



1  
2  
3  
4  
5  
6

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52

**ATA DA TRICENTÉSIMA DÉCIMA NONA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO  
NACIONAL DE SAÚDE – CNS**

Aos onze e doze dias do mês de julho de 2019, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Décima Nona Reunião Ordinária do CNS. Estabelecido o quórum, o conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, iniciou a sessão, com saudações aos presentes e aos internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 319ª RO: **1)** Socializar os informes e apreciar as indicações. **2)** Assistir e apreciar o tema do Radar que abordará “As conquistas e desafios no Sistema Único de Saúde, para consolidar a política nacional de saúde integral da população LGBT”. **3)** Aprofundar o debate sobre os efeitos da Desvinculação de Receita da União para o SUS. **4)** Conhecer e debater a Proposta de Emenda Constitucional - PEC nº. 39/2019. **5)** Atualizar e articular ações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS