão de informação para o âmbito da atenção básica, de modo a assegurar mais
317 qualidade dos dados coletados e informados pelas equipes de atenção básica. Destacou que o e-SUS
318 permitiu obter dados individualizados por pessoa atendida ao invés de dados consolidados por
319 municípios, o que permite aos gestores planejamento mais preciso das ações no território. Disse que
320 em janeiro de 2011 foi anunciada a estratégia e-SUS AB e, em 2012, foi lançada a primeira versão das
321 duas grandes ferramentas para coleta de dados para atenção básica: Coleta de Dados Simplificada –
322 CDS; e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Salientou que o e-SUS AB é uma estratégia contínua,
323 porque o sistema exige aprimoramento e novas integrações. Disse que hoje se utiliza a versão 2.1 do
324 CDS e PEC, além de ferramenta de trabalho para os agentes comunitários de saúde. Citou os
325 seguintes dados sobre implantação: 41.191 unidades básicas de saúde (99,1%) com envio de
326 informações pelo e-SUS AB; percentual menor no Estado de São Paulo (89,7%). Destacou que já está
327 em processo, para atenção básica, a incorporação das informações do SIA no âmbito do e-SUS AB.
328 Apresentou dados sobre a implantação de prontuário eletrônico para informação: não Implantado: 2501
329 - 44,9%; parcialmente Implantado: 1894 - 34%; e implantado: 1175 - 21,1%. Destacou que a
330 obrigatoriedade de implantação do prontuário eletrônico se dará após a divulgação do plano de
331 informatização das unidades básicas de saúde. Salientou que, das quase 41,5 mil UBS, 15.151 já
332 utilizam prontuário eletrônico para registro das informações dos usuários. Das 15.151 unidades, 6.373
333 já utilizam o prontuário eletrônico disponibilizado pelo MS. Mostrou série histórica da implantação de
334 prontuários eletrônicos, destacando aumento em outubro de 2016, após anúncio do MS e queda em
335 janeiro de 2017, por conta de mudança da gestão. Explicou que as informações coletadas no
336 Prontuário são consolidadas no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica – SISAB. Com
337 o SISAB, será possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território
338 por meio de relatórios de saúde e de indicadores, públicos e restritos. Salientou que, no âmbito do
339 SISAB, há dados de acesso público e de acesso restrito. Nessa linha, detalhou: Relatório público de
340 envio: qualquer pessoa pode verificar o quantitativo de equipes que enviaram dados através do e-SUS;
341 Relatório público de **indicadores**: permitem verificar o resultado de oito indicadores de saúde
342 pactuados para o 3º ciclo do PMAQ/AB e o total de cadastro realizado pelas equipes; Relatório público
343 de **indicadores** (indicadores do PMAQ); Relatório para o perfil municipal e estadual – acesso restrito (o
344 gestor municipal terá disponível os dados até o nível de equipe. O gestor Estadual terá acesso até o
345 nível de município). Salientou que são 160 milhões de brasileiros acompanhados por equipes de
346 atenção básica, mas estão cadastradas 54 milhões no novo sistema de informação. Concluídas as
347 manifestações, foi aberta a palavra para comentários e dúvidas sobre os três temas abordados. Nas
348 falas, surgiram as seguintes questões: que regras o MS apresentará sobre o ODS 3?; o CNS precisa se
349 debruçar e ter posicionamento acerca do ODS 3; solicitar ao DAF/MS que envie, por escrito, os
350 esclarecimentos feitos no Pleno do CNS sobre os medicamentos Alfapoetina e Ribavirina: e-SUS – foi
351 pactuado na CIT um conjunto de incorporação de tecnologias e o CNS precisa ter conhecimento; o
352 CNS e outras entidades devem envolver-se no debate sobre os OD; importância da participação do
353 Conselho no seminário nacional sobre ciência e tecnologia em saúde na direção dos ODM, de 6 a 8 de
354 novembro; a versão do e-SUS AB é totalmente acessível, inclusive para as pessoas com deficiência
355 visual?; Foi feito treinamento nos municípios para que os trabalhadores utilizem o e-SUS AB?; Como
356 está o repasse de recursos para os municípios que não aderiram ao E-SUS?; cadastro de indicadores –
357 pessoas com deficiência e com patologias estão contempladas para efeitos de indicadores; é preciso
358 aprofundar o debate sobre os ODM; CNS precisa analisar com cuidado o que ocorreu em relação à
359 compra dos medicamentos Alfapoetina e Ribavirina e a política de incorporação de tecnologia, com
360 escuta dos órgãos envolvidos e avaliação sobre eventuais prejuízos no que se refere à forma de
361 utilização do recurso - houve prejuízo para o SUS?; Alfapoetina – avaliar o impacto da decisão política
362 do MS de comprar do mercado um medicamento já produzido por laboratórios públicos; ODS –
363 questões para esclarecimentos: como os Objetivos dialogam com a sociedade civil que não está na
364 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 da 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 DEGEP/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

427 desenvolvimento do complexo industrial da saúde; c) repautar o tema na reunião ordinária do
428 mês de agosto, com a presença da FIOCRUZ; d) demandar à Comissão Intersetorial de Ciência e
429 Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF/CNS que debata o tema e apresente sugestões
430 de debates acerca da temática apresentada; e e) solicitar ao DENASUS que realize auditoria
431 sobre os processos de compra dos medicamentos Ribavirina e Alfapoetina, com base nas
432 denúncias apresentadas à Procuradoria Geral da República, de forma a subsidiar os debates da
433 CICTAF e a decisão do CNS. Como encaminhamento geral, acordou-se que a Mesa Diretora
434 apreciará os encaminhamentos e definirá o formato do debate. Além disso, foi sugerido que seja
435 pautado debate sobre política de equidade. Estratégia e-SUS: debater a questão da
436 acessibilidade no e-SUS; propor a inclusão da CIF como estratégia; e solicitar a inclusão do item
437 “identidade de gênero” nas fichas de captação de informação; e pautar no Plenário sobre e-
438 Saúde, para apresentação dos termos da Portaria pactuada na CIT. Com esses encaminhamentos,
439 a mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Retomando, a mesa foi composta para o item 5
440 da pauta. Antes de iniciar, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** apresentou e deu boas-vindas ao
441 novo representante do MEC no CNS, **Henrique Sartori de Almeida Prado**. **ITEM 5 – COMISSÃO**
442 **INTERSETORIAL DE FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO – COFIN - Relatório Anual de Gestão –**
443 **RAG/2016** - *Composição da mesa:* conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da
444 COFIN/CNS; **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN; **Arionaldo Bomfim Rosendo**,
445 Subsecretário Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/MS. *Coordenação:* conselheiro
446 **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS e coordenador-adjunto da COFIN/CNS. Conselheiro
447 **André Luiz Oliveira** começou com resgate histórico sobre o debate do Relatório Anual de Gestão –
448 RAG/2016 no CNS. Lembrou que o Conselho recebeu o RAG 2016 após a publicação e a COFIN fez
449 uma análise preliminar do documento em meados de março de 2017. Nessa análise, a Comissão
450 considerou importante a análise e contribuições dos conselheiros, principalmente das coordenações
451 das Comissões. Com isso, foi definido prazo para envio de contribuições e a COFIN recebeu sugestões
452 de três Comissões do CNS. No final de abril, a COFIN aprovou a minuta de Parecer Conclusivo sobre o
453 RAG 2016/MS e este documento foi apresentado ao Pleno do Conselho na reunião ordinária do mês de
454 maio. Nesta oportunidade, o Plenário decidiu, entre outros aspectos: aprofundar o debate, esclarecendo
455 os apontamentos da COFIN ao RAG 2016 e ao RQPC 3º de 2016, na reunião da Comissão; realizar
456 reunião ampliada da COFIN com a participação dos coordenadores das comissões a fim de levantar
457 subsídios para a análise do RAG 2016; e viabilizar debate de natureza jurídica no CNS sobre o
458 percentual mínimo de 15% para aplicação em ASPS (Ações em Serviços Públicos em Saúde) em 2016.
459 Seguindo essas deliberações, na reunião de junho de 2017, o Plenário promoveu amplo debate jurídico
460 para aprofundar a discussão sobre o RAG e também foi realizado amplo debate com as áreas
461 técnicas do Ministério e realizada reunião ampliada da Mesa Diretora do CNS e coordenações das
462 comissões. Feito esse resgate isso, apresentou a seguinte dinâmica de debate: exposição sobre o
463 relatório final da COFIN; exposição do Subsecretário de Planejamento e Orçamento; e, ao final, votação
464 do relatório, se o Plenário se sentir esclarecido. Acatada a metodologia sugerida, abriu a palavra aos
465 expositores. O assessor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, passou a explicar os ajustes feitos até a
466 versão final conforme os debates dos meses de maio e junho de 2017 (ajustes indicados nas notas de
467 rodapé do relatório). Fez a leitura das considerações finais do Relatório, que sofreram modificações na
468 estrutura da redação, tendo em vista os debates ocorridos, a saber: “Considerando a análise realizada
469 anteriormente, incluindo os Anexos, a conclusão referente ao RAG 2016 e ao RPQC 3º Quadrimestre
470 de 2016 resultou nos seguintes apontamentos: **a)** Descumprimento da aplicação mínima constitucional
471 em ASPS (14,96% ou R\$ 253 milhões abaixo do mínimo); **b)** Não compensação integral dos restos a
472 pagar cancelados em 2015 (insuficiente em R\$ 439 milhões); **c)** Inexistência de critérios para a escolha
473 das despesas não executadas ou executadas parcialmente em razão do contingenciamento
474 estabelecido pela área econômica; **d)** Não demonstração pelo Ministério da Saúde da alocação de
475 recursos suficientes para promover a mudança de modelo de atenção à saúde (para priorizar a atenção
476 básica); **e)** Queda real dos valores das transferências fundo a fundo para estados, distrito federal e
477 municípios; **f)** Reincidência da baixa execução (pelo nível de liquidação – “inadequado”, “intolerável” e
478 “inaceitável”) de itens de despesas apesar dos alertas do CNS nos três quadrimestres de 2016, sendo
479 que dos 24 dos avaliados com níveis de liquidação da despesa “inadequado” em 2015 no fundo
480 nacional de saúde, apenas 5 passaram para os níveis “adequado” e/ou “regular”; em 2016; **g)**
481 Inexistência de avaliação dos impactos nas condições de saúde da população dos recursos transferidos
482 para estados e municípios; **h)** Não comprovação da existência de recursos financeiros vinculados às
483 contas do Fundo Nacional de Saúde e das demais unidades da administração indireta do MS
484 correspondentes aos valores dos empenhos a pagar e dos saldos dos restos a pagar em 31/12/2016,
485 para que se comprove a efetiva aplicação mínima legalmente estabelecida para 2016 nos termos da LC
486 141/2012; **i)** Inexistência de dotação orçamentária específica para compensação integral dos restos a
487 pagar cancelados a partir de 2012, além da não compensação de restos a pagar cancelados desde
488 2000 que fizeram parte do cômputo da aplicação em ASPS; **j)** Não atendimento à solicitação do CNS

489 de presença de representante do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão no pleno do CNS
490 para debater a compensação dos restos a pagar cancelados; e k) Não atendimento à solicitação do
491 CNS de apresentação da análise de viabilidade técnica e financeira de execução dos restos a pagar
492 antigos (2014 e anos anteriores). Por fim, a COFIN recomenda a não aprovação do RAG 2016 do
493 Ministério da Saúde, bem como que esses apontamentos sejam considerados como indicações das
494 medidas corretivas da gestão a serem encaminhadas ao Presidente da República nos termos da Lei
495 Complementar nº 141/2012, especialmente no que se refere à compensação imediata em 2017 do valor
496 da aplicação considerada insuficiente nos termos constitucionais e legais anteriormente destacados.”
497 Segundo, fez considerações sobre os anexos do Relatório da COFIN: Anexo 1 – Nota técnica a
498 respeito da aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde em 2016 pelo Ministério da Saúde sob a
499 vigência da Emenda Constitucional nº 86/2015 e da Emenda Constitucional nº 95/2016 e da
500 compensação dos Restos a Pagar cancelados em 2015 nos termos da Lei Complementar nº 141/2012
501 (Francisco R. Funcia e Élida Graziane Pinto); Anexo¹ 2 - Análise Preliminar e Sintética das planilhas de
502 execução orçamentária e financeira recebidas da SPO/MS (dez2016-fechado-23/01/2017). Elaboração:
503 Francisco Funcia. Apresentação na reunião da COFIN/CNS de 03/02/2017; Anexo² 3 - Aspectos
504 complementares da análise do RAG 2016 – 30/06/2017; e Anexo³ 4 - Esclarecimentos apresentados
505 pela SPO/MS – Documentos entregues para análise da COFIN/CNS nas reuniões de 19/05 e
506 29/06/2017: I. Análise RAG 2016/considerações; II. Análise RAG 2016/considerações/anexos; III.
507 Adendo 1 – Retificação da RCL apurada em 2016; IV. Adendo 2 – Sobre manifestação do TCU; e V.
508 Adendo 3 - Aprovação das contas de governo 2016. O Subsecretário da SPO/MS, **Arionaldo Bomfim**
509 **Rosendo**, saudou o Plenário e registrou que a Secretaria enviou documentos à COFIN e
510 representantes participaram da reunião para os esclarecimentos necessários. A seguir, comentou as
511 considerações finais apresentadas pelo assessor técnico da COFIN: **a) Descumprimento da aplicação**
512 **mínima constitucional em ASPS (14,96% ou R\$ 253 milhões abaixo do mínimo)** - a EC 86/2015 foi
513 aplicada ao longo de 2016 como deveria ser, assim, foram R\$ 10,8 bilhões aplicados acima do mínimo
514 constitucional; se a EC 95 começou a contar desde dezembro de 2016, os R\$ 253 milhões podem ser
515 aplicados em 2017. **b) Não compensação integral dos restos a pagar cancelados em 2015 (insuficiente**
516 **em R\$ 439 milhões)** – em 2016, foram executados R\$ 10,8 bilhões acima do mínimo constitucional
517 (discussão está em aberto e será objeto de julgamento do TCU). **c) Inexistência de critérios para a**
518 **escolha das despesas não executadas ou executadas parcialmente em razão do contingenciamento**
519 **estabelecido pela área econômica** – o contingenciamento foi de quase R\$ 6 bilhões até 30 de junho de
520 2016 e o governo encaminhou alteração da LDO ao Congresso Nacional; o que era para ser superávit
521 passou a ser déficit (R\$ 172 bilhões). Quando o Congresso aprovou, o governo descontingenciou todo
522 o valor contingenciado da saúde. Portanto, ficou contingenciado na saúde: parte das emendas
523 impositivas, atendendo dispositivo constitucional e demais emendas parlamentares. Assim, desconhece
524 qualquer contingenciamento em quaisquer das ações próprias do Ministério da Saúde. **d) Não**
525 **demonstração pelo Ministério da Saúde da alocação de recursos suficientes para promover a mudança**
526 **de modelo de atenção à saúde (para priorizar a atenção básica)** – entre 2015 e 2016, recursos
527 empenhados na subfunção da atenção básica cresceram 9%, aplicação em assistência hospitalar e
528 ambulatorial teve expansão de 1,7 pontos percentuais – total da função da saúde: cresceu 7,9 pontos
529 percentuais. **e) Queda real dos valores das transferências fundo a fundo para estados, Distrito Federal**
530 **e municípios** – as despesas dos estados e municípios foram pagas no início de dezembro de 2016, com
531 exceção do MAC que foi pago no final do mês. **f) Reincidente da baixa execução (pelo nível de**
532 **liquidação – “inadequado”, “intolerável” e “inaceitável”)** de itens de despesas apesar dos alertas do CNS
533 nos três quadrimestres de 2016, sendo que dos 24 dos avaliados com níveis de liquidação da despesa
534 “inadequado” em 2015 no fundo nacional de saúde, apenas 5 passaram para os níveis “adequado” e/ou
535 “regular”; em 2016 – uma despesa não se dá da forma como se entende – foi distribuído parecer do
536 TCU sobre a importância dos Restos a Pagar. Neste ponto, perguntou se algum estado ou município
537 teve desabastecimento de insumos estratégicos em 2016 por conta de não aquisição do Ministério.
538 Desconhece porque todas as compras foram feitas. **g) Inexistência de avaliação dos impactos nas**
539 **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.

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

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

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

726 estabelecido na LC 4.320/64, não garante necessariamente a existência de recurso financeiro
727 disponível para esses Restos, no caso de computar todo valor empenhado como aplicação em saúde
728 (é possível também considerar o que foi liquidado e pago no exercício desde que o dinheiro não
729 permaneça depositado na conta); no relatório de prestação de contas do terceiro quadrimestre,
730 observa-se que muitas metas físicas do Plano Nacional de Saúde, alocadas para Programação Anual
731 de Saúde de 2016, não foram cumpridas por problemas de gestão da ação e por falta de recursos; TCU
732 e TC Estaduais julgam contas como assessoramento do controle externo exercido pelo Congresso
733 Nacional, todavia, o julgamento não subordina outra análise de contas, nem subordina o CNS à decisão
734 do Tribunal; é preciso considerar no debate os dispositivos da LC 141: "Art. 36 (...), § 1º A União, os
735 Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo
736 mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do
737 ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o
738 cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla
739 divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e
740 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000; Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou
741 com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e
742 do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei
743 Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz
744 respeito: (...); CNS e TCU são instâncias autônomas; há divergências entre COFIN e SPO, inclusive de
745 interpretação, e essas diferenças servem inclusive para qualificar o debate; no início do debate do
746 RAG, o MS tinha resistência à aprovação com ressalvas, mas com o tempo essas passaram a
747 incorporar o processo de discussão da análise dos relatórios de gestão e muitas acabaram subsidiando
748 a promulgação da LC 141; o processo de análise do RAG hoje é o mesmo dos anteriores e será o
749 mesmo das próximas análises; análises podem gerar interpretações distintas e deve-se optar pelas que
750 tragam mais recursos para saúde; e é preciso definir alternativas para impedir a baixa execução
751 orçamentária dos itens. O Subsecretário da SPO/MS, **Arionaldo Bomfim Rosendo**, interveio para
752 explicar que o art. 25 traz a possibilidade de recompor a aplicação de recurso em determinado período.
753 Esclareceu ainda que a LDO estabelece data limite para o Poder Executivo encaminhar pedido de
754 crédito ao Congresso Nacional – 15 de outubro. Além disso, o decreto de programação financeira
755 determina os limites para execução do que o Congresso aprovou seguindo a orientação das receitas
756 que irão custear o orçamento. Além disso, este decreto traz dois aspectos importantes para o debate:
757 componente financeiro de cada Ministério para execução dos Restos a Pagar inscritos e reinscritos no
758 exercício (limite de pagamento dos Restos a Pagar); e estabelece data limite para que o Poder
759 Executivo publique decretos suplementares ou portarias. Assim, em dezembro de 2016, não seria
760 possível solicitar crédito ao Congresso, pois a data limite foi outubro; além disso, não seria possível
761 fazer crédito suplementar via Poder Executivo porque a data limite foi 14 de dezembro de 2016.
762 Também disse que não seria possível emitir Medida Provisória, pois esta somente poderia ser
763 solicitada por despesas decorrentes de guerra, comoção interna ou calamidade pública. No mais,
764 perguntou como executar emendas impositivas, que possuem limite constitucional, que ficaram
765 contingenciadas no Poder Executivo como um todo. No caso das emendas não impositivas, disse que
766 também não é possível. Sobre as metas não cumpridas, destacou que o TCU aprovou o orçamento do
767 Poder Executivo com seis ressalvas. Por fim, frisou que não se trata de posição da SPO, uma vez que
768 foram publicados parecer jurídico e relatório do TCU. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** solicitou
769 que os documentos novos citados na argumentação do Subsecretário da SPO fossem contemplados no
770 parecer (a SPO poderá enviar síntese para ser incluída no documento). Após essas falas, o
771 coordenador da mesa verificou que o Plenário estava esclarecido para votação e, sendo assim,
772 submeteu à aprovação o Parecer Conclusivo elaborado pela COFIN com a recomendação de não
773 aprovação do RAG 2016 do Ministério da Saúde, bem como que esses apontamentos sejam
774 considerados como indicações das medidas corretivas da gestão a serem encaminhadas ao Presidente
775 da República nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, especialmente no que se refere à
776 compensação imediata em 2017 do valor da aplicação considerada insuficiente nos termos
777 constitucionais e legais anteriormente destacados. **Deliberação: aprovado, com 29 votos favoráveis,**
778 **oito votos contrários e uma abstenção, o Parecer Conclusivo elaborado pela COFIN que**
779 **recomenda ao Plenário do CNS não aprovar o RAG 2016 do Ministério da Saúde.** Diante deste
780 resultado, o coordenador da mesa fez a leitura de minuta de resolução, elaborada pela COFIN/CNS,
781 que trata da não aprovação do RAG 2016. O texto é o seguinte: "Conselho Nacional de Saúde.
782 Resolução nº XXX, de 06 de julho de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua XXXX
783 Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de julho de 2017, no uso de suas competências regimentais e
784 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de
785 dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da
786 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e
787 considerando que a Lei Complementar nº 141/2012, no art. 36, §1º, e no art. 39, §4º, estabelece a

788 competência do Conselho Nacional de Saúde para avaliar e emitir parecer conclusivo a respeito do
789 Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde; considerando que a Lei Complementar nº 141/2012,
790 no artigo 41, estabelece que o Conselho Nacional de Saúde deverá encaminhar ao Presidente da
791 República as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias decorrentes da
792 avaliação quadrienal da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde e da
793 repercussão dessa execução da Lei Complementar nº 141/2012 nas condições de saúde e na
794 qualidade dos serviços de saúde da população; considerando que os processos de elaboração dos
795 Relatórios Anuais de Gestão pelo Ministério da Saúde e de análise e deliberação pelo CNS desde 2008
796 tem possibilitado o aprimoramento da gestão e subsidiado a revisão do arcabouço legal que rege a
797 execução orçamentária e financeira no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente em relação
798 à aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde; considerando a minuta do Parecer
799 Conclusivo (incluindo os anexos) sobre o RAG 2016 do Ministério da Saúde, que incorpora a avaliação
800 do Relatório de Prestação de Contas Quadrienal do Ministério da Saúde/3º Quadrimestre de 2016,
801 elaborado pela Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN) do CNS, que é parte integrante
802 desta resolução. Resolve: **1) Reprovar o Relatório Anual de Gestão 2016 do Ministério da Saúde, com**
803 **base no Parecer Conclusivo (incluindo os anexos) que acompanha esta Resolução. 2) Considerar os**
804 **apontamentos apresentados no citado Parecer Conclusivo como indicações de medidas corretivas para**
805 **encaminhamento ao Sr. Presidente da República nos termos do artigo 41 da Lei Complementar nº**
806 **141/2012.**" Concluída a leitura, colocou em votação a minuta. **Deliberação: aprovada, com 28 votos**
807 **favoráveis, um voto contrário e cinco abstenções, a resolução do CNS que repara o RAG 2016**
808 **do Ministério da Saúde.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** declarou que se absteve da votação,
809 por entender que não poderia manifestar-se sobre o texto do qual discorda do mérito. Seguindo, o
810 coordenador da mesa fez a leitura de minuta de recomendação que trata sobre metodologia de
811 repasse dos montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para
812 custeio das ações e serviços públicos de saúde. No documento, o CNS recomenda ao Ministério da
813 Saúde que defina, no menor prazo possível, a metodologia de repasse dos montantes a serem
814 transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços
815 públicos de saúde a ser pactuada na CIT e aprovada no CNS, conforme prevê o art. 17, §1º da LC nº
816 141/2012, considerando o acúmulo de contribuições do controle social registrado no Plano Nacional de
817 Saúde 2016-2019, o Relatório Final da 15ª Conferência Nacional de Saúde e as resoluções aprovadas
818 pelo Conselho Nacional de Saúde. Após a leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões ao texto:
819 a recomendação deve ser à Comissão Intergestores Tripartite e não apenas ao Ministério da Saúde;
820 explicitar no texto que o CNS apoia o esforço da CIT para definir metodologia de repasse, uma vez que
821 esse movimento já se iniciou; incluir o termo "conclua", além de "defina". **Deliberação: aprovada, por**
822 **unanimidade e com ajustes, recomendação elaborada pela COFIN.** No texto final, o CNS
823 recomenda à Comissão Intergestores Tripartite: que defina e conclua, no menor prazo possível,
824 a metodologia de repasse dos montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal
825 e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde a ser pactuada e
826 aprovada no CNS, conforme prevê o art. 17, §1º da LC nº 141/2012, considerando o acúmulo de
827 contribuições do controle social registrado no Plano Nacional de Saúde 2016-2019, o Relatório
828 Final da 15ª Conferência Nacional de Saúde e as resoluções aprovadas pelo Conselho Nacional
829 de Saúde. Finalizando este ponto, o coordenador da mesa saudou o assessor técnico da COFIN pelo
830 trabalho e cumprimentou o Subsecretário da SPO/MS e sua equipe pelo esforço. **ITEM 6 – COMISSÃO**
831 **INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT** -
832 Apresentação: conselheiro **Danilo Amorim**, coordenador da CIRHRT/CNS. Coordenação: conselheira
833 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, coordenadora-adjunta da CIRHRT/CNS; e conselheiro **Ronald**
834 **Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Iniciando, a coordenadora-adjunta da CIRHRT explicou que
835 foram analisados 22 processos, sendo onze de Enfermagem (cinco de Autorização vinculada ao
836 credenciamento, um de Reconhecimento e dois de Renovação de Reconhecimento), três de Medicina,
837 (Reconhecimento), três de Odontologia (um de Autorização, um de Autorização Vinculada ao
838 Credenciamento e um de Renovação de Reconhecimento) e cinco de Psicologia (Autorização). Do total
839 de processos analisados, um foi satisfatório, nove satisfatórios com recomendações e doze
840 insatisfatórios. Feita essa síntese, procedeu à apresentação dos pareceres. Parecer satisfatório: **1)**
841 201508096. Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. Maringá/PR. Reconhecimento. Medicina.
842 Satisfatório. **Deliberação: parecer aprovado, por unanimidade.** Pareceres satisfatórios com
843 recomendações: **2)** 201601604. Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas do Vale do São Lourenço.
844 Jaciara/MT. Autorização. Enfermagem. Parecer: satisfatório com recomendações. **3)** 201506833.
845 Faculdade Alencarina de Sobral. Sobral/CE. Autorização. Enfermagem. Parecer: satisfatório com
846 recomendações. **4)** 201601739. Faculdade Meridional de Porto Alegre. Porto Alegre/RS. Autorização
847 vinculada ao Credenciamento. Parecer: satisfatório com recomendações. **5)** 201505702. Faculdade de
848 Mauá – FAMA. Mauá/SP. Reconhecimento. Enfermagem. Parecer: satisfatório com recomendações. **6)**
849 201604563. Universidade de Franca. Franca/SP. Reconhecimento. Medicina Parecer: satisfatório com

850 recomendações. **7)** 201609275. Universidade Salvador. Salvador/BA. Reconhecimento. Medicina.
851 Parecer: satisfatório com recomendações. **8)** 200900951. Universidade Vale do Rio Verde. Pará de
852 Minas/MG. Renovação de Reconhecimento. Enfermagem. Parecer: satisfatório com recomendações. **9)**
853 201408539. Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos. Barretos/SP. Renovação de
854 Reconhecimento. Odontologia. Parecer: satisfatório com recomendações. **10)** 201419111. Faculdade
855 de Ciências Humanas de Olinda. Olinda/PE. Reconhecimento. Enfermagem. Parecer: satisfatório com
856 recomendações. **Deliberação: pareceres aprovados, por unanimidade.** Pareceres insatisfatórios: **11)**
857 201505516. Centro Universitário Ritter dos Reis. Canoas/RS. Autorização. Psicologia. Parecer:
858 insatisfatório. **12)** 201602004. Instituto Blumenauense de Ensino Superior. Blumenau/SC. Autorização.
859 Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **13)** 201603301. Faculdade de Santa Cruz da Bahia. Itaberaba/BA.
860 Autorização. Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **4)** 201505478. Instituto de Ensino Superior
861 Presidente Tancredo de Almeida Neves. São João del Rey/MG. Autorização. Psicologia. Parecer:
862 insatisfatório. **15)** 201504830. Faculdade Anhanguera de Matão. Matão/SP. Autorização. Psicologia.
863 Parecer: insatisfatório. **16)** 201501285. Faculdade Metodista Granbery. Juiz de Fora/MG. Autorização.
864 Psicologia. Parecer: insatisfatório. **17)** 201505338. Faculdade Jangada. Jaraguá do Sul/SC.
865 Autorização. Odontologia. Parecer: insatisfatório. **18)** 201600735. Faculdade Regional da Bahia. Feira
866 de Santana/BA. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **19)** 201601995. Faculdade SOCIESC
867 de Balneário Camboriú. Camboriú/SC. Autorização. Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **20)**
868 201506067. Faculdade Águas Lindas. Águas Lindas/GO. Autorização vinculada ao Credenciamento
869 Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **21)** 201507477. Faculdade UNITERP. São José do Rio
870 Preto/SP. Autorização vinculada ao Credenciamento. Enfermagem. Parecer: insatisfatório. **22)**
871 201601546. Faculdade de Goiana. Goiana/PE. Autorização vinculada ao Credenciamento.
872 Enfermagem. Parecer: Insatisfatório. Segundo, o coordenador da CIRHRT/CNS fez um informe sobre a
873 reunião da Comissão, com destaque para os encaminhamentos e o Plenário deliberou sobre os pontos
874 que necessitavam de definição. Informes: Residência Multiprofissional em Saúde – RMS. **1)** Que o CNS
875 lidere movimento em defesa das RMS junto aos CES e CMS – enviar ofício a esses conselhos para:
876 1.1. Socializar o debate sobre RMS ocorrido na 177ª RO da CIRHRT; 1.2. Orientar os CES e CMS a
877 promover reuniões sobre a temática, convidando representantes dos residentes, tutores e preceptores
878 de programas de RMS para essas reuniões; 1.3. Incentivar a criação de Comissões Estaduais de
879 RMS; (Júnior e Paulette Albuquerque). **2)** Constituição do GT-RMS para reunir o conjunto de profissões
880 da saúde com vistas a: (1) organizar a discussão das RMS (recuperar histórico, fazer diagnóstico,
881 propor soluções); (2) construir proposta de Diretrizes Gerais/comuns para as RMS sob a ótica do
882 controle/participação social em saúde; e (3) encaminhar ações junto ao MEC. (Maria Luiza Jaeger e
883 Paulette Albuquerque). **Deliberação: aprovada a constituição do GT “Residência Multiprofissional**
884 **em Saúde – RMS”, composto por cinco conselheiros.** Indicações: segmento dos usuários: **Luís**
885 **Aníbal V. Machado** (NCST); **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** (FENACELBRA); e **Dalmare A. B. de**
886 **Oliveira Sá** (ANPG). Segmento de trabalhadores: **Priscilla Viegas B. de Oliveira** (ABRATO).
887 Segmento gestor/prestadores de serviço: **Haroldo J. C. Pontes** (CONASS) ou **José Eri de Medeiros**
888 (CONASEMS) – a confirmar. Residência Médica. Em relação à Lei nº 12.971, de 22 de outubro de
889 2013, que institui o Programa Mais Médicos, enviar ofício à SESu/MEC e memorando à SGTES/MS
890 solicitando informações sobre quais medidas estão/serão tomadas para que se atenda a meta,
891 conforme os artigos 5º, 6º e 7º da Lei em questão, de oferta de vagas pelos Programas de Residência
892 Médica de forma equivalente ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano
893 anterior. (Danilo Amorim). **3)** 5ª reunião do GT-DCN / CIRHRT/CNS. A partir do debate realizado na
894 reunião de 22 de junho sobre as DCN da Fisioterapia e Fonoaudiologia: O relatório dessa reunião está
895 sendo elaborado pela assessoria técnica da CIRHRT/CNS. O GT-DCN deve indicar os representantes
896 do GT e da CIRHRT que ficarão responsáveis pela elaboração da NT sobre as DCN da Fisioterapia. O
897 documento apresentado pelos representantes da Fonoaudiologia ainda não corresponde a uma minuta
898 de DCN. Desta forma, vamos aguardar o envio da versão final da minuta para os encaminhamentos
899 necessários a partir das contribuições apresentadas nessa reunião. **4)** Reunião do GT do PL nº
900 559/2015, de autoria do deputado Jorge Solla, que dispõe sobre a criação do Serviço Social da Saúde
901 (SESS) e do Serviço Nacional de Aprendizagem em Saúde (SENASS), no dia 28 de junho de 2017.
902 Realizada Mesa Redonda - “Formação Técnica em Saúde”, com as participações de Aldiney Doreto
903 (SES/PR) - “Projetos e programas públicos no âmbito da formação técnica em saúde: caminhos
904 percorridos e perspectivas para inserção de novos serviços”; e Carlos Ocké (IPEA) – “Fundo Público,
905 Sistema S e perspectivas para inserção do SESS e SENASS”. Encaminhamento: elaboração (prazo de
906 20 dias) de uma minuta com as alterações propostas ao PL a partir do debate realizado na reunião, que
907 deverá considerar: (1) as diretrizes e pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em
908 Saúde – PNEPS como base orientadora dos processos formativos; (2) o uso das estruturas públicas
909 institucionais de educação existentes (federais, estaduais e municipais) em especial a Rede de Escolas
910 de Saúde Pública e a Rede das Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), tendo as metodologias e
911 tecnologias pedagógicas desses equipamentos formativos como referenciais para o SESS e o

912 SENASS; e (3) definição dos mecanismos de gestão dos recursos financeiros. **5)** Instituição de
913 Câmaras Técnicas (CT) no âmbito do CNS. Publicação, no DOU de 26 de junho de 2017, da Resolução
914 nº 548/2017, que altera a Resolução CNS nº 407/2008, passando a vigorar com acréscimos que
915 permitem ao Pleno do CNS instituir Câmaras Técnicas (CT), que as fornecerão subsídios de ordem
916 política, técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica, sem, contudo, integrar a composição
917 do Conselho. Publicação, no DOU de 26 de junho de 2017, da Resolução nº 549/2017, que cria a
918 Câmara Técnica (CT) da CIRHRT/CNS, com o objetivo de apoiar e fortalecer os processos de trabalhos
919 da comissão no âmbito da formação, qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da
920 saúde. Elaborada minuta de "Chamada" para a composição da CT da CIRHRT/CNS, a ser
921 encaminhada às Associações de Ensino, Conselhos e Federações dos profissionais da área da saúde.
922 **Deliberação:** aprovada, por unanimidade, alteração do Regimento Interno do CNS que permite a
923 constituição de Câmaras Técnicas no âmbito do CNS (a votação foi feita com quórum
924 qualificado - 34 conselheiros presentes - por se tratar de mudança regimental); e aprovada, com
925 duas abstenções, o mérito da minuta de "chamada" para a composição da Câmara Técnica da
926 CIRHRT/CNS, a ser encaminhada às Associações de Ensino, Conselhos e Federações dos
927 profissionais da área da saúde. Finalizando, o conselheiro **Danilo Amorim**, coordenador da
928 CIRHRT/CNS, comunicou que não iria mais compor o CNS, pois seria indicado outro representante da
929 sua entidade para o Conselho e, por consequência, deixaria a coordenação da CIRHRT. Elencou
930 conquistas da Comissão no último período: avanço no debate sobre as DCN – caminhando para
931 estabelecimento das diretrizes gerais para profissionais; debate sobre formação técnica; discussão
932 acerca das residências; debate e posicionamento sobre educação a distância; discussão sobre
933 relações de trabalho – trabalho decente, jornada de trabalho; ampliação da capacidade de análise e
934 formulação da CIRHRT – criação da Câmara Técnica; e debate qualificado da organização estudantil.
935 Salientou que esses são passos largos em direção ao definido pela Constituição Federal "SUS ordene
936 a formação dos recursos humanos". Por fim, reafirmou a defesa da democracia e agradeceu a
937 oportunidade, dada pela DENEM, de participar do Conselho. Após essa fala, vários conselheiros
938 fizeram uso da palavra para elogiar o excelente trabalho do conselheiro Danilo Amorim à frente da
939 CIRHRT/CNS e despedir-se dele. **ITEM 7 – OS DESAFIOS DO SUS NA SAÚDE DAS MULHERES**
940 **NEGRAS - Misoprostol – Aquisição e distribuição aos hospitais públicos e filantrópicos (600 ou**
941 **mais partos/ano) - 423 hospitais contemplados. Instrumental AMIU – Aquisição e distribuição**
942 **aos hospitais públicos e filantrópicos (300 ou mais curetagens/ano) - 178 hospitais**
943 **contemplados. Capacitação em atenção à interrupção legal da gestação em 30 hospitais de**
944 **ensino. DIU PP e PA e na AB: compromisso assumido em 8 de março/2017, realização de Áudio-**
945 **conferência com as 27 estados e capitais. Apresentação: Alaerte Leandro Martins**, enfermeira do
946 Estado do Paraná/Experiência em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos temas mortalidade
947 materna, saúde das mulheres negras e mortalidade de mulheres negras; **Maria Inês Barbosa**,
948 professora-adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso/Experiência em Saúde Coletiva, atuando
949 principalmente nos temas racismo, saúde e exclusão, mortalidade na população negra; **Núbia Maria de**
950 **Melo e Silva**, representante da Coordenação Geral de Saúde da Mulher – CGSM/DAPES/SAS/MS; e
951 **Marcus Peixinho**, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social/SGEP/MS.
952 **Coordenação:** conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira
953 **Ubiraci Matildes**. A primeira expositora foi a doutora **Alaerte Leandro Martins** que abordou os
954 desafios do SUS na saúde das mulheres negras. Começou destacando as nosologias das populações
955 afro-brasileiras: condições geneticamente determinadas, dependentes de elevada frequência de
956 gene(s) responsável pela doença ou a ela associada: anemia falciforme, hipertensão arterial, diabetes
957 melito, deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase; condições adquiridas, derivadas de condições
958 sócio – econômicas e educacionais desfavoráveis e intensa pressão social: alcoolismo, toxicomania,
959 desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do
960 trabalho e transtornos mentais; doenças cuja evolução é agravada ou o tratamento é dificultado pelas
961 condições ambientais indicadas: hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal
962 crônica, cânceres, miomas; condições fisiológicas que sofrem interferência das condições ambientais
963 citadas, contribuindo para sua evolução para doenças: crescimento, gravidez, parto, envelhecimento.
964 Destacou o problema da morte materna indireta e frisou que a população negra precisa que o SUS
965 funcione. Destacou que, para atuar nessas diversas frentes, foi criada em 13/03/2006, por Decreto
966 Presidencial, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Como não podia
967 deixar de ser, dada a complexidade da tarefa, a Comissão está integrada por dezenas de personalidades
968 oriundas dos mais diversos setores da vida social, econômica, cultural e científica do país. Destacou
969 que a Portaria nº. 992, de 13 de maio de 2009, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da
970 População Negra. Disse que o desafio atual é a extinção da SEPPIR, do Ministério da Mulher e da
971 Comissão de Saúde da População Negra do CNS. Falou sobre o Comitê Técnico de Saúde da
972 População Negra cujo objetivo é fortalecer os Comitês de Saúde da População Negra, criando área
973 técnica de saúde da população negra para gestão da PNSIPN no MS, SES e municípios. Falou sobre a

974 classificação de raça no Brasil - amarela, branca, parda, preta e indígena; parda + preta = raça/etnia ou
975 população negra – e destacou que esse ainda hoje é assunto contraditório, segundo Cruz (2003, p. 2).
976 Neste ponto, citou a aprovação da Resolução nº 344/2017 sobre a questão do preenchimento do
977 quesito raça/cor e a publicação da SVS em 2017 com recorte étnico racial. Mostrou quadro com dados
978 sobre mortes maternas por raça/cor, demonstrando a diferença entre os índices de morte materna de
979 mulheres brancas e mulheres negras. Destacou que a melhoria da qualidade da informação aumenta
980 significativamente o registro da raça/cor, o que mostra um quadro mais próximo do real. Salientou que
981 a Rede Cegonha, após grande debate, incluiu a realização do exame eletroforese da hemoglobina.
982 Ressaltou que são necessárias mais ações específicas para reduzir morbi-mortalidade de mulheres
983 negras. Disse no Paraná foram implantadas os riscos intermediários e um deles é ser negro ou
984 indígena. Também apesentou quadro demonstrando que jovens negros morrem mais que jovem
985 brancos. Seguindo, apresentou dados sobre 2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e
986 citou texto de Isabel Cruz sobre os quatro eixos da Conferência: desafio de apontar para a necessidade
987 de diálogo entre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política
988 Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); e acabar com o racismo e sexism
989 institucionais no SUS, para a garantia do cuidado de saúde centrado na pessoa e com base em
990 evidência. Apontou diagnóstico e demandas da saúde das mulheres negras propostas e defendidas
991 pela Marcha das Mulheres Negras – 2015 e pelas Conferências de Políticas para as Mulheres: Eixo 1
992 (gestão dos sistemas de saúde): controle do racismo institucional, pleitear a construção de indicadores
993 que permitam identificar barreiras para as mulheres negras no acesso à Atenção Especializada, ao
994 tratamento do câncer, por exemplo (% de pretas, pardas e brancas que relata dificuldade); grau de
995 qualidade da comunicação com os(as) servidores(as) da instituição de saúde (percentual de pretas,
996 pardas e brancas que relata boa comunicação), para o monitoramento de viés racial implícito ou
997 microagressões, por exemplo; capacitar as equipes em Saúde da População Negra; para o controle do
998 racismo institucional além da Vigilância em Saúde, analisar os dados sobre os agravos, observando os
999 recortes raça/cor, gênero, orientação sexual, dentre outras; é urgente área técnica que operacionalize
1000 ações de prevenção e promoção da saúde; qualificar a coleta do quesito raça/cor nos sistemas de
1001 informação em saúde do SUS, assim como a entrevista clínica. Eixo 2 (questões do trabalho): taxa de
1002 hospitalização por condições tratáveis na Atenção Básica, com dados desagregados por raça-cor e
1003 gênero, pode ter especificidade para o controle do racismo institucional no SUS, bem como para o
1004 monitoramento dos determinantes sociais da saúde, tais como educação, trabalho, moradia, etc. Eixo 3
1005 (processo saúde/doença) - no que se refere à discriminação racial das mulheres negras no SUS como,
1006 por exemplo, a violência obstétrica, faz-se necessário ter indicadores de racismo e sexism
1007 institucionais e: a) experiências de discriminação baseada na raça/cor entre mulheres atendidas no
1008 SUS (antes ou durante a gestação); b) relação pré-natal insuficiente negras (pretas & pardas) x não
1009 negras (indicador da cidade de São Paulo desde 2008). Índices estão altos nas taxas de mortalidade
1010 por AIDS, sífilis em gestantes negras; cessar a violência obstétrica, oferecer o serviço para realização
1011 do aborto conforme preconiza a legislação. Eixo 4 (participação social) - Indicadores: a) percentual (%)
1012 de representação de feminina negra em todas as instâncias de controle social; b) recursos
1013 orçamentários para as PNAISM & PNSIPN. É preciso resgatar o Plano Operativo da PNSIPN a meta de
1014 reduzir a morbimortalidade materna de mulheres negras em 5 pp/ano e todas demais metas, ou seja,
1015 operacionalizar o que já foi definido. Por fim, falou sobre a ação política das mulheres negras: produção
1016 de dados sobre as mulheres negras; contribuíram para definição de políticas; realização da Mobilização
1017 Nacional Pró-Saúde da População Negra para divulgar informações e a Marcha das Mulheres Negras
1018 Brasileiras em 2015, e milhões de mulheres negras mobilizadas em ações locais em todo território
1019 nacional desde então. Diante desse quadro, frisou que o momento é de implementar as conquistas.
1020 Além disso, há inúmeros documentos para garantir a equidade e a saúde a mulher negra, portanto, é
1021 preciso partir para prática. A professora **Maria Inês Barbosa** iniciou a sua fala saudando a
1022 ancestralidade e os presentes e homenageou “o exército invisível” de pessoas (pessoas que aparecem
1023 quando a situação está fora da ordem e, em geral, são sobre elas que se fala e que as políticas são
1024 dirigidas). Salientou que, para falar de racismo, é preciso olhar para a história do país (Sancofa-
1025 pássaro que olha para trás para aprender com o passado e gestar o novo), mas a sociedade brasileira
1026 não tem feita autocrítica do processo. Fez referência a duas mulheres negras para destacar a
1027 população negra possui identidade por conta da resiliência de homens e mulheres que reconstruíram
1028 uma “África no Brasil”. Citou Mandela “Depois de escalar uma montanha muito alta, descobrimos que
1029 há muitas outras montanhas por escalar.” e salientou a marca da saúde da população negra
1030 “Reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como
1031 determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.” Falou
1032 sobre Raça, Racismo e Saúde – Branqueamento e Branquitude - Desafios do SUS na Saúde das
1033 Mulheres Negras, destacando que o PLANEJASUS, define, em relação aos dados epidemiológicos,
1034 que devem ser contemplados, entre outros: a mortalidade por grupo de causas, segundo raça, sexo e
1035 faixa etária; a morbidade, segundo raça, sexo e faixa etária; e a identificação de grupos vulneráveis ou

1036 de necessidades que demandam intervenções específicas (por exemplo, população indígena, grupos
1037 assentados, quilombolas, alimentação e nutrição, atividade física, acidentes e violências etc.). Frisou
1038 que essas questões não estão presentes no Plano Nacional de Saúde (exemplo de racismo
1039 institucional). Salientou que “**Uma sociedade é racista ou não é. Enquanto não compreendemos**
1040 **essa evidência ignoraremos muitos problemas.**” (Fanon). Acrescentou que Ianni (1987), salienta:
1041 ao ponderar sobre os vaivéns do item cor nos recenseamentos realizados pelo Instituto Brasileiro de
1042 Geografia e Estatística - IBGE, que em 1900 e 1920 não o inclui; em 1940 e 1950 inclui e não tabula;
1043 em 1960 inclui e não tabula; em 1970 não inclui; em 1980 inclui e não tabula; [em 1991 inclui e não
1044 tabula], considera-os a mais nítida expressão da ideologia racial do branco brasileiro das classes
1045 dominantes e dos intelectuais e técnicos que servem nas instituições de pesquisas governamentais e
1046 privadas. Conforme o mesmo autor, “suprimir os dados é um modo de suprimir os fatos. A precariedade
1047 das estatísticas permite negar ou minimizar os fatos”. Citou ainda Milton Santos: “(...) é indispensável
1048 insistir na necessidade de conhecimento sistemático da realidade, mediante o tratamento analítico
1049 desse seu aspecto fundamental que é o território (o território usado, o uso do território). Antes, é
1050 essencial rever a realidade de dentro, isto é, interrogar a sua própria constituição neste momento
1051 histórico. O discurso e a metáfora, isto é, a literaturização do conhecimento, pode vir depois, devem vir
1052 depois.” No que se refere à gestão de Sistemas Complexos, salientou que “Somos Parte do Problema e
1053 da Solução e citou Humberto Mariotti “Complexidade não é um conceito teórico e sim um fato.
1054 Manifesta-se na multiplicidade, no entrelaçamento e na contínua interação da infinidade de sistemas e
1055 fenômenos que compõem o mundo natural e as sociedades humanas”. Também perguntou por que não
1056 falar de branqueamento e branquitude e citou: “O legado da escravidão para o branco é um assunto
1057 que o país não quer discutir, pois os brancos saíram da escravidão com uma herança simbólica e
1058 concreta extremamente positiva, fruto da apropriação do trabalho de quatro séculos de outro grupo. Há
1059 benefícios concretos e simbólicos em se evitar caracterizar o lugar ocupado pelo branco na história do
1060 Brasil. Este silêncio e cegueira permitem não prestar contas, não compensar, não indenizar os negros:
1061 no final das contas, são interesses econômicos em jogo”. (Bento, p. 3; Psicologia social do racismo –
1062 estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil/Iray Carone, Maria Aparecida Silva Bento
1063 (Organizadoras) Petrópolis, RJ: Vozes, 2002). Por fim, fez referência a compromissos, pactos e
1064 responsabilidades, citando Boaventura de Sousa Santos: “A viragem descolonial, (...) só ocorrerá se o
1065 racismo for confrontado por uma vontade política desracializante firme e sustentável.” Na sequência,
1066 expôs sobre o tema o representante do DAGEP/SGEP/MS, **Marcus Peixinho**, convidado para trabalhar
1067 no DAGEP e identificar forças e fraquezas e definir estratégias para garantir que a Política Nacional de
1068 Saúde Integral da População Negra – PNSIPN chegassem aos municípios e estados. Salientou que não
1069 é possível fazer política de equidade sem considerar as demais políticas e sem escutar gestores,
1070 profissionais e sociedade civil. Explicou que a primeira dificuldade referia-se à falta de dados, assim, foi
1071 firmada parceria com a SEPPIR. Citou as Políticas no âmbito do DAGEP: Política de Saúde do Campo
1072 e da Floresta; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e
1073 Transexuais.; Saúde da População em Situação de Rua; Povo Cigano; Política Nacional de Educação
1074 Popular em Saúde; e Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Citou as principais
1075 doenças e agravos prevalentes na população negra: Doença Falciforme (DF); Hipertensão arterial;
1076 deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase; Diabetes mellitus (tipo II); e Doenças Adquiridas:
1077 desnutrição, anemia ferropriva, doença do trabalho, DST/HIV/Aids, mortes violentas, mortalidade infantil
1078 elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais –
1079 incluindo as derivadas do uso abusivo de álcool e outras drogas. Citou a Revista Painel de Indicadores
1080 do SUS nº 10 – Temático Saúde da População Negra e salientou que foram notificadas no SIM 1.583
1081 mortes maternas em 2012, 60% delas de mulheres negras e 34% de brancas. Ressaltou que os dados
1082 são desatualizados (de 2014), assim, em 1º de fevereiro de 2017, foi publicada a Portaria nº 344, que
1083 padroniza e torna obrigatória a coleta e preenchimento do quesito raça/cor do paciente em todos os
1084 sistemas de informação do SUS, conforme a classificação do IBGE, que define cinco categorias
1085 autodeclaradas: branca, preta, amarela, parda e indígena. Citou ainda o III Plano Operativo da PNSIPN,
1086 publicado em 30 de março de 2017 (Resolução nº 16, de 30 de março de 2017), que foi pactuado e
1087 aprovado na Comissão Intergestores Tripartite - CIT – foro permanente de negociação e articulação das
1088 esferas de gestão do SUS. Com vigência para o triênio 2017-2019, o III Plano Operativo estabelece
1089 ações de implementação da referida política para as gestões federal, estadual e municipal do SUS.
1090 Destacou ainda o fortalecimento da participação e do controle social: 14 Comitês Técnicos Estaduais
1091 de Saúde da População Negra em todo território nacional; e 16 Comitês Técnicos Municipais de Saúde
1092 da População Negra. Citou os principais desafios para a Implementação da PNSIPN: a) Quesito
1093 raça/cor - excluir a categoria “ignorado” como alternativa de resposta ao campo raça/cor nos
1094 formulários de identificação dos usuários do SUS; e Criar mecanismos que efetivem a obrigatoriedade
1095 da coleta do quesito raça/cor; b) Educação permanente - participar da revisão da PNAB, inserindo o
1096 olhar das políticas de promoção da equidade, com especial atenção às questões relacionadas à saúde
1097 da população negra; incluir quesito raça/cor na Programação Anual de Saúde (PAS) do MS; e incluir a

1098 temática étnico-racial no Curso de Formação do Programa Mais Médicos (PMM); c) participação e
1099 controle social - fortalecer os comitês estaduais e municipais de saúde da população negra, apoando-
1100 os tecnicamente, inclusive por meio de visitas, de forma a contribuir para a articulação entre os
1101 diferentes atores envolvidos na implementação da PNSIPN nos territórios; e d) estratégias de
1102 comunicação/publicações - elaborar materiais sobre saúde da população negra com enfoques
1103 específicos para os gestores estaduais e para os gestores municipais, haja vista que a gestão estadual
1104 possui competências e atribuições diferentes da gestão municipal, o que implica na construção de
1105 materiais com conteúdos distintos para cada esfera da gestão do SUS. Também falou sobre acesso da
1106 população negra às redes de atenção à saúde destacando a Campanha “Racismo faz mal à saúde” e,
1107 na próxima campanha, a intenção é tratar sobre PNSIPN, quesito raça/cor; comitês estaduais e racismo
1108 institucional na saúde. Também destacou estratégias para a Implementação da PNSIPN nos estados e
1109 municípios: a) Gestão Estadual e municipal: Em sua secretaria já existe algum setor responsável pela
1110 implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? Mesmo que sua resposta
1111 seja não, como você está desenvolvendo esta política? Quais as principais ações que vêm sendo
1112 desenvolvidas? A equipe conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? e Quais
1113 têm sido as facilidades e dificuldades que as equipes vem enfrentando na implementação da política?; b)
1114 *Território* - Você conhece a composição populacional do seu território?; Você sabia que a população
1115 negra é maioria entre a população brasileira e entre os usuários do SUS?; O que é o quesito raça/cor e
1116 porque implantar esse quesito nos sistemas de informação em saúde? Como articular as redes de
1117 atenção à saúde com as necessidades de saúde da população negra? Você conhece as comunidades
1118 Quilombolas da sua região?; c) Doenças prevalentes na população negra: Você conhece as doenças
1119 prevalentes entre a população negra?; Você sabia que o SUS possui uma linha de cuidado específica
1120 para Doença Falciforme?; Como estruturar a rede de atenção à doença falciforme em sua localidade?; d)
1121 *Violência*: Você sabia que os jovens negros é a população que mais morre por causas externas no
1122 Brasil (homicídio e acidentes)?, Como é o retrato dos índices de mortalidade e internação por causas
1123 externas no seu Município e/ou Estado?, Como promover a cultura da paz e não violência no seu
1124 Município e/ou Estado?, Você está promovendo a saúde da juventude negra seu Município e/ou
1125 Estado?; d) Gestão estratégica e participativa: Por que incluir ações voltadas à saúde da população
1126 negra no Plano Anual de Saúde do seu Município e/ou Estado?, Por que é importante fortalecer as
1127 instâncias de controle social do SUS – Conselhos e Conferências de Saúde?, Por que e como implantar
1128 o comitê de saúde da população negra?; e e) Educação permanente: Você sabia que a Política de
1129 Saúde da População Negra tem como diretriz a inclusão dos temas da saúde da população negra e
1130 racismo nos processos de informação, comunicação e educação de profissionais de saúde e
1131 trabalhadores do SUS? e Você sabia que o Ministério da Saúde disponibiliza curso gratuito de ensino a
1132 distância sobre Saúde da População Negra?. Por fim, citou os cursos EAD disponíveis: a) População
1133 Negra: UNA-SUS: <http://www.unasus.gov.br/populacaonegra>; b) População Campo, Floresta e Águas:
1134 AVASUS: <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=17>; e População LGBT: UNA-
1135 SUS: <http://www.unasus.gov.br/politica-de-saude-lgbt>; e AVASUS:
1136 <https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=44>. Seguindo, a representante da
1137 CGSM/DAPES/SAS/MS, **Núbia Maria de Melo e Silva**, também abordou o tema desafios do SUS na
1138 saúde das mulheres negras, destacando, primeiro, o Brasil em dados: população total: 191 de milhões
1139 de habitantes; população negra: 97 milhões – o equivalente a 51%; e mulheres negras: 47 milhões de
1140 pessoas, 25% da população total. Explicou que o Brasil é o maior país do mundo em população
1141 afrodescendente, fora do continente africano, o segundo em população negra depois da Nigéria e o
1142 último a abolir a escravidão negra. Foi também o país que mais importou africanos para serem
1143 escravizados. Pontuou os compromissos do governo brasileiro na saúde e as mulheres negras: a) Plano
1144 Plurianual 2016–2019: inclui como diretriz estratégica a Promoção da Igualdade Racial e
1145 Superação do Racismo; e b) Na saúde: fortalecimento da Rede Cegonha/redução da mortalidade
1146 materna; fortalecimento e consolidação, em âmbito nacional, de rede integrada de atendimento às
1147 mulheres em situação de violência e capacitações de parteiras de comunidades quilombolas e
1148 seminários envolvendo gestores, profissionais de saúde e lideranças locais das comunidades; inclusão
1149 do quesito raça-cor nos sistemas de informação do SUS – Portaria Nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 -
1150 2000/MM por causa obstétrica - 16,6% cor/raça ignorada, 2005/MM - 8,4% cor/raça ignorada e
1151 2012/MM - 4,5% cor/raça ignorada; inclusão de metodologias para abordar o racismo institucional com
1152 profissionais de saúde no projeto de qualificação da atenção à saúde da mulher em 94 hospitais de
1153 ensino - Nascer no Brasil - hospitais de ensino com maiores práticas intervencionistas, que OMS/MS
1154 recomendam abolir/96 e Projeto atende demanda de mudanças no processo formador – será lançado
1155 em agosto. Apontou como limites para a saúde das mulheres negras: racismo institucional, sexismo e
1156 machismo, desigualdades socioeconômicas, discriminação religiosa, não reconhecimento de práticas
1157 tradicionais e desconhecimento dos agravos relativos à população negra. Segundo Pesquisa Nascer no
1158 Brasil – 2011/2012, os percentuais de mulheres que relataram violência verbal, física ou psicológica
1159 foram maiores para as mulheres pardas ou pretas, de menor escolaridade, com idade entre 20 e 34

1160 anos, da região Nordeste, com parto por via vaginal, que não tiveram acompanhante durante a
1161 internação. Falou sobre a razão de Mortalidade Materna (por 100.000 NV) Brasil, destacando que vem
1162 diminuindo: RMM - 2013: 60,9 mortes maternas por 100.000 N.V, todavia, a maior mortalidade é de
1163 mulheres negras. Também apresentou gráfico demonstrando que, ao melhorar a qualidade da
1164 informação, aumenta o número de mortes de mulheres pretas e pardas. Ainda sobre a morte materna
1165 no Brasil, destacou: diferenças regionais, longas distâncias, vazios assistenciais; modelo de atenção ao
1166 parto e nascimento não respaldado por práticas recomendadas pelas evidências científicas - ocitocina
1167 de rotina no 1º e 2º estágios do parto, jejum, litotomia, Kristeller, não vigilância do 3º estágio, restrição
1168 do contato pele a pele e amamentação 1ª hora, acompanhante, banalização da cesariana; integração e
1169 resolutividade da rede de atenção – “as 3 demoras” não valorização das queixas das mulheres –
1170 vinculação, A&CR; falta de protocolos pactuados, treinamentos e insumos; e a existência de violências
1171 institucional e de gênero; racismo - necessidade de mudanças na cultura institucional e nas relações
1172 entre os sujeitos, no cotidiano dos serviços. Apresentou as estratégias nacionais para enfrentamento da
1173 MM e a saúde das mulheres negras: *Rede Cegonha*: qualificação da atenção em rede, enfrentamento
1174 da violência obstétrica, fortalecimento da vigilância da MM (comitês de MM) - Caderneta da gestante,
1175 novos exames de pré-natal, habilitação das maternidades para referência em gestação de alto risco,
1176 implantação de CPN e CGBP, formação de enfermeiras obstétricas, PCDT de parto normal e cesariana,
1177 ampliação dos métodos contraceptivos (DIU pós parto e pós aborto); Projeto Zero Morte Materna por
1178 Hemorragia, com incorporação do TAN em áreas remotas; Capacitação do SAMU para medicação de
1179 emergência em obstetrícia (sulfato de mg, nifedipina, misoprostol, oxicocina...); Projeto ÁPICE:
1180 aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia – 94 hospitais
1181 universitários e de ensino; Atenção pré-natal: incorporação do exame de eletroforese de hemoglobina
1182 como rotina no pré-natal para diagnóstico de doença falciforme, com repasse de recursos para 5.488
1183 municípios; capacitação para 100 parteiras tradicionais quilombolas – Goiás, Maranhão e Bahia e
1184 entrega de KIT parteira (projeto em andamento); Misoprostol – aquisição e distribuição aos hospitais
1185 públicos e filantrópicos (600 ou mais partos/ano) - 423 hospitais contemplados; Instrumental AMIU –
1186 Aquisição e distribuição aos hospitais públicos e filantrópicos (300 ou mais curetagens/ano) - 178
1187 hospitais contemplados; capacitação em atenção à interrupção legal da gestação em 30 hospitais de
1188 ensino; e DIU PP e PA e na AB: compromisso assumido em 8 de março/2017, realização de Áudio-
1189 conferência com as 27 estados e capitais. Conselheira **Ubiraci Matildes de Jesus** agradeceu a Mesa
1190 Diretora pelo compromisso ao pautar o tema e frisou que é preciso promover debate específico sobre
1191 política de equidade em relação às mulheres negras e formar profissionais para atender esta
1192 população, considerando as especificidades. Salientou que o 25 de julho - Dia Internacional da Mulher
1193 Negra - é emblemático para o empoderamento das mulheres negras, mas é preciso que essa pauta se
1194 torne permanente, dados dos desafios a serem enfrentados. Concluídas as explanações das
1195 convidadas, foi aberta a palavra ao Plenário. Nas falas, foi destacada a riqueza das explanações e
1196 foram levantadas as seguintes questões: o Brasil ainda é um país racista e preconceituoso e esta
1197 questão precisa ser vencida, inclusive, para avançar na implementação da Política de Saúde da
1198 População Negra; é preciso estreitar a articulação dos órgãos do Ministério da Saúde com a Secretaria
1199 da Pessoa com Deficiência/MJ e Coordenação da Pessoa com Deficiência; é necessário revisar o
1200 Plano Nacional de Saúde a partir das questões colocadas no debate (raça, equidade e saúde da
1201 população negra, com recorte para a mulher negra); o CNS deve solicitar à área técnica do
1202 DAGEP/SGEP dossiê técnico com dados, informações e diretrizes sobre a Política da Saúde da
1203 População Negra (Saúde da Mulher Negra) para enviar aos Conselhos Municipais de Saúde de modo a
1204 subsidiar a inserção da temática nos Planos Municipais de Saúde, que estão em processo de
1205 elaboração; deve-se solicitar a revisão do SISPACTO, para que os indicadores e metas sejam
1206 desagregados a partir do recorte de raça/cor, priorizando os indicadores de mortalidade materna e
1207 infantil; é preciso incluir conteúdos sobre raça/etnia, saúde da população negra, saúde da mulher negra
1208 nos processos de formação/capacitação de conselheiros de saúde; a pauta da saúde da população
1209 negra, com recorte para a mulher negra, deve ser contemplada na programação das Conferências
1210 Nacionais de Saúde da Mulher e de Vigilância à saúde; sugestão de promover diálogo com a comissão
1211 organizadora da 2ª CNSMu para incluir uma mesa sobre saúde das mulheres negras na Conferência;
1212 as comissões do CNS devem debater temas relacionadas à saúde da população negra (combate ao
1213 racismo, saúde da mulher negra, genocídio de jovens negros, entre outros). Após essas intervenções, a
1214 mesa fez breves considerações por conta do avançado da hora. Após o retorno da mesa, foram
1215 apresentadas ainda as seguintes propostas de encaminhamento: elaborar recomendação que retrate
1216 movimento político do CNS sobre a Política de Saúde da População Negra (*indicados: conselheira*
1217 **Ubiraci Matildes** e conselheiro **Artur Custódio**); e avaliar a efetividade da fusão das Comissões do
1218 CNS, feita no processo de recomposição, com destaque para a Comissão Intersetorial de Políticas de
1219 Promoção de Equidade que englobou os temas: população negra, LGBT, População em situação de
1220 rua, do campo, da floresta e das águas e comunidades tradicionais. Na sequência, a mesa fez a leitura
1221 dos encaminhamentos que emergiram do debate. **Deliberação: o Plenário aprovou as seguintes**

1222 propostas: 1) revisar o Plano Nacional de Saúde a partir das questões colocadas no debate
1223 (raça, equidade e saúde da população negra, com recorte para a mulher negra); 2) Solicitar à
1224 área técnica do DAGEP/SGEP dossiê técnico com dados, informações e diretrizes sobre a
1225 Política da Saúde da População Negra (Saúde da Mulher Negra) para enviar aos Conselhos
1226 Municipais de Saúde de modo a subsidiar a inserção da temática nos Planos Municipais de
1227 Saúde, que estão em processo de elaboração; 3) solicitar a revisão do SISPACTO, para que os
1228 indicadores e metas sejam desagregados a partir do recorte de raça/cor, priorizando os
1229 indicadores de mortalidade materna e infantil; 4) incluir conteúdos sobre raça/etnia, saúde da
1230 população negra, saúde da mulher negra nos processos de formação/capacitação de
1231 conselheiros de saúde; 5) solicitar a inserção da pauta da saúde da população negra, com
1232 recorte para a mulher negra, na programação das Conferências Nacionais de Saúde da Mulher e
1233 de Vigilância à saúde; 6) dialogar com a comissão organizadora da 2ª CNSMu para incluir uma
1234 mesa sobre saúde das mulheres negras na Conferência; i) elaborar recomendação que retrate
1235 movimento político do CNS sobre a Política de Saúde da População Negra (*indicados:*
1236 conselheira **Ubiraci Matildes** e conselheiro **Artur Custódio**); j) avaliar a efetividade da fusão das
1237 Comissões do CNS, feita no processo de recomposição, com destaque para a Comissão
1238 Intersetorial de Políticas de Promoção de Equidade que englobou os temas: população negra,
1239 LGBT, População em situação de rua, do campo, da floresta e das águas e comunidades
1240 tradicionais; e k) solicitar às comissões do CNS que promovam debate sobre temas
1241 relacionadas à saúde da população negra (combate ao racismo, saúde da mulher negra,
1242 genocídio de jovens negros, entre outros). Com essa definição, a mesa encerrou o primeiro dia de
1243 reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares** – **André Luiz de Oliveira**,
1244 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos
1245 Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Antônio Vital**, Pastoral da
1246 Saúde; **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde –
1247 CONASEMS; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas
1248 pela Hanseníase (MORHAN); **Breno de Figueiredo Monteiro**, Confederação Nacional de Saúde –
1249 CNS; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Cláudio Ferreira do**
1250 **Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**,
1251 Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dylson Ramos Bessa**
1252 **Junior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Edmundo Dzuaiwi**
1253 **Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo**
1254 **Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda**
1255 **da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos
1256 Trabalhadores; **Guilherme Franco Netto**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Jani**
1257 **Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força
1258 Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Luiz**
1259 **Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical –
1260 SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marcos da**
1261 **Silveira Franco**, Ministério da Saúde; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
1262 Assistentes Sociais (FENAS); **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil –
1263 ONCB; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Nelcy**
1264 **Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da
1265 Saúde; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**,
1266 Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; Ricardo Barros, Ministério da Saúde
1267 (MS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley**
1268 **Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e**
1269 **Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zaíra Tronco Salerno**,
1270 Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). **Suplentes** – **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal
1271 de Serviço Social – CFESS; **Ana Paula Batista Soledade**, Associação Brasileira de Ostomizados –
1272 ABRASO; **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**, Ministério da Saúde - MS; **Christianne Maria de**
1273 **Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva
1274 Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal
1275 de Fonoaudiologia – CFFa; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e
1276 Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de
1277 Moradores – CONAM; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e
1278 Pensionistas – COBAP; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de
1279 Saúde – CONASS; **Ivo Ferreira Brito**, Ministério da Saúde; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho
1280 Federal de Enfermagem – COFEN; **João Bosco Cavalcanti Chaves**, Federação Nacional dos
1281 Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central
1282 Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional de
1283 População de Rua – MNPR; **José Felipe dos Santos**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY;

1284 **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos
1285 em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Maria Angélica Zollin de Almeida**,
1286 Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**,
1287 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria Thereza Ferreira Teixeira**, Secretaria de
1288 Governo da Presidência da República; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção
1289 da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Priscilla Viegas Barreto**
1290 de Oliveira, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Paulo Roberto Vanderlei**
1291 **Rebelo Filho**, Ministério da Saúde; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e
1292 Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Rodrigo Gomes Marques Silvestre**, Ministério da Saúde;
1293 **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Ubiraci Matildes de**
1294 **Jesus**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da
1295 Criança. O segundo dia de reunião teve início às 8:15, com o item indicações. Antes de começar,
1296 porém, conselheiro **Antônio Muniz** solicitou que fosse assegurado intérprete de libras nas reuniões do
1297 Conselho, a fim de possibilitar às pessoas com deficiência auditiva o acompanhamento dos debates.
1298 Feito esse registro, a mesa foi composta para o item das indicações. *Coordenação:* conselheiro
1299 **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS e conselheira **Francisca Rego**, da Mesa
1300 Diretora do CNS. **INDICAÇÕES - 1)** O Ministério da Saúde, em atenção à Portaria nº 1.535, de 16 de
1301 junho de 2017, solicita indicação de dois representantes – titular e suplente – do Conselho Nacional de
1302 Saúde, para composição do Grupo de Trabalho de formulação da Política Nacional de Monitoramento e
1303 Avaliação do Sistema Único de Saúde - PNMA-SUS e de seu Plano Operativo. Será solicitada a
1304 republicação da Portaria, a fim de garantir dois titulares e dois suplentes do CNS. *Aguardando*
1305 *indicação.* **2)** Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, em atenção à Portaria INCA nº
1306 117/1992, solicita indicação de dois novos representantes – titular e suplente – do Conselho Nacional
1307 de Saúde, para composição do Conselho Consultivo do Instituto Nacional do Câncer – COSINCA,
1308 preferencialmente de entidades que guardem pertinência com a oncologia. *Indicações:* **Titular:**
1309 conselheira **Paula Jonhs**. **1ª Suplente:** **Zaíra Maria Tronco Salerno**. **2ª Suplente:** conselheira
1310 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**. **3)** I Workshop sobre Práticas Integrativas, Complementares e
1311 Populares de Saúde e sua Interface com a Educação Popular em Saúde. Data: 21 de julho de 2017.
1312 Local: São Cristóvão/SE. *Indicações:* conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**; conselheiro **Wilen**
1313 **Heil e Silva**; e conselheira **Simone Maria Leite Batista** (já na coordenação do evento). **4)** VIII
1314 Encontro Regional de ONG AIDS Sudeste. Data: 10 a 12 de agosto de 2017. Local: São Paulo/SP.
1315 *Indicação:* conselheiro **Moysés Toniolo**. **5) Recomposição do Grupo de Trabalho “Atenção**
1316 **Básica”:** **a)** Um representante do Segmento dos Usuários, em virtude da substituição da Conselheira
1317 Juliana Acosta Santorum na composição do CNS. *Indicação:* conselheira **Maria da Conceição Silva**. **b)**
1318 Um representante do segmento dos profissionais de saúde, em virtude da substituição da Conselheira
1319 Liu Leal na composição do CNS. *Indicação:* conselheira **Shirley Marshal**. **c)** Segmento
1320 gestores/prestadores de serviço. *Indicação:* conselheiro **Marcos Franco** em substituição ao conselheiro
1321 **Arilson Cardoso**. **6) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS**. *Indicação de*
1322 **Coordenador (a) e Coordenador (a) Adjunto (a):** **Um representante do segmento dos usuários**.
1323 *Ainda não houve indicação.* Será feita no próximo mês. **Um representante do Segmento dos**
1324 **Profissionais de Saúde**. *Indicação:* conselheira **Shirley Marshal**. Conselheiro **Geordeci Menezes de**
1325 **Souza** foi indicado para assumir a coordenação interinamente, para não prejudicar os trabalhos. **7)**
1326 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS. Um representante do Segmento dos
1327 Profissionais de Saúde, em virtude da substituição da conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** na
1328 composição do CNS. *Indicação:* Conselheira **Analice Dantas Santos**. **8)** Comissão Intersetorial de
1329 Saúde Bucal – CISB/CNS. Indicação de Coordenador (a): um representante do segmento dos
1330 profissionais de saúde, em virtude da substituição do Conselheiro José Arnaldo Pereira Diniz na
1331 composição do CNS. *Indicação:* conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento**. **9)** Comissão
1332 Intersetorial de Atenção a Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD. Indicação de Coordenador
1333 (a): um representante do Segmento dos usuários, considerando as substituições de representantes da
1334 Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF. **Deliberação:** aprovada, com
1335 duas abstenções, a substituição da ONEDEF pela Organização Nacional de Cegos do Brasil -
1336 ONCB na Comissão. Conselheiro **Antônio Muniz da Silva**, representante da ONCB no CNS,
1337 assume a coordenação da CIASPD. **10)** XII Encontro Nacional de Redução de Danos, V Seminário
1338 Nacional de Redução de Danos, Aids e Hepatites Virais, Tuberculose e Direitos Humanos e II Encontro
1339 Nacional ativistas de RD e Fortalecimento dos Direitos Humanos dos PVHAs em rede Salvador.
1340 *Indicação:* conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**. **ITEM 8 – REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL**
1341 **DE ATENÇÃO BÁSICA – PNAB** - *Apresentação:* **Allan Nuno Alves de Sousa**, Diretor do
1342 Departamento de Atenção Básica DAB/SAS/MS; **Liu Leal**, ex-conselheira nacional de saúde,
1343 representante do CEBES, integrante do GT do CNS sobre Atenção Básica; **Maria José Evangelista**,
1344 representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Hisham Mohamed Hamida**,
1345 Secretaria Municipal de Saúde de Goianésia, representando o Conselho Nacional de Secretarias

1346 Municipais de Saúde – CONASEMS. Coordenação: conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa
1347 Diretora do CNS; e conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. O primeiro expositor
1348 foi o diretor do DAB/SAS/MS, **Allan Nuno Alves de Sousa**, que iniciou manifestando satisfação por dar
1349 continuidade ao debate sobre a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB no CNS. Explicou que sua
1350 apresentação seria focada nos principais pontos colocados no último debate. Começou apontando os
1351 pressupostos para atualizar a Política Nacional de Atenção Básica: o tempo de revisão da PNAB (2006-
1352 2011-2017); toda política pública deve ser aprimorada na direção do que se pretende produzir, mas não
1353 se trata de proposta de ruptura da Política; Proposta 5.5.11 da 15^a Conferência Nacional de Saúde:
1354 “Garantir o processo de revisão da política nacional de atenção básica – PNAB, considerando
1355 principalmente as seguintes dimensões: composição de profissionais por equipe de saúde da família,
1356 carga horária dos profissionais e critérios de distribuição de habitantes por equipe”; e resultados
1357 observados nos dois primeiros ciclos do PMAQ, bem como no e-SUS AB, além das atuais
1358 necessidades expressadas pelos gestores (estaduais e municipais), de modo a fomentar um modelo de
1359 atenção à saúde que atenda à pluralidade e às necessidades de saúde do país. Do ponto de vista dos
1360 objetivos, destacou: afirmar os eixos, fundamentos e diretrizes estratégicas para a Política de atenção
1361 básica; reconhecer e garantir nos anexos da PNAB, ações que o MS entende como importante e
1362 fundamental; e qualificar, para o aumento do acesso, acolhimento e resolutividade da AB em todo o
1363 país, respeitando as especificidades existentes nas diferentes realidades. Pontuou também as
1364 premissas para o processo de revisão: reconhecer a diversidade da atenção básica considerando os
1365 grandes desafios para a sua qualificação nas diversificadas realidades; ampliar o acesso, acolhimento e
1366 resolutividade da Atenção Básica; ampliar a integração das Unidades Básicas de Saúde com outros
1367 pontos de atenção das redes (coordenação e continuidade do cuidado); intensificar a oferta de
1368 dispositivos de qualificação do trabalho na atenção básica (educação permanente, telessaúde,
1369 prontuário eletrônico, matriciamento, formação de estudantes e residentes, protocolos clínicos e de
1370 encaminhamento etc); reforçar o papel das Unidades Básicas de Saúde como espaço de formação da
1371 força; ampliar a integração da Atenção Básica com as ações de Vigilância em Saúde; expandir a
1372 capacidade da Atenção Básica em desenvolver ações de promoção e prevenção; e aumentar a
1373 satisfação dos usuários. Apresentou quadro com a agenda de debates realizada pelo MS, desde 2016,
1374 para demonstrar o esforço para diálogo em vários locais com diferentes atores: reuniões do GT de
1375 Atenção da CIT; reuniões com entidades de representação dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS;
1376 reunião com entidades de representação da enfermagem COFEN/ABEN/FNE; reunião com Sociedade
1377 Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; reunião com entidades de representação da
1378 odontologia; participação no Conselho Nacional de Saúde; reunião FIOCRUZ – Joaquim Venâncio;
1379 reunião interna com áreas do MS; reunião descentralizada com academia; reunião centralizada com
1380 academia; Fórum Nacional de Gestão da AB; CIT; Reunião com SVS (pontos específicos dos eixos)
1381 Integração AB e Vigilância. Também citou a reunião do CNS do mês de junho, que tratou do tema,
1382 como marco importante do debate. A representante do CONASS, **Maria José Evangelista**, foi a
1383 segunda expositora e começou frisando que o processo de aprimoramento das políticas, inclusive da
1384 PNAB, deve ser contínuo e permanente para corrigir os problemas identificados, incorporar definições
1385 (por exemplo, a portaria de redes) e atender demandas de gestores. Explicou que o CONASS participa
1386 dos fóruns promovidos pelo DAB, que debate este tema com frequência, promove debates internos na
1387 câmara técnica e assembleias. Além disso, a entidade elaborou texto inicial sobre o tema e a partir
1388 desta proposta, junto com os textos elaborados pelo CONASEMS e MS, está sendo feito debate
1389 visando chegar a um documento oficial. Feita essa consideração geral, passou a apresentar as
1390 propostas do CONASS acerca da matéria: portaria com foco nos princípios e diretrizes – menos normas
1391 – entendendo que a atenção primária é ordenadora e centro de comunicação da rede; anexo da Política
1392 deve contribuir para facilitar o trabalho dos gestores e da equipe; garantia de ações e serviços de
1393 acordo com as necessidades da população e responsabilidade da UBS; fortalecimento da gestão das
1394 unidades da Estratégia Saúde da Família; assegurar, junto com a Estratégia Saúde da Família - ESF,
1395 coordenação do trabalho; elaborar programação com base nas necessidades; operar com sistema de
1396 regulação; tecnologias de gestão da clínica; qualidade e segurança do paciente; a ESF continua como
1397 estratégia prioritária na organização da atenção primária e do SUS; incorporar os mesmos atributos e
1398 princípios onde não há Saúde da Família; incorporar programação e organização dos processos de
1399 trabalho de acordo com as necessidades, considerando classificação de riscos clínicos, riscos sociais e
1400 de vulnerabilidade; estratificar riscos; estabelecer fluxos e contrafluxos; fazer a regulação pela atenção
1401 primária; incorporar utilização de diretrizes clínicas por linha de cuidado e tecnologias de gestão da
1402 clínica; integrar atenção primária com a especializada; e integrar atenção básica com as ações de
1403 vigilância em saúde. Na sequência, fez esclarecimentos sobre questionamentos e dúvidas do CNS: a)
1404 considerandos – optou-se por incluir as políticas, porque são quase 150 portarias que tratam de
1405 atenção primária/atenção básica; assim, saúde bucal não foi contemplada nos considerandos porque
1406 ainda não é uma política, o que não significa que esta questão não está contemplada; b) diferença
1407 entre participação social, orientação comunitária e competência cultural – participação social é

1408 fundamental para consolidar a ESF e a atenção primária; orientação comunitária e competência cultural
1409 são atributos (para obter atenção primária de qualidade é preciso seguir os sete atributos); e orientação
1410 comunitária significa conhecer as necessidades das famílias em função do contexto físico no âmbito da
1411 comunidade e competência cultural exige relação horizontal entre a equipe e a população, respeitando
1412 as suas especificidades. Destacou que o CONASS está atento aos indicadores e citou, por exemplo, o
1413 alto índice de sífilis congênita. De 2008 a 2015, houve aumento de casos – de 5.728 casos para 16.179
1414 casos – e é tarefa de todos enfrentar essa questão alarmante. Entendendo o papel do Estado em
1415 trabalhar com os municípios na qualificação da atenção primária, disse que o CONASS está
1416 desenvolvendo o projeto prioritário “Planificação da Atenção à Saúde”, com atuação em dez Estados,
1417 por região de saúde. Concluindo, disse que o CONASS defende veemente 40 horas para todos os
1418 profissionais da SSF, UBS funcionando o dia todo. Na sequência, explanou o representante do
1419 CONASEMS, **Hisham Mohamed Hamida**, que, inicialmente, explicou que o CONASEMS iniciou essa
1420 discussão por uma demanda da gestão municipal por conta da dificuldade de gerir e potencializar a
1421 atenção básica, tornando-a mais resolutiva e atendendo as demandas do território. Salientou que o
1422 CONASEMS também defende a carga horária de profissional de, no mínimo, 40h semanais, mas
1423 considerando as necessidades de cada região. Destacou que o Grupo do CONASEMS foi instituído a
1424 partir de reunião de CONARES, em 2015, por conta de reclamações de gestores em gerir a atenção
1425 básica. Esse grupo é composto por representantes de todas as regiões do país e visa levantar
1426 subsídios para definição de política mais compatível com a realidade do país. Salientou que, em 2016,
1427 foi realizada a oficina no Congresso do Conasems, com mais de 600 participantes, e, na oportunidade,
1428 foram levantadas, entre outras, as seguintes sugestões: garantia de financiamento tripartite e
1429 sustentável; ampliação do acesso, atendendo a real necessidade da população; Estratégia Saúde da
1430 Família como principal modelo, mas sem desconsiderar os modelos tradicionais existentes; atenção
1431 como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, favorecendo autonomia da gestão municipal e
1432 potencializando a participação dos trabalhadores e estimulando a participação popular; cuidado com
1433 território, integrando as ações de vigilância; e ampliação do território e responsabilização da equipe. A
1434 integrante do GT do CNS de Atenção Básica, ex-conselheira **Liu Leal**, expôs na sequência, e pontuou,
1435 a princípio, que o CEBES compõe o CNS e contribui com este fórum para trazer à sociedade o espaço
1436 de representação que se tem diante de estruturação de política pública. Ressaltou que é preciso se
1437 fortalecer e se colocar na perspectiva do diálogo e enfrentamento de questões necessárias, a fim de
1438 garantir sociedade mais justa e Estado mais forte, que sirva à necessidade do povo brasileiro. Lembrou
1439 que o controle social teve acesso a debate mais aberto e potente sobre as diretrizes para revisão.
1440 Reconheceu que é necessário revisar a política, mas é preciso definir, primeiramente, como fazer.
1441 Defendeu processo de construção ascendente, com debate, inclusive, de questões relativas à
1442 equidade. Disse que esperava naquele momento que fossem apresentados os elementos centrais da
1443 política e as questões a serem melhor elaboradas para definir consensos. Além disso, salientou que as
1444 dúvidas sobre a minuta de portaria de revisão da Política não foram respondidas na sua integralidade.
1445 Frisou que os usuários do SUS precisam que o Sistema funcione e, para isso, é preciso observar onde
1446 e como se dá o funcionamento. Além disso, é preciso definir agenda de enfrentamento, por conta dos
1447 processos políticos em curso de desestruturação do estado de proteção social que aumenta o
1448 sofrimento da população. Registrhou preocupação com a proposta de retirar agentes comunitários de
1449 saúde como perspectiva prioritária de equipe. Salientou que o GT tem se esforçado para trazer o
1450 debate na sua profundidade e aguarda resposta aos questionamentos. Colocou que o GT entende a
1451 necessidade de revisar a Política, mas, para isso, é preciso definir o que necessita de revisão. Informou
1452 também que foi disponibilizada apresentação que realizada na EXPOEPI “Vigilância em Saúde e o
1453 Modelo de Atenção à Saúde (“centralidade” da Atenção Básica), para subsidiar o debate. Além disso,
1454 disse que é preciso debater o princípio da universalização do Sistema e não privatização. Chamou a
1455 atenção para retirada do termo 100% de cobertura do documento, o que sugere a não defesa do
1456 sistema universal e a discussão sobre carteira de serviços, o que significa possibilidade de precarização
1457 do processo de relação com os serviços públicos. O Presidente do CNS agradeceu os convidados e informou
1458 que foi acordada a realização de oficina do CNS sobre modelo de atenção, portanto, o debate não se
1459 encerraria naquele dia. **Manifestações**. Conselheiro **Marcos Franco**, em nome do MS, explicou que
1460 definir média única (de unidades, de equipes...) para o Brasil significa excluir a maior parte dos
1461 brasileiros do processo. Clarificou que a proposta de revisão foi feita com base em deliberações da 15ª
1462 Conferência Nacional de Saúde e lembrou que a formulação da Política é competência do Executivo e
1463 a aprovação, competência do Conselho. Frisou que, para o Ministério da Saúde, a atenção básica é o
1464 modelo central de organização do SUS e, nessa linha, até o fim do mês seria anunciado incremento de
1465 mais de 20% de recursos. Salientou que as bases do Ministério da Saúde são: Conferência de Alma-
1466 Ata, princípios da 8ª Conferência Nacional de Saúde; Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90, Política Nacional de
1467 Atenção Básica. Frisou que a proposta é desregulamentar, mantendo o eixo fundamental da atenção
1468 básica que são os atributos prescritos no livro de Barbare Strates, dialogando com as diretrizes
1469 apontadas na 15ª CNS. Frisou que o Ministério da Saúde possui a obrigação de formular a revisão,

1470 para isso, está ouvindo o país a esse respeito em fóruns democráticos de debate. Sobre a sífilis,
1471 destacou que o aumento ocorreu inclusive em regiões onde a atenção básica é eficiente e recordou que
1472 a indústria farmacêutica retirou-se da produção da Benzetacil, utilizada no tratamento da sífilis e
1473 retomou após luta. Ressaltou que a análise sobre a necessidade de revisão da Política não pode ser
1474 simplista e deve considerar as questões multifatoriais. Por fim, disse que assumiria a participação no
1475 GT de Atenção Básica e citou, por exemplo, que no relatório do Grupo do CNS foram citadas como
1476 referência portarias que não estão mais vigentes. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** frisou que a
1477 ótica do CONASEMS é “nenhum passo atrás”, mas com o entendimento de que é preciso revisar para
1478 aperfeiçoar. Lembrou que é tarefa da gestão executar a Política, avaliá-la e propor ajustes para
1479 avançar e melhorar na execução. Reiterou que o CONASEMS abriu processo de discussão com os
1480 gestores municipais e destacou que foi realizada oficina em Fortaleza para levantar subsídios à revisão.
1481 Salientou que o momento é de acúmulo de discussão e esse processo deve ser feito com a máxima
1482 tranquilidade, de forma fraterna, pois todos almejam o avanço e fortalecimento da atenção básica e do
1483 SUS. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** identificou dois pontos iniciais do debate que foram
1484 vencidos: atualização de políticas deve ser feita de forma permanente; e a revisão/atualizada está
1485 sendo conduzida de forma correta, com amplo processo de debate. Nessa linha, alertou o Plenário
1486 sobre a linha de debate que está se construindo no CNS, porque pode tornar os conselheiros
1487 adversários, o que não é, uma vez que todos defendem o mesmo, com princípios distintos. No seu
1488 entendimento, o GT do CNS deveria apresentar proposições, mas isso não aconteceu, e foram
1489 apresentados questionamentos. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** reiterou a importância da atenção
1490 básica, uma peça-chave para qualquer modelo. Para garantir SUS mais integral e de qualidade, frisou
1491 que é preciso revigorar cada vez mais a atenção básica e torná-la mais acessível, com profissionais
1492 cada vez mais capacitados e valorizados. Explicou que a proposta é realizar seminário no próximo mês
1493 para debater o tema e apresentar mais sugestões. Dada a importância e amplitude da temática,
1494 apresentou a proposta do Fórum de Usuários de extinguir o GT e criar câmara técnica, vinculada à
1495 Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde –
1496 CIPPSPICS, contemplando o acúmulo do debate já existente. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira**
1497 lembrou que uma das primeiras experiências ocorreu no início da década de 80, em São Paulo, e na
1498 época uma das características era que o ACS fosse um líder da comunidade. Mas, isso foi modificando
1499 com o tempo e a ausência de ligação do agente com a comunidade traz problemas. Salientou que nos
1500 espaços de discussão é preciso garantir a presença de outros atores, inclusive dos conselhos
1501 responsáveis pelas resoluções que irão determinar as ações dos profissionais. Além disso, é preciso
1502 ouvir a população e discutir a partir da realidade. Neste ponto, o Presidente do CNS abriu a palavra
1503 para o Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo Barros**, para breve manifestação. O Ministro
1504 cumprimentou o Plenário e agradeceu a oportunidade de falar aos conselheiros. Frisou que é preciso
1505 garantir maior resolutividade na atenção básica, e também na Média e Alta Complexidade e destacou
1506 que, segundo relatório do Banco Mundial, há 35% de ociosidade na atenção básica e 70% na média e
1507 alta complexidade. Também destacou que é preciso garantir o cumprimento das horas dos médicos nas
1508 unidades básicas de saúde, o que, por si só, estrutura o Sistema. Além disso, ressaltou a importância
1509 da informatização do Sistema e comunicou que será publicado edital de credenciamento de empresas
1510 de informática para instalar sistema de informatização nas prefeituras, contemplando: biometria para
1511 usuários e funcionários, computadores, tablets para informação das visitas realizadas pelos agentes
1512 de saúde, conectividade, treinamento de pessoa e envio de informações. Esclareceu que o sistema
1513 será alugado, com contrato de sessenta meses, e o custeio é feito pela prefeitura (50%) e pelo
1514 Ministério da Saúde (50%). Destacou que as prefeituras com sistemas de informatização funcionando
1515 receberão recurso do MS como cofinanciamento. Além disso, sistemas já existentes serão integrados
1516 para melhor acompanhamento dos usuários. Também comunicou que serão publicadas portarias na
1517 área de atenção básica na ordem de R\$ 700 milhões e serão adquiridas ambulâncias, academias,
1518 SAMUs como reaplicação de recursos decorrentes de economia, possibilitando ampliação do acesso.
1519 Além disso, está sendo realizado trabalho de ordenamento do sistema jurídico – “SUS Legal” – com
1520 empoderamento dos conselhos municipais, planos municipais e vereadores e caminhando para o
1521 planejamento ascendente. Inclusive, salientou que os Conselhos serão responsabilizados pelo
1522 acompanhamento, fiscalização e definição das políticas estabelecidas, assegurando efetivo controle
1523 social da aplicação dos recursos da saúde. Lembrou que essa proposta foi aprovada na Comissão
1524 Intergestores Tripartite e será apresentada ao para homologação ou não. Conselheira **Oriana Bezerra**
1525 **Lima** concordou que a Política não deve ser estanque, mas sim reavaliada, considerando os dados
1526 epidemiológicos, os territórios e os agravos. Todavia, manifestou preocupação com a proposta de
1527 revisão da Política que atribuiu ao médico o planejamento e gerenciamento das ações, diferente do que
1528 é definido hoje: sistema é coordenado pelas equipes de vigilância ambiental, ou vigilância em zoonose.
1529 Também manifestou preocupação com as seguintes atribuições dos agentes de endemias, que
1530 precisam ser melhor discutidas: controle do Aedes (mas há outros agravos); articulação com órgãos
1531 municipais de limpeza urbana; e visita domiciliar bimestral em 100% dos imóveis. Conselheira **Záira**

1532 **Tronco Salermo** perguntou se o GT debateu a exclusão da Portaria do Programa Saúde na Escola no
1533 processo de revisão, entendendo que este dispositivo deve permanecer. Conselheira **Shirley Marshal**
1534 **Diaz Morales** solicitou esclarecimentos do Ministério, uma vez que não compreendeu a metodologia do
1535 debate. Lembrou que, na última reunião, o coordenador do DAB/MS afirmou que o documento em
1536 debate não era oficial; assim, perguntou qual é a proposta oficial deste Ministério, uma vez que não foi
1537 enviado outro documento ao Conselho. Salientou que situações de processo de doenças, como alto
1538 índice de sífilis, não podem ser atribuídas ao trabalhador, pois o número é traduzido de forma absoluta
1539 e não há debate sobre os motivos das taxas. Ressaltou que a Portaria não reflete a realidade e a
1540 necessidade das comunidades e não valoriza a busca ativa e o espaço da comunidade. Por fim, disse
1541 que é preciso fazer debate qualificado, inclusive com os trabalhadores da saúde. Conselheira
1542 **Francisca Valda da Silva** disse que os trabalhadores da saúde, em aliança com os usuários do SUS,
1543 não abrem mão de debater a universalidade da atenção versus cobertura universal. Salientou que
1544 cobertura universal é terminologia defendida internacionalmente acerca de atenção primária que trata
1545 de modalidade do mercado da saúde do futuro, muito próxima de seguros sociais e não garante o
1546 acesso e prestação de serviços de saúde à população. Nessa linha, salientou que é preciso entender a
1547 proposta de “carteira de serviços” e frisou que a saúde não é mercadoria e este princípio constitucional
1548 precisa ser preservado. Salientou que está sendo feita disputa democrática e fraterna por projeto e
1549 modelo de atenção e frisou que é preciso sensibilidade humana social e política, com compromisso
1550 com a população. Nessa linha, pontuou as seguintes questões a serem contempladas: território e
1551 realidade complexa no âmbito de transição epidemiológica. Além disso, é preciso debater o modelo
1552 técnico assistencial e das equipes de atenção, integrando generalistas e especialistas na atenção
1553 básica, porque o maior desafio é ampliar a capacidade de respostas deste nível da atenção. Endossou
1554 a proposta de criar Câmara e sugeriu extrair do PMAQ análise fundamentada do banco de dados a fim
1555 de pensar os desafios. **Retorno da mesa.** A representante do CONASS, **Maria José Evangelista**,
1556 pontuou na sua fala que: concorda com o que foi colocado pela representante do CEBES, Liu Leal e
1557 declarou ter respondido as perguntas feitas, com exceção do conceito de atenção primária porque o
1558 diretor do DAB já havia colocado; o documento que foi debatido pelo GT do CNS é preliminar e
1559 incompleto; o grande desafio é sair do discurso e ir para prática; o conselho local possui
1560 responsabilidade na fiscalização e precisa fazer parte da programação das atividades, avaliação e
1561 acompanhamento das ações; a proposta não é retirar questões da PNAB, mas sim acrescentar para
1562 diálogo com a rede (para isso, é preciso desfragmentar); é preciso debater para levantar contribuições
1563 ao processo de revisão da Política (o CNS pode acompanhar o trabalho para verificar o que as equipes
1564 precisam); a Portaria que define a rede define como deve ser, assim, é preciso implementar; e o
1565 CONASS possui várias publicações sobre atenção primária em rede e todos podem ter acesso.
1566 Conselheiro **Jurandi Frutuoso** convidou o CNS para acompanhar o trabalho do CONASS, realizado
1567 desde 2007, de planificação da atenção primária à saúde na prática, que está presente em onze
1568 estados (com treinamento de 10.600 trabalhadores). O Diretor do DAB/SAS/MS, **Allan Nuno Alves de**
1569 **Sousa**, das falas dos conselheiros, destacou que: não há documento oficial do Ministério da Saúde,
1570 mas sim, vários documentos resultantes das agendas de debate e o esforço é fazer, no debate
1571 permanente, uma síntese de toda discussão; o documento disponibilizado ao CNS e analisado pelo GT
1572 é um dos documentos resultantes dos debates; o CNS não deve focar o debate em um único
1573 documento, uma vez que há vários outros, porque, assim, perde-se a oportunidade de debater os
1574 principais elementos de modo a definir os eixos estruturantes que devem estar na Política, de modo a
1575 garantir atenção básica de qualidade, acessível; o Ministério da Saúde não está colocando os
1576 problemas da atenção básica na responsabilidade dos trabalhadores, pois este é um problema do
1577 Sistema, que envolve o trabalhador; o formato de “carteira de serviços” é um modelo utilizado por
1578 outros países, mas o termo não é o mais importante, entendendo que é preciso definir na PNAB o que
1579 é inegociável; e é possível fazer debate pormenor de vários elementos que contribuirão para definir as
1580 possíveis medidas concretas a serem adotadas para garantir o definido na Política. O representante do
1581 CONASEMS, **Hisham Mohamed Hamida**, acrescentou na sua fala que: a “carteira de serviço” é uma
1582 relação de serviços da atenção básica para ampliação do escopo, assegurando resolutividade e
1583 ampliação do acesso; e a intenção é atingir financiamento robusto e *per capita* que atenda ao anseio e
1584 necessidade da população, assegurando autonomia na organização (daí a importância da participação
1585 popular). A representante do CEBES, **Liu Leal**, agradeceu as contribuições e salientou que este debate
1586 está sendo construído no âmbito do Conselho. Afirmou que o GT do CNS sobre Atenção Básica tem
1587 cumprido o papel para qual fora constituído: analisar a Política e apresentar subsídios para debate no
1588 Pleno. Todavia, concordou que é preciso criar outra estratégia para ampliar o debate sobre modelo de
1589 atenção. Fez duas ponderações a serem consideradas no debate: espaço do controle social na
1590 construção do estado brasileiro; e as entidades representantes do campo e da reforma sanitária estão à
1591 disposição para debate. Fez um alerta ao CONASS, porque o documento retirou a atribuição das
1592 Secretarias Estaduais de apoiar os municípios. Discordou desse ponto, entendendo que é preciso
1593 reforçar o papel do Estado na estruturação da Política. Sobre a discussão acerca da “carteira de

1594 serviços", destacou que ocorre em outros países, mas na lógica da relação público/privado e o debate,
1595 nesta caso, não se refere à nomenclatura. **Manifestações**. Conselheira **Paula Jhons** interveio para
1596 apresentar a seguinte Questão de Ordem: o debate não deve centrar-se em um documento que não é
1597 válido. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que o Grupo da CIT,
1598 em resposta à solicitação do CNS, apresentou documento preliminar com os pontos levantados na
1599 discussão e o GT do CNS fez apontamento a partir desta minuta. Assim, salientou que o CNS deve se
1600 debruçar sobre os elementos da revisão da PNAB e não propriamente no documento. Conselheiro
1601 **Willen Heil e Silva** agradeceu as apresentações porque foram enriquecedoras e, para qualificar o
1602 debate, sugeriu a elaboração de cartilha, voltada aos conselheiros, com as diretrizes aprovadas nas
1603 Conferências de Saúde e sua interface com as políticas. Também destacou que a Classificação
1604 Internacional de Funcionalidade – CIF, sugerida como diretriz na 15ª Conferência, é um indicador
1605 importante e deve ser utilizado. Lembrou a importância das práticas integrativas e complementares,
1606 inseridas como diretrizes da 15ª CNS, porque melhoram hábitos e estilos de vida e diminuem custo
1607 com tratamento, por exemplo. Também defendeu a participação da CIPPSPICS/CNS no GT de
1608 Atenção Básica, para contribuir no debate. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** salientou que
1609 este tema deve ser amplamente discutido e, na sua visão, a minuta representa contrarreforma à
1610 Política. Avaliou que se trata de um ataque com o objetivo de adequar a Política ao ajuste fiscal de
1611 contenção orçamentária e financeira do governo. Nesse sentido, frisou que é necessário continuar a
1612 defesa dos princípios do SUS, uma vez que princípios do Sistema, como a gratuidade, foram retirados
1613 do documento. Salientou que os "considerandos" do documento não podem ser ponto central do
1614 debate, mas ponderou que a minuta apresenta retrocessos às demandas das populações que utilizam
1615 o SUS e dos trabalhadores (incorporação da equipe de saúde bucal na equipe de saúde da família e do
1616 NASF). Também destacou que é preciso refletir o que a minuta representa em termos de retrocesso e
1617 precarização das condições e das relações de trabalho e a relação com a terceirização. Pontuou que a
1618 proposta de "carteira nacional de serviços essenciais e estratégicos", independente do nome,
1619 representa construção de pacote básico mínimo – "SUS pobre para pobres". Por fim, disse que a
1620 proposta representa também um ataque ao CNS e ao controle social como um todo. Conselheira **Nelcy**
1621 **Ferreira da Silva** manifestou satisfação com o debate e frisou que é preciso dialogar, considerando
1622 que está em foco o interesse da sociedade. Salientou que o Conselho está tentando contribuir com a
1623 revisão da política, de forma qualificada, assim, perguntou qual versão do documento o GT do CNS
1624 pode trabalhar. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** fez as seguintes perguntas para reflexão:
1625 Qual modelo de atenção é necessário? Qual é o modelo desejável? Qual modelo se pode alcançar?
1626 Pontuou questões essenciais para este nível de atenção: garantia de sistema de informação eficiente
1627 que ofereça informações sobre as necessidades de saúde das pessoas; garantia de cuidado ao
1628 profissional; e financiamento. Também falou sobre o processo de trabalho e a relação com a oferta de
1629 serviços, destacando que a oferta deve ser flexível. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto** explicou que
1630 a CIVS participou da EXPOEPI e debateu o tema. Como resultado, foi elaborada recomendação, que
1631 seria apresentada ao Plenário no último item da pauta, solicitando ao MS que indique representante
1632 para o GT do CNS sobre atenção básica. Além disso, foram apresentadas propostas que não puderam
1633 constar na recomendação, sendo: é preciso aprofundar o debate no CNS (no Plenário, nas comissões e
1634 no GT); e estimular o debate do tema na 1ª CNVS. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** saudou o CNS
1635 pela criação do GT e reiterou que a atenção básica é essencial para o SUS, mas não avançou porque
1636 não foi dada a prioridade e as condições necessárias para seu funcionamento. Frisou que esse debate
1637 é importante e histórico para o SUS e agradeceu o CNS pela ampliação do GT. No mais, apresentou as
1638 seguintes propostas: incluir um representante dos usuários no GT do CONASEMS; revisar a PNAB e
1639 rever o horário de funcionamento das unidades (devem funcionar à noite para atender pessoas que
1640 trabalham durante o dia); criar câmara técnica do CNS sobre o tema; e recomendar à gestão a
1641 integração entre urgência, emergência e unidade básica. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza**
1642 elogiou a fala do CONASEMS porque apontou caminho para discussão, mas questionou a fala da
1643 representação do CONASS por entender que desqualificou o debate, as instituições e a história dos
1644 conselheiros. Nesse sentido, apelou para que haja cuidado e respeito à história dos conselheiros e das
1645 conselheiras, porque trazem disputas e anseios, mas também tentativa de chegar a consensos que
1646 melhorem a qualidade do atendimento às pessoas. Frisou que a discussão central refere-se a modelo e
1647 concordou que é preciso modificar o processo de debate desse tema. Salientou que é preciso construir
1648 uma proposta de forma conjunta e avaliou que a criação de câmara técnica é uma saída, articulada à
1649 Comissão de Vigilância em Saúde. Além disso, é necessário aprofundar o debate para chegar à
1650 proposta que garanta o máximo de melhorias e o mínimo de retrocessos. Conselheira **Paula Johns**
1651 endossou a fala do conselheiro Artur Custódio em relação a modelo e apoio à criação de câmara
1652 técnica. Também fez as seguintes considerações sobre o documento analisado pelo GT: Programa
1653 Saúde na Escola é central e precisa ser mencionado na Política; e Portarias mencionadas no
1654 documento estão desatualizadas e precisam ser revisadas. Conselheiro **Moyses Toniolo** destacou os
1655 seguintes aspectos na sua fala: não há documento base de propostas da CIT e o GT do CNS se propôs

1656 a discutir proposta de reformulação da PNAB que não existe; após vasto cronograma de atividades e
1657 reuniões do GT da CIT ainda não há documento oficial; e o debate do GT do CNS está prejudicado por
1658 conta da ausência de representantes de gestores. Como encaminhamento, propôs que o CNS solicite o
1659 envio da atual proposta preliminar da CIT, resultado da discussão acumulada em dez meses; se não for
1660 disponibilizada, que o Conselho invoque a Lei de Acesso e Transparéncia da Comunicação, uma vez
1661 que nenhum órgão, instituição ou gestor público pode se negar a dar conhecimento de objeto discutido,
1662 proposto e deliberado no âmbito de suas atribuições administrativa pelo Estado de Direito. Conselheira
1663 **Ubiraci Matildes de Jesus** apelou ao CONASS, CONASEMS, MS e CNS que definam
1664 encaminhamento para estimular o debate desse tema na base (nas capitais, nos Conselhos Municipais
1665 de Saúde), a partir do cronograma apresentado pelo diretor do DAB/MS. Além disso, sugeriu: debater a
1666 temática em todas as comissões do CNS e realizar uma mesa sobre esse tema na 2^a CNSMu.
1667 Destacou também que é preciso contemplar as políticas de equidade na PNAB, além das práticas
1668 integrativas e complementares. **Retorno da mesa.** A representante do CEBES, **Liu Leal**, integrante do
1669 GT do CNS, passou às considerações finais contemplando os seguintes aspectos: importância da
1670 mesa, pois é a partir da construção de espaços de diálogo que será possível trazer os grandes
1671 desafios, entendendo que as entidades componentes do CNS visam o enfrentamento das iniquidades e
1672 o fortalecimento do SUS; o GT do CNS deseja conhecer a agenda de debate e contribuir com as
1673 discussões; o documento analisado pelo GT foi entregue pela CIT, portanto, não se trata de produto do
1674 CNS; a partir desse debate, espera estabelecer agenda de debate/cooperação entre o controle social e
1675 a gestão; as pessoas que debatem trazem história de vida sobre as políticas públicas e é preciso ter
1676 cuidado no debate; o GT analisou aspectos pontuais para qualificar discussão e ter capacidade de não
1677 errar, pois os erros causam morte; PSE deve estar contemplado no documento porque é fundante na
1678 discussão da promoção da saúde; é preciso debater a necessidade real do território e esse termo, que
1679 está desaparecendo da Política, é fundamental e precisa ser retomado para corrigir iniquidades; o
1680 debate sobre o mundo do trabalho é estruturante; Programa mais médicos é uma política importante de
1681 provimento, que atuou nas iniquidades, mas não aparece no documento; e preocupação com o debate
1682 sobre desregulamentação especialmente em um momento de desestruturação das políticas públicas e
1683 ataque ao Estado Brasileiro. Por fim, agradeceu a possibilidade de debate no CNS. O representante do
1684 CONASEMS, **Hisham Mohamed Hamida**, pontuou as seguintes questões na sua fala: GT do
1685 CONASEMS foi constituído em 2015 e contempla representantes de todas as Regiões do país; o
1686 Congresso do CONASEMS, realizado em 2016, foi aberto a todos os segmentos, a fim de atingir a
1687 realidade de todo o país; o tema está em discussão e o diálogo fortalece o objetivo comum de fortalecer
1688 a atenção básica, tornando-a mais resolutiva no que se refere ao processo do trabalho, acesso,
1689 universalização. O Diretor do DAB/SAS/MS, **Allan Nuno Alves de Sousa**, respondeu aos
1690 questionamentos reconhecendo o avanço no debate, com superação de “falsos dilemas” (necessidade
1691 ou não de revisar, por exemplo). No mais, fez questão de clarificar que jamais defenderia proposta para
1692 diminuir a atenção básica. Além dessas questões, pontuou que: os termos utilizados podem ser
1693 debatidos e modificados, se for o caso; as questões levantadas no debate do CNS são subsídios para
1694 modificação do conteúdo da PNAB; carteira de serviços – tentativa de apresentar saída à sociedade
1695 brasileira para reivindicar dos trabalhadores e gestores a qualificação do que está sendo oferecido para
1696 a sociedade; a partir da Política, é preciso aumentar a capacidade de gestores e trabalhadores
1697 decidirem o que é melhor no planejamento e organização dos serviços, de acordo com a realidade
1698 local; não se deve centrar o debate em documento, mas sim focar nos princípios que precisam estar
1699 presentes na PNAB; é importante aprofundar o debate e o MS está à disposição; e tomou nota das
1700 contribuições e muitas das sugestões do Conselho estão sendo incorporadas. A representante do
1701 CONASS, **Maria José Evangelista**, pontuou na sua fala as seguintes questões: é consenso entre os
1702 gestores o papel do Estado na atenção primária em apoio aos municípios – este ponto deve ficar claro
1703 no documento; para qualificar a atenção primária, é preciso focar no modelo; a demanda que chega à
1704 atenção especializada está desorganizada; a atenção primária precisa estratificar o risco e encaminhar
1705 para atenção especializada e esta deve devolver à atenção primária, assegurando acesso àquele que
1706 precisa de especialista; é preciso garantir equipe multiprofissional para atender as reais necessidades
1707 da população, assegurando atenção primária qualificada; e ainda há desalinhanamento conceitual de
1708 rede, portanto, é preciso debater esse. Por fim, disse que colocou a posição do CONASS, de forma
1709 respeitosa, em um espaço democrático de debate. Todavia, desculpou-se se na sua fala foi indelicada.
1710 Conselheiro **Jurandi Frutuoso da Silva** salientou que a representante do CONASS na mesa é uma
1711 pessoa respeitosa e que ao longo de sua vida profissional e acadêmica trabalha em prol da atenção
1712 primária. Além disso, pontuou que os poucos funcionários do CONASS são escolhidos com muito
1713 critério e um deles é a maneira como se relaciona com as pessoas. Cumprimentou a todos pelo debate
1714 e insistiu na readequação das políticas de saúde do país como um todo. Por fim, frisou que a atenção
1715 primária é um princípio fundante do Sistema. Após as falas da mesa, o Presidente do CNS procedeu
1716 aos encaminhamentos. Sintetizou as propostas oriundas do debate e o Plenário acrescentou outras
1717 sugestões. **Deliberação: neste ponto de pauta, as deliberações foram as seguintes: 1) aprovadas**

1718 as propostas da CIVS/CNS: a) pautar o debate deste tema de forma permanente nas comissões
1719 do CNS; b) promover debate deste tema na 1^a CNVS; 2) recompor o GT de Atenção Básica; 3)
1720 remeter ao GT de atenção básica a definição do desenho (escopo de ação) de Câmara Técnica
1721 do CNS; e 4) realizar seminário sobre atenção básica, dia 9 de agosto de 2017 (às vésperas da
1722 296^a RO), no Rio de Janeiro. Além dessas deliberações, as seguintes propostas foram
1723 apresentadas e serão avaliadas pela Mesa Diretora do CNS quanto à viabilidade: construir
1724 proposta de consulta pública sobre o processo de revisão da Política Nacional de Atenção
1725 Básica; realizar oficina do GT, no dia 8 de agosto para ajudar na organização do seminário
1726 (CEBES, FIOCRUZ, ABRASCO podem contribuir nesse processo); indicar mais representantes
1727 dos dois segmentos – trabalhadores e gestores para o GT, de modo que o Grupo seja composto
1728 por três usuários, três gestores e três trabalhadores; solicitar ao CONASS que estimule o debate
1729 do tema nas SES e CES, ao CONASEMS que estimule debate nas SMS e CMS e ao MS que
1730 estimule o debate nos seus núcleos estaduais. ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE
1731 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO – CIAN - As Décadas e os Objetivos da Nutrição e Compromissos
1732 brasileiros. O Histórico da CIAN. Aliança pela Alimentação Saudável - Apresentação: Michele
1733 Lessa de Oliveira, Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN/DAB/SAS/MS; Michele
1734 Lessa de Oliveira, Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN/DAB/SAS/MS; conselheira
1735 Zaíra Tronco Salermo, coordenadora da CIAN/CNS; conselheira Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro;
1736 e conselheira Paula Jhons. Coordenação: conselheiro Neilton Araújo de Oliveira, da Mesa Diretora
1737 do CNS. A primeira expositora foi a coordenadora da CIAN, conselheira Zaíra Tronco Salermo, que
1738 fez uma exposição sobre a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN. Lembrou que a
1739 Comissão está prevista na Lei n° 8.080/90, Art. 13 item I, e foi reinstalada pela Resolução – CNS n°
1740 299, de maio de 1999. Salientou que a finalidade da CIAN, prevista no Regimento Interno, é atuar na
1741 formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos
1742 econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua
1743 amplitude, no âmbito dos setores público e privado. O objetivo da Comissão é integrar a Política
1744 Nacional de Alimentação e Nutrição, em observância aos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS,
1745 na Política Nacional de Promoção da Saúde. Acrescentou que a função precípua da Comissão é
1746 controlar e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades da Política Nacional de Alimentação
1747 e Nutrição, contribuir para a promoção de mecanismos para a consolidação do Sistema Nacional de
1748 Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, e acompanhar a implementação e controle do Programa
1749 Bolsa-Família no país. Detalhou ainda as atribuições da CIAN: assessorar as decisões do Conselho
1750 Nacional de Saúde no campo da alimentação e nutrição; elaborar relatórios periódicos de sua atuação
1751 junto ao CNS; subsidiar os Conselheiros Nacionais de Saúde na discussão de temas relacionados a
1752 Alimentação e Nutrição; promover e participar de eventos, cujos temas estejam relacionados a
1753 Alimentação e Nutrição; acompanhar tramitação de matérias relacionadas com a Alimentação e
1754 Nutrição no Congresso Nacional; estimular a formação das CIANs Estaduais e Municipais; formular
1755 estratégias para avaliar e controlar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN aprovada
1756 pela Portaria n.o 710, de junho de 1999; articular políticas e programas de interesse para saúde cuja
1757 execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS; promover mecanismos para a
1758 consolidação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN; e acompanhar a
1759 Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde – CGAN/MS e no
1760 desenvolvimento dos programas nos trabalhos de campo. Detalhou os temas presentes das discussões
1761 da CIAN/CNS: beribéri; saúde indígena; PNAN; Programa Bolsa Família; obesidade; propaganda e da
1762 publicidade de alimentos; promoção da alimentação saudável; direito humano à alimentação adequada;
1763 execução orçamentária e financeira da CGPAN; melhorias hortifrutigranjeiros;
1764 agrotóxicos/fitossanitários; doença celíaca; execução orçamentária e financeira referente a alimentação
1765 e nutrição no âmbito da saúde; conferências de saúde; e rotulagem de alimentos. Neste ponto, a
1766 coordenadora da CIAN/CNS abriu a palavra à conselheira Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, que fez
1767 uma fala sobre doença celíaca. Primeiro, saudou a Comissão pelo debate de temas importantes e
1768 destacou, por exemplo, o trabalho da Comissão de revisão da Política de Segurança Alimentar e
1769 Nutricional e construção do Guia Alimentar. No que se refere à doença celíaca, lembrou que a CIAN
1770 solicitou e o Pleno aprovou a recomendação para criação do dia nacional da pessoa com doença
1771 celíaca e está tramitando projeto de lei a esse respeito (n°. 6.666). Em que as conquistas, disse que há
1772 gargalos a serem enfrentados, entre eles, a implementação do Protocolo Clínico e Diretrizes
1773 Terapêuticas da Doença Celíaca, publicado em 2009. Lembrou que a doença celíaca é uma doença
1774 autoimune, cosmopolita, que acomete pessoas de qualquer idade, raça, condição social e, por vezes, é
1775 diagnosticada tarde. Com isso, evolui para complicações graves como câncer. Inclusive, relatou
1776 caso de uma criança com doença celíaca que faleceu por falta de diagnóstico precoce e complicações.
1777 Nesse sentido, fez um apelo emocionado em prol da implementação do Protocolo Clínico e Diretrizes
1778 Terapêuticas da Doença Celíaca. Além disso, salientou que é preciso capacitar os profissionais de
1779 saúde para efetivamente implementar o Protocolo, de modo a diminuir o subdiagnóstico. Reiterou que

1780 crianças, com sintomas da doença, estão morrendo por falta de diagnóstico. Além disso, salientou que
1781 a implementação do Protocolo diminuiria o problema da judicialização para realizar exames de
1782 diagnóstico da doença. Lembrou que a doença celíaca é tratada com dieta alimentar e saudou a
1783 Comissão por ter atentado para essa questão e valorizado no Guia Alimentar "a comida de verdade".
1784 Por fim, destacou que a criação do dia da pessoa com doença celíaca poderá, inclusive, alertar a
1785 população sobre os riscos da doença. Continuando, conselheira **Zaíra Tronco Salermo** salientou que
1786 a doença celíaca é um tema forte debatido na CIAN. Segundo, fez um resgate sobre os principais
1787 temas de debate na CIAN: 2007: acompanhamento da situação do Beribéri; financiamento da Política
1788 Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN; Programa Bolsa Família e o acompanhamento das
1789 condicionalidades do setor saúde; 2008: obesidade e suas consequências como um problema de
1790 Saúde Pública - pautada a discussão no CNS em 08/10/08 (resultou a Recomendação nº. 051, de
1791 11/12/08); regulamentação da Propaganda e da Publicidade de alimentos. (resultou na moção nº.
1792 007, de apoio a ANVISA - em 09/10/08); Resolução CNS n.º 408, de 11 de dezembro de 2008 aprova
1793 as diretrizes para a promoção da alimentação saudável com impacto na reversão da epidemia de
1794 obesidade e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis; 2009: discussão da execução
1795 orçamentária e financeira da CGPAN; apresentação sobre Direito Humano à Alimentação Adequada;
1796 PROHORTE: Estabelecimento de Melhorias Hortifrutigranjeiros; acompanhamento das
1797 condicionalidades do setor saúde do programa Bolsa Família; discussão sobre a resolução nº408 da
1798 regulamentação da propaganda de alimentos; Campanha nacional de prevenção de doenças crônicas
1799 não transmissíveis em especial a OBESIDADE; proposta de Seminário Inter Comissões: CIAN,
1800 CISAMA e CIST. Tema: AGROTÓXICOS e Saúde – Trabalho, Ambiente e Segurança Alimentar;
1801 acompanhar os desdobramentos do GT de Doença Celíaca. 2010: Acompanhamento das Etapas
1802 Estaduais do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS - PNAN 10 anos; Seminário
1803 Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS- PNAN 10 anos. Avanços, perspectivas e desafios. DF 08-
1804 10/06; Execução orçamentária e financeira referente à alimentação e nutrição no âmbito da saúde.
1805 2011 (1 reunião): Acompanhamento da execução orçamentária e financeira referente a Alimentação e
1806 Nutrição no âmbito da Saúde; Apresentação: "Verificação da adequação dos Rótulos de Alimentos
1807 Industrializados à Legislação Vigente"; PN de Suplementação de Ferro; rotulagem de alimentos; e
1808 Estratégias para redução consumo Sódio. 2012 (3 reuniões): PNAN e suas novas diretrizes;
1809 Apresentação do documento orientador para a mobilização da 14ª Conferência Nacional de Saúde;
1810 Necessidades alimentares especiais; Recomendação ao CNS comitê para monitoramento de redução
1811 de sódio; Rotulagem de alimentos; Frente Parlamentar contra Agrotóxicos e seus impactos para saúde
1812 e o programa de análise; Assessoria parlamentar; Alimentos comercializados em centrais de
1813 abastecimento; e obesidade. 2014 (2 reuniões): Debatido e encaminhado ao CNS Regulamentação da
1814 Lei 11.265, que trata da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos Infantis; rotulagem de
1815 produtos infantis e que foi sustada por força de liminar; Lei 10.674/2003 que obriga às empresas a
1816 informarem presença de glúten na composição de produtos alimentícios; Discutida a criação de CIAN a
1817 nível estadual e regional; participação na 15ª Conferência de Saúde: Para o preparo da agenda de
1818 alimentação e nutrição; regulamentação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para
1819 Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras; exposição das nove diretrizes da
1820 PNAN; solicitar à Secretaria Executiva do CNS que garanta uma forma de a Comissão ser alertada das
1821 consultas públicas que acontecem sobre Alimentação e Nutrição. 2015: Doença celíaca, Lei nº
1822 10.674/2003, que obriga que os produtos alimentícios comercializados informem sobre a presença de
1823 glúten, como medida preventiva e de controle, estabelecer limites de glúten em alimentos que contenha
1824 trigo, centeio, cevada e aveia, para fins de rotulagem, em produtos que "não contém glúten. Implantar
1825 protocolo clínico sobre Doença Celíaca publicado pelo Ministério da Saúde; Suplementação de Fe e
1826 micronutrientes, Guia de Consulta para Vigilância Epidemiológica, Assistência e Atenção Nutricional
1827 dos casos de Beribéri; Prevenção e controle da anemia no Brasil – evidências e estratégias;
1828 acompanhamento das matérias legislativas; fortificação de farinhas; Conferências de Saúde e de
1829 Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional; alimentação indígena; PNAN "Alimentação e
1830 Nutrição no SUS: Perspectivas para 2015-2018"; e 5ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e
1831 Nutricional: ações para fomentar o debate sobre saúde e apresentação do guia alimentar para a
1832 população brasileira. 2016-2017: fitoterapia – resolução do CFN e título de especialista da ASBRAN;
1833 alimentação indígena - CISI e SESAI; agrotóxicos - Projeto de Lei que institui a Política Nacional de
1834 Redução de Agrotóxicos (PNaRA) esta no congresso Nacional, para ser votado; PL 6.666/2016 que
1835 propõe o "Dia Nacional da Pessoa com Doença Celíaca", a ser celebrado no dia 20 de maio de cada
1836 ano, em todo o território nacional; Conferências de Saúde: Mulheres e Vigilância em Saúde; PLANASB
1837 política nacional de resíduos sólidos, Lei nº 11.445/2007 que define saneamento básico como o
1838 conjunto das ações; Obesidade infantil – relato do Encontro Internacional da América Latina sobre
1839 Obesidade Infantil CGAN/MS; Informes legislativos-Resumo dos projetos de lei referente ao tema
1840 alimentação e nutrição que estão tramitando junto ao Congresso Nacional; "Operação Carne Fraca" -
1841 moção de apoio; Agenda Regulatória: Rotulagem de Alimentos – ANVISA; Solicitação de

1842 Recomendações: MEC, ANVISA e Ministério da Fazenda; Saúde na escola na PNAB; Projeto de Lei
1843 sobre agrotóxicos; Doença Celíaca – implantação do protocolo e dia do Celíaco. Apresentou os pontos
1844 positivos: Grupo pró-ativo; aumento nas demandas para a comissão; apoio da Mesa Diretora e da
1845 Secretaria Executiva; assessoria técnica; alinhamento com as demandas do CNS; e ética e urbanidade
1846 nas relações. Pontuou também algumas metas para Comissão: apresentar o relatório de atividades
1847 anual; elaborar Plano de trabalho logo na definição do pleito da comissão e o mesmo ter revisão anual;
1848 acompanhar mais próximo as PL em andamento e as solicitações encaminhadas e aprovadas no pleno;
1849 solicitar da Assessoria jurídica o acompanhamento; e orientação para elaboração de: moção,
1850 recomendação, nota técnica, dentro do padrão CNS; pauta sobre financiamento; e fortalecimento da
1851 comissão. Por fim, listou alguns pontos negativos: troca de assessoria técnica; alterações nas
1852 representações; número reduzido de reuniões; e tempo. A segunda expositora foi a coordenadora-
1853 adjunta da CIAN/CNS, **Paula Jhons**, que falou sobre o trabalho da ACT Promoção da Saúde, uma
1854 organização não-governamental focada em ações de advocacy e políticas públicas para o controle dos
1855 principais fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis. Explicou que a ACT iniciou
1856 autuando em prol da implementação do tratado internacional sobre controle de tabagismo e as
1857 atividades são exercidas através da atuação em rede nas quatro áreas-chave da organização: controle
1858 do tabagismo, controle do álcool, alimentação saudável e atividade física. Detalhou que são 1.162
1859 membros, 153 instituições e mais de 350 pessoas treinadas em Advocacy. Explicou que Advocacy é “a
1860 arte de transformar o impossível em algo inevitável” e citou como exemplo de resultados positivos a lei
1861 anti-fumo (de lei estadual para nacional). Falou também da aliança pela alimentação adequada e
1862 saudável, explicando tratar-se de iniciativa de um conjunto de organizações, entre elas, a ACT.
1863 Salientou que, ao falar de epidemia global de obesidade, é preciso entender o sistema alimentar atual:
1864 vive-se transição global do modo de produção de alimento que concentra o poder na mão de grandes
1865 empresas. Mostrou desenho para demonstrar como o mundo está dominado por complexo de
1866 corporações de produtos de consumo que envolve várias áreas e setores – de grupos de lobistas a
1867 grupos de cientistas. Salientou que o papel da sociedade civil é essencial para influenciar mudanças
1868 de comportamento individuais e das instituições; mobilizar a população, disseminando conhecimento e
1869 evidências; e formar alianças para que a promoção de dietas e ambientes saudáveis sejam incluídas na
1870 agenda pública. Destacou que a Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável contempla
1871 organizações da sociedade civil de interesse público, profissionais, associações e movimentos sociais
1872 com objetivo de desenvolver e fortalecer ações coletivas que contribuam com a realização do Direito
1873 Humano à Alimentação Adequada, por meio do avanço de políticas públicas, para a garantia da
1874 segurança alimentar e nutricional e da soberania alimentar no Brasil. Mostrou gráfico detalhando o
1875 processo de construção da Aliança: Força Tarefa: Articulação do governo + sociedade civil;
1876 Lançamento da Aliança no CONBRAN, em 2016; realização de reuniões presenciais e capacitação em
1877 Advocacy. Acrescentou que a Aliança é uma rede que contempla organizações de defesa do
1878 consumidor a associações de agroecologia (da produção ao consumo). Detalhou os motivos de uma
1879 aliança: desafio complexo e ambicioso; promoção da alimentação adequada e saudável precisa de uma
1880 mudança de paradigma: culpabilização do indivíduo X a influência do ambiente e fatores socioculturais;
1881 dar dimensão política aos temas de alimentação e saúde; monitorar conflitos de interesse que possam
1882 surgir na relação entre o setor público, o setor privado e a sociedade; ausência de uma coalização
1883 nacional focada no campo da promoção e proteção de práticas alimentares adequadas e saudáveis e
1884 seus determinantes. Salientou ainda que a Aliança utiliza o conceito de “alimentação adequada e
1885 saudável” do CONSEA (2007): “é a realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso
1886 permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos
1887 biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo da vida e as necessidades alimentares
1888 especiais, pautada pelo referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade,
1889 equilíbrio, moderação e prazer (sabor), às dimensões de gênero e etnia, e às formas de produção
1890 ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos e de organismos
1891 geneticamente modificados”. Além disso, destacou que as inspirações da Aliança são: Guia Alimentar;
1892 Política Nacional de Alimentação e Nutrição; e Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.
1893 Detalhou os nove itens da agenda: 1) Promoção, proteção e apoio aos saberes e práticas convergentes
1894 com a alimentação adequada e saudável; 2) Promoção, proteção e apoio à amamentação e à
1895 alimentação complementar saudável; 3) Fortalecimento da agroecologia e da agricultura familiar; 4)
1896 Efetivação da proibição da publicidade dirigida ao público infantil; 5) Restrição da publicidade de
1897 alimentos ultraprocessados; 6) Melhoria da informação nos rótulos de alimentos; 7) Aprovação de
1898 medidas fiscais promotoras da alimentação adequada e saudável; 8) Promoção, proteção e apoio à
1899 alimentação adequada e saudável em ambientes institucionais, especialmente nas escolas; e 9)
1900 Monitoramento e exposição de práticas e políticas que estimulem condutas alimentares nocivas à
1901 saúde e que comprometam o sistema e a soberania alimentar dos brasileiros. Ressaltou que a
1902 prioridade da Aliança é promoção, proteção e apoio da alimentação adequada e saudável no ambiente
1903 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 Salermo 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 Salermo e chamou a
1929 atenção para importância das recomendações do CNS aprovadas na última reunião (nº.s 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

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

2028 de modo a possibilitar que mais pessoas tenham acesso à informação. Sobre a obesidade, manifestou
2029 preocupação com o alto índice de realização de cirurgias bariátricas, sem a devida reeducação
2030 alimentar, causando até mesmo morte de pacientes. Por fim, convidou a CIAN para participar da
2031 reunião da CIVS e debater o Programa Bolsa Família, vigilância em saúde, vigilância socioassistencial.
2032 Conselheiro **Guilherme Franco Netto** saudou as expositoras pelas apresentações e salientou que
2033 alimentação/nutrição é um tema estruturante e central da saúde pública brasileira e mundial. No
2034 processo preparatório da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, informou que a proposta é
2035 realizar conferência livre sobre agrotóxicos, no dia 11 de setembro de 2017, em Brasília, e salientou
2036 que esse tema da pauta deve ser debatido nesse espaço. Também comunicou a realização do
2037 Congresso Brasileiro de Agroecologia, de 12 a 15 de setembro de 2017, um espaço importante para
2038 tratar debater alternativas de produção de alimentos e de consumo no país. Conselheira **Christianne**
2039 **Maria de Oliveira Costa** salientou que os protocolos de diretrizes terapêuticas são insuficientes para
2040 atender as demandas da população e lembrou que o glúten na alimentação contribui para obesidade.
2041 Ressaltou que é preciso abrir espaço no CNS para falar sobre "pessoas" e frisou que a abordagem
2042 precisa chegar à atenção básica. Salientou que é preciso abordar as demandas do coletivo como
2043 doenças crônicas e protocolos, inclusive nas conferências. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira**
2044 **Pinheiro**, para melhor esclarecimento, fez a leitura da Portaria MS/SAS Nº 307, de 17 de setembro de
2045 2009, que trata do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca. O texto é o seguinte:
2046 Portaria MS/SAS nº 307, de 17 de setembro de 2009. O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de
2047 suas atribuições, Considerando que a Doença Celíaca apresenta um caráter crônico, identifica-se pela
2048 intolerância permanente ao glúten e provoca lesões na mucosa do intestino delgado, gerando uma
2049 redução na absorção dos nutrientes ingeridos; considerando a necessidade de se estabelecer
2050 parâmetros sobre a Doença Celíaca no Brasil e de diretrizes nacionais para a identificação, diagnóstico
2051 e acompanhamento dos doentes celíacos; considerando as sugestões apresentadas à Consulta Pública
2052 SAS/MS nº. 8, de 29 de julho de 2008; considerando a necessidade de se atualizar o diagnóstico da
2053 Doença Celíaca e reorientar a codificação desses procedimentos no Sistema de Informações
2054 Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS); considerando as propostas do Grupo de Trabalho da Doença Celíaca
2055 do Conselho Nacional de Saúde; considerando o parecer do Departamento de Ciência e Tecnologia, da
2056 Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE/MS; e considerando a avaliação da
2057 Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Especializada – Coordenação - Geral da
2058 Média e Alta Complexidade, resolve: Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo
2059 Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca. Parágrafo único. O Protocolo, objeto deste Artigo,
2060 que contem o conceito geral da Doença Celíaca, critérios de inclusão, critérios de diagnóstico,
2061 tratamento e prognóstico e mecanismos de regulação, controle e avaliação, é de caráter nacional e
2062 deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios na regulação do acesso
2063 assistencial, autorização, registro e resarcimento dos procedimentos correspondentes. Art. 2º Excluir,
2064 da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema
2065 Único de Saúde - SUS, o procedimento 02.02.03.049-0 - Pesquisa de Anticorpos Antigliadina (Glúten)
2066 IGG IGM e IGA. Art. 3º Incluir, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e
2067 Materiais Especiais do SUS, procedimento descrito a seguir: (...). Art. 4º Definir que, identificado o
2068 anticorpo de que trata o Art. 3º desta Portaria, o examinado deverá ser encaminhado para confirmação
2069 diagnóstica, orientação e acompanhamento. Parágrafo único. Os gestores estaduais e municipais do
2070 SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede, estabelecer os fluxos e
2071 definir os serviços de Clínica Médica, Gastroenterologia ou Pediatria para o atendimento dos doentes
2072 celíacos em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria. Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na
2073 data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência setembro/2009. (...)"
2074 Reconheceu os avanços, mas ponderou que há muitos desafios e o caminho é trabalhar na atenção
2075 primária. No mais, disse que a Portaria não previu a realização de testes laboratoriais, endoscopia
2076 digestiva com biópsia do intestino delgado que confirme o diagnóstico. Frisou que trabalhar doença
2077 celíaca significa valorizar a intersectorialidade e defendeu a promoção à saúde. Informou ainda que no
2078 dia 29 de agosto, na Comissão de Seguridade Social e Família, será realizado fórum parlamentar de
2079 gestores e sociedade civil para debater a política nacional de atenção à criação do dia nacional da
2080 celíaco. Apresentou as seguintes propostas de encaminhamento: diante do desconhecimento sobre a
2081 doença, realizar formação/capacitação, utilizando rede da UNASUS, sobre a doença celíaca; oferecer
2082 maiores informações ao Pleno sobre o tema; trabalhar o tema na atenção básica, porque não há dados
2083 sobre as pessoas com doença celíaca; debater nas conferências o tema da doença celíaca e as demais
2084 doenças crônicas; elaborar recomendação sobre a merenda escolar; e elaborar recomendação ao MS
2085 para que se comprometa com a implementação do Protocolo. Por fim, fez a leitura de algumas
2086 mensagens denunciando demora no diagnóstico; morte de crianças antes de realizar exame e ter o
2087 diagnóstico; profissionais de saúde despreparados para tratar pessoas com doença celíaca; e
2088 necessidade de investigação cuidadosa. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** salientou que é
2089 preciso lutar pela criação do dia da pessoa com doença celíaca e, posteriormente, garantir que se

2090 cumpra. No caso da hanseníase, disse que o dia foi instituído em 1943, todavia, vive-se vazio em
2091 relação a campanhas. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS aprove documento dirigido ao
2092 Congresso Nacional reforçando a importância da instituição do dia. Por fim, cumpriu a
2093 representante do Ministério da Saúde pela abordagem e pelo compromisso. Conselheira **Maria das**
2094 **Graças Gervásio** lembrou a realização do primeiro encontro para qualificar a gestão sobre as ações e
2095 programas da saúde realizado em 2016. Nessa linha, sugeriu que fosse feita apresentação de
2096 pesquisas que demonstrem como os programas estão qualificando os gestores nos municípios, de
2097 modo a verificar onde se avançou e no que é preciso avançar. Destacou a iniciativa da Aliança e de
2098 outras entidades que se preocupam com a garantia da alimentação saudável. Conselheiro **Moyses**
2099 **Longuinho Toniolo de Souza** cumpriu as expositoras pelas explanações esclarecedoras e
2100 apresentou as seguintes propostas relativas ao marco regulatório: elaborar projeto de lei sobre
2101 alimentação infantil saudável; estimular, nas assembleias legislativas, leis de ambiente escolar
2102 saudável; estimular, no âmbito estadual, a fiscalização de leis estaduais existentes sobre alimentação e
2103 nutrição saudável; estimular os conselhos de saúde a se aliarem às comissões de saúde das
2104 assembleias e câmaras legislativas para discutir o assunto; no âmbito dos CES e CMS, incentivar o
2105 monitoramento da Resolução nº. 163/2014; estimular parceria com os movimentos de defesa do
2106 consumidor e da criança; estimular, no âmbito dos governos estaduais, o aumento do ICMS de
2107 alimentos não saudáveis e bebidas açucaradas. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente
2108 do CNS, considerando o debate da 1^a CNVS sobre a garantia da proteção em vários aspectos, sugeriu
2109 que a CIAN pense em atividade para subsidiar debate nas conferências sobre a relação da vigilância
2110 em saúde com a vigilância alimentar e nutricional. Além disso, salientou que é preciso transformar o
2111 conjunto das informações em força política para modificar a realidade. Conselheira **Ubiraci Matildes de**
2112 **Jesus** agradeceu as falas esclarecedoras das expositoras e fez referência à Recomendação do CNS
2113 nº. 30/2012, que trata da Política de Saúde da População Negra e suas intercessões. Um dos itens
2114 desta resolução era observar as políticas de equidade em relação à Política de atenção básica. Nessa
2115 linha, destacou que é preciso dar passos mais largos e solicitou que a CIAN, assim, como as demais
2116 comissões, conte em seu plano de trabalho as populações historicamente excluídas. Conselheiro
2117 **Willen Heil e Silva** também saudou a mesa pelas explanações, mas sentiu falta das políticas de
2118 práticas integrativas e a interface com análise e orientação do uso de alimentação para tratamento de
2119 desequilíbrios e doenças. Como encaminhamento, apresentou as seguintes propostas: incorporar
2120 saberes, por meio de hortas comunitárias; criar estilos saudáveis de vida; taxação para alimentos não
2121 saudáveis e destinação dos recursos para política de nutrição; debater o uso do termalismo; ampliar o
2122 debate sobre o uso da água – problemas com uso de água contaminada (Comissão de Práticas
2123 Integrativas e Complementares pode contribuir); e utilizar a Classificação Internacional de
2124 Funcionalidades – CIF como indicador. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** registrou que a
2125 Pastoral da Criança está junto na luta e possui parceria com a CGAN e agenda em comum em relação
2126 a temas como aleitamento materno, saúde materno-infantil, obesidade infantil, hortas caseiras e
2127 fortalecimento da “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil” e do “Guia alimentar para a população
2128 brasileira”. Salientou que é uma troca mútua de conhecimentos e avanços. Informou que, na condição
2129 de integrante e coordenadora-adjunta da Comissão de Ciclos de Vida, está trabalhando, em conjunto
2130 com a CIAN, vários pontos de pauta ligados à alimentação e nutrição. Conselheira **Francisca Rêgo**
2131 **Oliveira Araújo** também saudou as convidadas pela abordagem e sugeriu que a CIAN receba as
2132 contribuições das comissões para o processo de construção de metas e ações. Salientou que a
2133 Comissão contempla entidades que podem contribuir e fortalecer o processo de trabalho em prol de
2134 ações mais efetivas e resolutivas. Frisou que a CIAN possui responsabilidade para oferecer, além de
2135 conhecimento, propostas de enfrentamento de questões não discutidas e implementadas em âmbito
2136 nacional visando defesa de uma saúde de qualidade. **Retorno da mesa.** Coordenadora-Geral da
2137 CGAN/DAB/SAS/MS, **Michele Lessa de Oliveira**, primeiro, agradeceu as falas de elogio e colocou a
2138 Coordenação à disposição para participar dos debates. Dito isso, comentou os seguintes aspectos das
2139 falas dos conselheiros: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca – há desafios e
2140 um conjunto de responsabilidades para avançar nessa agenda, pois a publicação de manual não
2141 garante a implementação da Política; convite a FENACELBRA para debater o tema na
2142 videoconferência com as coordenações estaduais, assegurando a participação da Coordenação de
2143 Gestão da Atenção Básica e de outras coordenações; dar continuidade a parceria com o CNS de
2144 divulgação de posts no facebook; alimentação escolar – foram elaborados protocolos de orientação
2145 sobre alimentação escolar e como deve ser a oferta para criança com doença celíaca, sobre como
2146 identificar situações e encaminhar para o setor saúde; ainda não há curso *online* para equipe de
2147 profissionais, mas pode ser pensado; é importante incluir discussão na 1^a CNVS sobre temas como
2148 agrotóxico, doenças crônicas, papel da vigilância; o Brasil ainda não possui PL de alimentação infantil
2149 saudável e o CNS pode apresentar uma proposta; o respeito aos saberes populares e à cultura
2150 alimentar é uma prioridade e o Guia Alimentar contempla essas questões; o percentual de
2151 acompanhamento de crianças quilombolas no Programa Bolsa Família é maior que a média nacional;

2152 PICS e alimentação saudável – Brasil está avançando nessa agenda, com discussão interna no
2153 Departamento e realização de videoconferência com países que já realizam como Índia e China;
2154 parceria MS e MEC – as capas de livros didáticos do ensino médio irão tratar de alimentação saudável
2155 e uma capa exclusiva sobre importância da água e consumo sustentável. Conselheira **Paula Jhons**,
2156 coordenadora-adjunta da CIAN/CNS, destacou que os vários encaminhamentos apresentados durante
2157 o debate foram registrados e sugeriu, devido ao avançado da hora, que não fosse a leitura naquele
2158 momento. Fez um comentário sobre a Guia Alimentar, explicando que é referência para outros países e
2159 aponta os obstáculos a serem enfrentados. Salientou ainda que é preciso acompanhar a agenda
2160 relativa a bebidas açucaradas (produto onera o Sistema e é subtaxado) e rotulagem de alimentos.
2161 Conselheira **Záira Tronco Salermo**, coordenadora da CIAN/CNS agradeceu o envolvimento do CNS
2162 nesse debate e as sugestões de encaminhamento. Também destacou o importante trabalho dos
2163 integrantes da CIAN e as contribuições ao trabalho da Comissão. Salientou que a CIAN debateu o tema
2164 da fitoterapia na última reunião e será feito convite à área para participar da próxima para aprofundar a
2165 discussão. Apresentou a proposta de levar as recomendações do CNS ao destinatário e propôs
2166 começar pela entrega da recomendação sobre taxação de refrigerantes e outras bebidas açucaradas,
2167 aprovada na última reunião, à receita federal (marcar data). Por fim, ressaltou que a CIAN está à
2168 disposição para receber demandas dos conselheiros sobre alimentação e nutrição. Conselheira **Paula**
2169 **Jhons**, coordenadora-adjunta da CIAN/CNS, interveio novamente para registrar os seguintes
2170 encaminhamentos: recomendar ao Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social – CDES que
2171 paute debate sobre obesidade infantil; e delegar à CIAN/CNS a tarefa de elaborar PL sobre obesidade
2172 infantil. Nos encaminhamentos, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, considerando que se trata de
2173 tema comum a todas as comissões do CNS, propôs que os conselheiros entreguem por escrito ou
2174 enviem por e-mail sugestões/contribuições para que a CIAN faça os devidos encaminhamentos.
2175 Salientou que as propostas serão acolhidas, não havendo necessidade de votação. Conselheira
2176 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** perguntou se seria necessário votar a proposta de elaborar
2177 recomendação ao Ministério da Saúde para que assuma o compromisso de implementar o Protocolo
2178 Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca e o conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**
2179 informou que esta proposta estava aprovada. **Deliberação: a mesa acatou os**
2180 **encaminhamentos/propostas que surgiram do debate e os conselheiros poderão enviar novas**
2181 **sugestões. A CIAN/CNS fará o devido encaminhamento das propostas apresentadas.** 2ª
2182 **Conferência Nacional de Saúde da Mulher – 2ª CNSMu - Composição da mesa:** conselheira
2183 **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**; e conselheira **Francisca Valda da Silva**. Conselheira **Francisca**
2184 **Rêgo Oliveira Araújo** explicou que o Regulamento da 2ª CNSMu foi colocado em consulta pública e a
2185 mudança de mérito sugerida foi a seguinte: Capítulo IV, art. 6º, Inciso I – inclusão do trecho “todas as
2186 formas de violência” e exclusão de “por equidade nas remunerações e estrutura de poder”. Não
2187 havendo manifestações, colocou o documento em votação. **Deliberação: aprovado, por**
2188 **unanimidade, o Regulamento da 2ª CNSMu, com a única modificação sugerida na consulta**
2189 **pública (Capítulo IV, art. 6º, Inciso I – inclusão do trecho “todas as formas de violência” e**
2190 **exclusão de “por equidade nas remunerações e estrutura de poder”**). Segundo, conselheira
2191 **Francisca Valda da Silva** apresentou a proposta para participação dos conselheiros nacionais de
2192 saúde na Conferência - dois por composição – destacando que os planos de voo deverão ser entregues
2193 até o dia 12 de julho de 2017. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** informou que não poderá participar da
2194 Conferência. **Deliberação: os conselheiros nacionais de saúde que participarão da Conferência**
2195 **(dois por composição) também deverão entregar o plano de voo até o dia 12 de julho de 2017.**
2196 Na sequência, o Plenário debateu a proposta de divisão das vagas destinadas aos delegados nacionais
2197 - 52 no total. Na oportunidade, apreciou a demanda do Fórum dos CONDISIS de destinar cinco das 26
2198 vagas destinadas aos usuários para representação indígena por região. Além disso, o Pleno apreciou a
2199 proposta de destinar mais quatro vagas daquelas destinadas aos delegados nacionais para a CISMU.
2200 **Deliberação: 1) aprovada, por maioria, com uma abstenção, a seguinte divisão das vagas**
2201 **destinadas aos delegados nacionais: das 52 vagas, reservar 9 vagas - 5 para representações**
2202 **indígenas e quatro para integrantes da CISMU/CNS - e dividir as 43 vagas restantes pelos três**
2203 **segmentos do CNS - 21 para usuários; 11 para trabalhadores; e 11 para gestores/prestadores de**
2204 **serviço; 2) remeter à coordenação dos Fóruns de Segmentos dos Usuários e dos Trabalhadores**
2205 **da Saúde o envio dos nomes dos delegados nacionais da 2ª CNSMu à assessoria técnica da 2ª**
2206 **CNSMu até o dia 12 de julho.** Segundo, conselheira **Francisca Valda da Silva** apresentou a lista de
2207 entidades convidadas para a 2ª CNSMu e o Plenário fez outras indicações. **Deliberação: aprovada,**
2208 **por unanimidade, com os adendos feitos em Plenário, a lista de entidades convidadas para a 2ª**
2209 **CNSMu (a Comissão Organizadora se reunirá e será feito contato para fechar as entidades).** A
2210 saber: 04 - Mulheres Situação de Rua (Mov. Nac. de População de Rua- Espírito Santo; DF; RJ; BA; 05
2211 - Movimento Nacional de Pescadoras (4 Regiões); 10 – Movimento Feminista; 04 - Extrativistas
2212 (Região Norte - MT; AC; AP; PA); 04 - Profissionais do Sexo (Rede Nacional de Prostitutas); 02 -
2213 COFREN – Comissão Nacional de Fortalecimento de Reservas Extrativistas Costeiras e Marinhas (ES);

2214 RJ); 27 - Coordenadoras das Conferencias Estaduais; 02 - MMTR; 02 - Quebradeiras de Coco; 05 -
2215 Parteiras 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 domesticas; 01 – CRB - Conferencia das Religiosas do Brasil; 01 –
2224 Mulheres Trans; 01 – Pastoral das Mulher Marginalizada (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 minutias 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 minutias
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

2276 de Saúde, em sua XXXXXXXXXXXX Reunião Ordinária, realizada nos dias XX e XX7 de XXXX de 2017,
2277 no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080, de 19 de
2278 setembro de 1990, pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº. 5.839, de 11 de
2279 julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da
2280 legislação brasileira correlata; e Considerando a Portaria Nº 199 do Ministério da Saúde, de 30 de
2281 janeiro de 2014 que institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras,
2282 aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema
2283 Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio; Considerando a necessidade de
2284 definir diretrizes e ações no âmbito das pesquisas envolvendo pessoas com doenças ultrarraras no
2285 país; Considerando as particularidades da população atingida por doenças ultrarraras, que possuem
2286 uma baixa incidência na população geral, torna-se necessário normatizar e garantir o fornecimento de
2287 tratamento pós-estudo aos participantes de pesquisa por tempo determinado; Considerando que o
2288 medicamento experimental pode curar, retardar a progressão da doença e atenuar os efeitos da doença
2289 ultrarrara, sobretudo em crianças; Considerando que esta tem sido uma reivindicação dos pacientes
2290 com doenças ultrarraras. Resolve: Art. 1º Esta resolução regulamenta o direito do participante de
2291 pesquisa ao acesso pós-estudo em protocolos de pesquisa clínica destinados aos pacientes
2292 diagnosticados com doenças ultrarraras. Art. 2º Para fins desta Resolução, considera-se ultrarrara a
2293 doença crônica, não transmissível, com incidência menor que 1 caso para cada 50.000 habitantes.
2294 Parágrafo único – Considerando a necessidade de construir dados nacionais fidedignos acerca das
2295 doenças ultrarraras no país, o Ministério da Saúde adotará como referência, transitoriamente, os
2296 indicadores internacionais e, sempre que assim o exigirem razões de saúde pública, devidamente
2297 justificadas, poderá determinar a revisão desta norma. Art. 3º Nas pesquisas em doenças ultrarraras, o
2298 patrocinador deve se responsabilizar e assegurar a todos os participantes de pesquisa ao final do
2299 estudo, o acesso gratuito aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se
2300 demonstraram eficazes pelo prazo de cinco anos após obtenção do registro na Agência Nacional de
2301 Vigilância Sanitária (Anvisa) e, no caso de medicamentos, também da definição do preço em reais na
2302 Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). 1º § Ficam asseguradas as mesmas
2303 prerrogativas aos participantes de pesquisa contidas no caput deste artigo durante o intervalo entre o
2304 final do estudo e o registro definitivo do medicamento na Anvisa. 2º § O acesso também será garantido
2305 no intervalo entre o término da participação individual e o final do estudo, podendo, nesse caso, esta
2306 garantia ser dada por meio de estudo de extensão, de acordo com análise devidamente justificada do
2307 médico assistente do participante. Art. 4º Permanece assegurado aos participantes de pesquisa não
2308 diagnosticados com doenças ultrarraras, ao final do estudo, o acesso gratuito e por tempo
2309 indeterminado, por parte do patrocinador, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e
2310 terapêuticos que se demonstraram eficazes. **Deliberação: aprovada a minuta de resolução que será**
2311 **submetida à consulta pública. b) Resolução sobre especificidades éticas das pesquisas de**
2312 **interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde. E as pesquisas em instituições integrantes**
2313 **do SUS.** O texto é o seguinte: “Resolução nº XXX, de XXX de julho de 2017. Regulamenta as
2314 especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). E
2315 as pesquisas em instituições integrantes do SUS. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua
2316 Reunião Ordinária, realizada nos dias... de ... de 20..., no uso de suas competências regimentais e
2317 atribuições conferidas pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei Nº 8.142, de 28 de
2318 dezembro de 1990; Considerando a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as
2319 condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos
2320 serviços correspondentes e dá outras providências; Considerando a Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro
2321 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS
2322 e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras
2323 providências; Considerando o Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, publicado no Diário Oficial da
2324 União de 29/06/2011, que regulamenta a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a
2325 organização do Sistema Único de Saúde - SUS, no que se refere ao planejamento da saúde, a
2326 assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; Considerando o exposto
2327 na Portaria Nº 1.820 do Ministério da Saúde, de 13 de agosto de 2009, publicada no Diário Oficial da
2328 União Nº ° 155, de 14 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da
2329 saúde; Considerando que as atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde,
2330 atendendo ao disposto no Artigo 32, parágrafo 5º da Lei Nº 8080/90, devem estar incluídas nos
2331 respectivos Planos de Saúde, aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios, Estados e
2332 Conselho Nacional; Considerando que é um requisito ético das pesquisas comunicar às autoridades
2333 competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, os resultados e/ou achados da
2334 pesquisa, em especial aqueles que puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da
2335 coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não
2336 sejam estigmatizados; Considerando que a atenção à saúde constitui-se na razão e objetivo do Sistema
2337 Único de Saúde e que os usuários buscam os serviços do SUS para prevenção de doenças, promoção

2338 e recuperação da sua saúde; Considerando a necessidade de normatizar a realização de projetos de
2339 pesquisa de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde; Considerando a necessidade de
2340 articular o Sistema CEP/CONEP nas diversas instâncias gestoras do SUS, para a avaliação ética e
2341 acompanhamento das pesquisas aprovadas. Resolve: Art. 1º. Regulamentar o disposto no item XIII.4
2342 da Resolução CNS Nº 466/12, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de
2343 interesse estratégico para o SUS serão contempladas em Resolução específica, e dá outras
2344 providências. **Capítulo 1. DOS TERMOS E DEFINIÇÕES.** Art. 2º. Para os fins desta Resolução,
2345 adotam-se os seguintes termos e definições: I - Atenção em saúde: ações e/ou procedimentos
2346 destinados a promover a saúde e o bem estar das pessoas, através da prevenção, da vigilância em
2347 saúde, do diagnóstico e dos cuidados em um serviço de saúde, respeitando as especialidades
2348 profissionais e a ética e a segurança dos usuários. II – Dirigente da instituição coparticipante ou
2349 participante: responsável legal pela instituição, ou pessoa por ele delegada. III – Dirigente da instituição
2350 proponente: responsável legal pela instituição ou pessoa por ele delegada, ao qual o pesquisador
2351 responsável está vinculado (instituição proponente). IV - Instituição coparticipante de pesquisa:
2352 organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou
2353 etapas da pesquisa se desenvolve, sem a indicação de um pesquisador responsável na instituição. V –
2354 Instituição participante da pesquisa: instituição que participa de um estudo multicêntrico, onde o projeto
2355 de pesquisa é conduzido de acordo com protocolo único, com pesquisador responsável em cada
2356 centro. VI – Instituição integrante do Sistema Único de Saúde: Órgãos e instituições públicas federais,
2357 estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder
2358 Público. Também estão incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle
2359 de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados,
2360 e de equipamentos para saúde. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde
2361 (SUS), em caráter complementar, conforme Artigo 24, da Lei nº 8080/90. VII – Material biológico
2362 humano: espécimes, amostras e alíquotas de material original e seus componentes fracionados. VIII -
2363 Pesquisa de interesse estratégico para o SUS: protocolos que contribuam para a saúde pública, a
2364 justiça e a redução das desigualdades sociais e das dependências tecnológicas, encaminhados à
2365 apreciação da CONEP mediante solicitação do DECIT/Ministério da Saúde. IX – Sistema Único de
2366 Saúde: Sistema formal da política e organização dos serviços e ações de saúde estabelecida pela
2367 Constituição de 1988, regulamentado pelas Leis Federais Nº 8080/90 e Nº 8142/90. X – Termo de
2368 Anuência Institucional (TAI): documento de anuência à realização da pesquisa na instituição, que deve
2369 conter as atividades que serão desenvolvidas (como o recrutamento de participantes, intervenções,
2370 procedimentos, exames ou manejo de informações do sistema de saúde e/ou dos participantes), sendo
2371 assinada pelo dirigente institucional ou pessoa por ele delegada, com indicação de cargo/função e
2372 respectiva assinatura. XI - Termo de Compromisso de Uso dos Dados (TCUD): documento em que o
2373 pesquisador responsável e sua equipe se comprometem com o sigilo e privacidade dos dados da
2374 pesquisa, assim como com o compromisso de que serão utilizados apenas para o estudo em questão.
2375 XII – Trabalhador da Saúde: Funcionários (empregados públicos, estatutários, celetistas, terceirizados,
2376 entre outros) de instituições integrantes do SUS, no exercício de suas funções profissionais. XIII –
2377 Usuário da saúde: pessoa que tem acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da
2378 promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. **Capítulo 2. DOS ASPECTOS**
2379 **ÉTICOS DAS PESQUISAS COM SERES HUMANOS EM INSTITUIÇÕES DO SUS.** Art. 3º. As
2380 pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS devem atender aos preceitos éticos e de
2381 responsabilidade do serviço público e de interesse social, não devendo ser confundidas com as
2382 atividades de atenção à saúde. Art. 4º. A utilização para fins de pesquisa de dados e/ou material
2383 biológico humano resultante das atividades de atenção à saúde, só poderá ser realizada com a devida
2384 apreciação ética do Sistema CEP/CONEP. Art. 5º É dever do pesquisador responsável, ou pessoa por
2385 ele delegada da equipe de pesquisa, explicitar, no processo de obtenção do consentimento, ao
2386 participante da pesquisa recrutado em serviço de saúde vinculado ao SUS (usuário do serviço de
2387 saúde), a diferença entre o procedimento da pesquisa e o atendimento de rotina do serviço. Parágrafo
2388 único: O atendimento ao usuário não deverá ser prejudicado, independente de sua decisão de
2389 participar ou não da pesquisa, devendo essa garantia estar explícita no processo de consentimento e
2390 no TCLE quando for o caso. Art. 6º Os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos
2391 serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, quando houver
2392 interesse e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição. Art. 7º A pesquisa realizada em
2393 instituição integrante do SUS não deverá causar prejuízo às atividades profissionais dos trabalhadores
2394 no serviço, exceto quando justificada a necessidade e somente poderá ser executada quando
2395 devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. Art. 8º A pesquisa que incluir trabalhadores da
2396 saúde como participantes da pesquisa deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da
2397 instituição, evitando o afastamento das suas atividades funcionais ou prejuízo à sua atividade
2398 profissional. Art. 9º A pesquisa realizada em instituição integrante do SUS deverá informar se haverá
2399 utilização de recursos materiais e procedimentos exclusivos para estudo e que tenham ônus para o

2400 SUS. Essa informação deve constar no Termo de Anuência Institucional e o projeto deverá apresentar
2401 o orçamento conforme a Norma Operacional MS/CNS Nº 001 de 2013. Art. 10. É dever do pesquisador
2402 divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados,
2403 ao término do estudo. Art. 11. A apreciação ética dos estudos realizados em serviços integrantes do
2404 SUS deverá ser realizada em CEP vinculado à instituição onde serão recrutados os participantes da
2405 pesquisa, sem prejuízo do fluxo definido pelas demais Resoluções do CNS. No caso de não existir CEP
2406 na instituição, deverá ser seguido o fluxo definido pela CONEP. § 1º. No caso de realização do estudo
2407 em instituição que esteja enquadrada como participante ou coparticipante da pesquisa, o dirigente
2408 institucional respectivo deve assinar o Termo de Anuência Institucional e o documento deverá ser
2409 incluído para a apreciação ética da pesquisa. § 2º. No caso de pesquisas com utilização de dados
2410 obtidos nas instituições, deverá ser anexado pelo pesquisador o Termo de Compromisso de Uso dos
2411 Dados no protocolo de pesquisa, informando os procedimentos que serão adotados para garantir o
2412 sigilo, a privacidade e a confidencialidade dos dados do participante da pesquisa. **Capítulo 3. DAS**
2413 **PESQUISAS ESTRATÉGICAS PARA O SUS.** Art. 12. As pesquisas consideradas de interesse
2414 estratégico para o SUS pelo Ministério da Saúde serão encaminhadas para apreciação inicial na
2415 CONEP (como CEP do Ministério da Saúde) e poderão ter tramitação em caráter especial e de
2416 urgência. § 1º. O Ministério da Saúde definirá quais os protocolos de pesquisa que deverão ser
2417 priorizados, mediante justificativa consubstanciada, para tramitação de urgência na CONEP. § 2º. A
2418 solicitação de tramitação de urgência deve se aplicar a protocolos de pesquisa que possam subsidiar a
2419 implementação de políticas, ações, programas e serviços de saúde, de modo a responder
2420 tempestivamente a questões de interesse público na área da saúde. § 3º. A solicitação do Ministério da
2421 Saúde para urgência e tramitação especial na CONEP será efetuada por meio de documento formal
2422 emitido pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. § 4º. No
2423 caso de ensaios clínicos com medicamentos, equipamentos e dispositivos terapêuticos, novos ou não
2424 registrados e novos procedimentos terapêuticos invasivos, não se aplica a tramitação de urgência,
2425 devendo ser seguidos os prazos descritos na Norma Operacional 001/13. Art. 13. Os projetos
2426 considerados como prioritários e encaminhados pelo Ministério da Saúde, com caráter de urgência para
2427 tramitação especial na CONEP, terão sua primeira avaliação em até 10 dias, com a apreciação de pelo
2428 menos cinco membros titulares, sendo um desses, membro da Coordenação da CONEP. **Capítulo 4.**
2429 **DAS PESQUISAS COM COOPERAÇÃO OU COPATROCÍNIO DO GOVERNO BRASILEIRO.** Art. 14.
2430 Para a tramitação com dispensa de apreciação pela CONEP dos projetos de pesquisa com cooperação
2431 com o Governo Brasileiro, conforme expresso no artigo IX.4, inciso 1.1, da Resolução 466/12, deverá
2432 ser anexado o documento de encaminhamento do Secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia e
2433 Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, na documentação do projeto de pesquisa. Art. 15. Para a
2434 tramitação com dispensa de apreciação pela CONEP dos projetos de pesquisa com copatrocínio do
2435 Governo Brasileiro, conforme expresso no artigo IX.4, inciso 8, da Resolução CNS 466/12, deverá ser
2436 anexada a declaração do patrocínio emitida pelo Secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia e
2437 Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, na documentação do projeto de pesquisa. Art. 16. Não
2438 são considerados como copatrocínio do Governo Brasileiro os projetos que tem recursos financeiros
2439 provenientes de agências de fomento brasileiras. **Deliberação: aprovada a minuta de resolução que**
2440 **será remetida à consulta pública.** Segundo, o Presidente do CNS fez a leitura textos das minutas de
2441 moção de Reconhecimento ao posicionamento da ANVISA sobre os Anorexígenos e moção de
2442 Repúdio ao PL que autoriza os Anorexígenos (o mérito das duas propostas foi aprovado no Item 3 da
2443 pauta – Anorexígenos: o papel regulador da ANVISA na proteção e promoção da saúde). **a) Moção de**
2444 **reconhecimento.** O texto é o seguinte: MOÇÃO DE RECONHECIMENTO Nº 000, DE 7 DE JULHO DE
2445 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, na sua Ducentésima Nonagésima Quinta Reunião
2446 Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de julho de 2017, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei
2447 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
2448 n.º 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa
2449 do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando o previsto no Art. 200 da
2450 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988), incisos I e VII, que define, além de
2451 outras atribuições, a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) em “controlar e fiscalizar
2452 procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de
2453 medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos” e “participar do
2454 controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos
2455 psicoativos, tóxicos e radioativos”; considerando a Lei n.º 9.782 de 26 de janeiro de 1999, que, entre
2456 outras coisas, define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância
2457 Sanitária (ANVISA) e determina que compete a essa Agência “proibir a fabricação, a importação, o
2458 armazenamento, a distribuição e a comercialização de produtos e insumos, em caso de violação da
2459 legislação pertinente ou de risco iminente à saúde” (Art. 7º, XV); considerando a aprovação do Projeto
2460 de Lei 2431/2011, convertido na Lei n.º 13.454, de 23 de junho de 2017, que autoriza a produção, a
2461 comercialização e o consumo, sob prescrição médica, dos anorexígenos sibutramina, anfepramona,

2462 femproporex e mazindol e sua sanção pelo Presidente da República em Exercício Rodrigo Maia; 2463 considerando a Nota Técnica sobre Eficácia e Segurança dos medicamentos inibidores de apetite 2464 elaborado pela Câmara Técnica de Medicamentos (CATEME); considerando a recomendação da 2465 ANVISA à Presidência da República pelo veto ao Projeto de Lei 2431/2011, por considerar sério risco à 2466 saúde ao retirar da Agência a competência legal para a regulação a respeito do registro sanitário 2467 dessas substâncias, bem como por promover sério dano ao regime jurídico dos produtos submetidos ao 2468 controle da vigilância sanitária; e considerando a inconstitucionalidade do Projeto de Lei 2431/2011, 2469 manifestada pela Advocacia Geral da União em consulta realizada pela Assessoria Parlamentar - 2470 ASPAR/GM/MS, através do Parecer n. 00572/2017/CONJURMS/CGU/AGU, em virtude da violação ao 2471 Art. 2º da CF/1988, uma vez que há ofensa à separação dos poderes com a invasão do âmbito de 2472 atuação do Poder Executivo, conforme distribuição constitucional de competências; violação aos artigos 2473 6º e 196, ambos da CF/1988, pois há afronta ao direito à saúde, com a autorização de produção, 2474 comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos cuja eficácia e segurança não restam 2475 cabalmente comprovadas. Vem a público: Manifestar reconhecimento à ANVISA pelo firme 2476 posicionamento junto à Presidência da República, contra o PL n.º 2431/2011, no uso do seu papel 2477 constitucional como agência de regulação na promoção e proteção à saúde, assim também ao 2478 Ministério da Saúde pela manifestação emitida por meio do Parecer n. 00572/2017/CONJUR- 2479 MS/CGU/AGU acerca da inconstitucionalidade do Projeto de Lei 2431/2011 e por também recomendar 2480 à Presidência da República o veto ao referido Projeto. **Deliberação: aprovada a moção por 2481 unanimidade.** **b) Moção de repúdio.** O texto é o seguinte: "O Plenário do Conselho Nacional de 2482 Saúde, na sua Ducentésima Nonagésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 6 e 7 de julho 2483 de 2017, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei 2484 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 2485 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira 2486 correlata; e considerando a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988) que em 2487 seu Art. 196 determina que a promoção da saúde, bem como sua proteção e recuperação deve ser 2488 garantida pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de 2489 doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde; 2490 considerando o previsto no Art. 200 da CF/1988, incisos I e VII, que define, além de outras atribuições, 2491 a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) em "controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e 2492 substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, 2493 imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos" e "participar do controle e fiscalização da produção, 2494 transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos"; 2495 considerando as diretrizes do SUS, em especial o da equidade, que a todo momento são 2496 invisibilizadas, afetando assim a vida e a saúde das pessoas; considerando a Lei n.º 9.782, de 26 de 2497 janeiro de 1999, que, entre outras coisas, define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a 2498 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e determina que compete a essa Agência "proibir a 2499 fabricação, a importação, o armazenamento, a distribuição e a comercialização de produtos e insumos, 2500 em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde" (Art. 7º, XV); considerando 2501 também, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 50, de 25 de setembro de 2014, com as 2502 alterações previstas na RDC n.º 133, de 15 de dezembro de 2016, que "Dispõe sobre as medidas de 2503 controle de comercialização, prescrição e dispensação de medicamentos que contenham as 2504 substâncias anfepramona, femproporex, mazindol e sibutramina, seus sais e isômeros, bem como 2505 intermediários e dá outras providências"; considerando a aprovação do Projeto de Lei n.º 2431/2011, 2506 convertido na Lei n.º 13.454, de 23 de junho de 2017, que autoriza a produção, a comercialização e o 2507 consumo, sob prescrição médica, dos anorexígenos sibutramina, anfepramona, femproporex e 2508 mazindol e sua sanção pelo Presidente da República em Exercício, Sr. Rodrigo Maia; considerando a 2509 inconstitucionalidade do Projeto de Lei, e consequentemente, da sanção do mesmo, manifestada pela 2510 Advocacia Geral da União (AGU) por intermédio do Parecer n.º 00572/2017/CONJURMS/CGU/AGU. 2511 considerando que o Congresso Nacional não respeitou os aspectos técnicos apresentados por meio da 2512 Nota Técnica sobre Eficácia e Segurança dos medicamentos inibidores de apetite, elaborado pela 2513 Câmara Técnica de Medicamentos (CATEME); e considerando a manifestação registrada em redes 2514 sociais pelo Presidente da República em Exercício, Rodrigo Maia, de que tomou a decisão pela sanção 2515 "após ouvir diversas entidades médicas e receber um parecer favorável do próprio Conselho Federal de 2516 Medicina", não respeitando, portanto, o conjunto de debates técnicos que envolveram o conjunto da 2517 sociedade. **Vem a público:** Externar repúdio ao Congresso Nacional pela aprovação do Projeto de Lei 2518 n.º 2431/2011, convertido na Lei n.º 13.454, de 23 de junho de 2017, que autoriza a produção, a 2519 comercialização e o consumo, sob prescrição médica, dos anorexígenos sibutramina, anfepramona, 2520 femproporex e mazindol, bem como ao Deputado Rodrigo Maia que, na condição de Presidente da 2521 República em Exercício, sancionou o referido Projeto de Lei, desconsiderando as orientações de voto 2522 ao PL manifestados pela AGU, pela ANVISA e pelo Ministério da Saúde. **Deliberação: aprovada a 2523 moção de repúdio.** **4) Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI –** Apreciação de três

2524 minutas de recomendação. **4) Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI - a) Minuta de**
2525 **Recomendação ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário – MDSA que:** 1. Garanta uma
2526 Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional ampliada e fortalecida, respeitando os hábitos
2527 alimentares tradicionais dos Povos indígenas nas diferentes regiões; 2. O Programa de Aquisição de
2528 Alimentos (PAA) seja uma pauta prioritária na Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
2529 como forma de garantia do fortalecimento da agricultura familiar e superação da situação de
2530 insegurança alimentar e nutricional das populações indígenas mais vulneráveis; 3. O Programa
2531 Nacional de Apoio à Captação de Água de Chuva e outras Tecnologias Sociais – Programa Cisternas
2532 seja realizado em consulta junto às comunidades indígenas, promovendo o acesso à água para o
2533 consumo humano e para a produção de alimentos como forma de garantir a saúde e segurança
2534 alimentar e nutricional desses Povos; 4. A Assistência Técnica e Extensão Rural (ATER) sejam
2535 qualificadas, ampliadas e fortalecidas aos Povos indígenas como forma de inclusão produtiva rural e do
2536 acesso a recurso de fomento e às tecnologias sociais de água para produção; e 5. O Programa de
2537 Fomento às Atividades Produtivas Rurais seja realizado em integração às ações de sementes de
2538 qualidade e adaptadas às diferentes realidades do território, atendendo-se ainda às diferentes técnicas
2539 de manejo e uso do solo dos Povos indígenas, por meio da articulação dos instrumentos de gestão,
2540 contratação e avaliação. **Deliberação: aprovada a recomendação por unanimidade. b) Minuta de**
2541 **Recomendação ao Ministério da Justiça e Segurança Pública que:** garanta as condições para a
2542 demarcação de todas as Terras Indígenas como forma de garantia da saúde e da soberania alimentar
2543 dos Povos Indígenas. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, com adendo (direcionar também**
2544 **ao Congresso Nacional).** **c) Minuta de Recomendação ao Ministério da Saúde/SESAI que:** 1)
2545 garanta o acesso dos povos indígenas do Mato Grosso do Sul aos serviços de saúde, priorizando
2546 crianças de baixo peso ao nascer e pré-maturos de alto-risco, bem como crianças e gestantes
2547 desnutridas e com risco gestacional; 2) oriente os órgãos estaduais e municipais sobre as atribuições e
2548 deveres de cada componente do SUS; 3) garanta o acesso dos povos indígenas Terena do Mato
2549 Grosso do Sul à água potável, para uso e preparo dos alimentos e para beber, sobretudo das famílias
2550 residentes em áreas de retomada/acampamentos indígenas com crianças menores de 6 anos em
2551 situação de maior gravidade de saúde e insegurança alimentar e nutricional. **Deliberação: aprovada,**
2552 **por unanimidade, a recomendação.** Na sequência, o coordenador da mesa submeteu à apreciação
2553 do Plenário a recomendação do CNS nº. 27 *ad referendum*. **Deliberação: o Plenário decidiu**
2554 **homologar, por unanimidade, a recomendação do CNS nº. 27 ad referendum - que todas as**
2555 **entidades com prerrogativa de ingressar com pedido de Ação Direta de Inconstitucionalidade**
2556 **(ADI), nos termos do Art. 103 da Constituição Federal, o façam frente à Lei nº. 13.454, de 23 de**
2557 **junho de 2017, especialmente as entidades com representação no Conselho Nacional de Saúde.**
2558 **5) Comissões Intersetorial de Atenção a Pessoas com Patologias – CIASPD –** Apreciação da
2559 minuta Recomendação, elaborada pela Comissão. Recomenda ao Congresso Nacional que: 1) rejeite o
2560 PL 198/2015 que "torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da AIDS"; 2) realize
2561 Audiências Públicas no Congresso Nacional para discutir políticas públicas em favor dos soropositivos
2562 no contexto da proteção de seus direitos humanos e não na criminalização de suas vivências; e 3) atue
2563 na promoção de resposta eficaz à epidemia do HIV, sempre baseada em evidências científicas e no
2564 respeito aos direitos humanos. **Deliberação: aprovada a recomendação com adendos (substituir**
2565 **"Congresso Nacional" por "Câmara dos Deputados e "Senado Federal"; e "rejeite" por "a não**
2566 **aprovação").** 6) **Recomendação do CNS que solicita a revogação Portaria 807/2017; Resolução**
2567 **nº. 028.** **Deliberação: trazer informações ao Plenário sobre a Portaria 807/2017 e a Resolução**
2568 **028. Não divulgar a recomendação do CNS antes dos esclarecimentos.** 7) **Comissão Intersetorial**
2569 **de Saúde Mental - CISM - informe sobre a reunião, realizada nos 28 e 29 de junho em**
2570 **Florianópolis para participação dos integrantes no Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental e**
2571 **articulação com os CES e CMS.** Destaques da reunião: conselheira Vânia Leite participou da reunião
2572 e esclareceu o pedido do Plenário de reconsideração da recomendação do CNS, já aprovada, relativa à
2573 Portaria nº.1.482 – a Comissão acatou o esclarecimento e apresentará nova minuta de recomendação
2574 na próxima reunião; relato sobre o trabalho de construção de proposições sobre saúde mental para as
2575 conferências temáticas; e apresentação sobre as ações desenvolvidas pelo MS na área de saúde
2576 mental. **8) Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – CISB/CNS.** Solicitação: viabilizar reunião da
2577 Comissão. Encaminhar para Mesa Diretora do CNS. **9) Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa**
2578 **com Deficiência – CISPD/CNS - Informe da reunião.** Apresentação: conselheira Ivone Martini de
2579 Oliveira. A reunião ocorreu nos dias 26 e 27 de junho. 1) Esclarecimentos do MS acerca de dois
2580 pontos: a) Falta de materiais para as oficinas ortopédicas - que esclareceu não haver atraso de repasse
2581 e/ou suspensão - solicitou que sejam encaminhados os lugares que indicam a falta para apuração -
2582 demanda da Comissão e para o pleno: solicitar levantamento em suas localidades às Entidades que
2583 compõem o CNS; b) Levantamento dos CER: o MS, via FAEC através da Portaria 1272, de 25/06/2013,
2584 incorporou cadeiras de rodas motorizadas, cadeiras de banho (6 tipos), no entanto faz-se necessária a
2585 adesão do serviço e o prazo expira em dez/2017 - o detalhe muito importante é que, como é na

2586 perspectiva de construção de série histórica, a media de dispensação será incorporada ao teto MAC
2587 como recurso - demanda para a comissão: pedir formalmente ao MS o levantamento de CER, por
2588 região, que aderiram ao FAEC para socializar com o pleno e provocar a adesão em suas localidades,
2589 dado o prazo curto. 2. Cinthia, técnica jurídica da Farmácia Popular esclareceu acerca da ampliação da
2590 dispensação de fraldas geriátricas para pessoas com Deficiência - afirmou que a dispensação é para
2591 todas as pessoas com Deficiência, de acordo com idade, peso... Portaria 937, de 07/04/2017. 3.
2592 Inserção da CIASPD na Conferência de Saúde das Mulheres com duas Rodas de Conversa, e na
2593 Conferência de Vigilância em Saúde, com uma Roda de Conversa e uma Oficina. 4. Fazer uma Carta
2594 acerca impossibilidade de acumulação de benefícios proposta pela (des)reforma da previdêncial!
2595 Articulei com a Comissão de Ciclos de Vida para assinar em conjunto já q prejudica idosos e pessoas
2596 com Deficiência, além de articular o CONADE! Além de articulação com o Assessor de Paulo Paim para
2597 levar a demanda para Frente Parlamentar Mista em Defesa da Previdência Social. Sugestão: CONADE
2598 seja convidado em todas as reuniões, assim como CONASS e CONASEMS. Próximas reuniões da
2599 CIASPD: 19 e 20/09; e 13 e 14/12. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou
2600 a 295ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros no segundo dia de
2601 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
2602 da Saúde Nacional; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas
2603 Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); **Breno de Figueiredo Monteiro**, Confederação Nacional de
2604 Saúde – CNS; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO;
2605 **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil –
2606 FENACELBRA; **Dylson Ramos Bessa Junior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes
2607 Físicos – ONEDEF; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da
2608 Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino
2609 em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem –
2610 ABEn; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Guilherme Franco Netto**, Associação
2611 Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de
2612 Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação
2613 Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de
2614 Secretários de Saúde – CONASS; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados,
2615 Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central
2616 Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marcos da Silveira Franco**, Ministério da Saúde; **Maria Laura**
2617 **Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Antônio Muniz da Silva**,
2618 Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional
2619 de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana Bezerra**
2620 **Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos
2621 Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ricardo Barros**, Ministério da Saúde (MS); **Ronald Ferreira**
2622 **dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**,
2623 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho
2624 Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Záira Tronco Salerno**, Associação
2625 Brasileira de Nutrição (ASBRAN). **Suplentes** – **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço
2626 Social – CFESS; **Ana Paula Batista Soledade**, Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO;
2627 **Christianne Maria de Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Denise Torreão**
2628 **Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Fernando Zasso Pigatto**,
2629 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Geraldo Adão Santos**,
2630 Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Gerlane Baccarin**, Ministério da
2631 Saúde; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;
2632 **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Jorge Alves de Almeida**
2633 **Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Vanilson Torres da Silva**,
2634 Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **José Felipe dos Santos**, Articulação Brasileira de
2635 Gays – ARTGAY; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos
2636 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Maria Angélica**
2637 **Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças**
2638 **Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Mariana Carvalho Pinheiro**,
2639 Ministério da Saúde; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos
2640 Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação
2641 Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPPSS; **Shirley Marshal Diaz Morales**,
2642 Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Ubiraci Matildes de Jesus**, União de Negros pela
2643 Igualdade – UNEGRO; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.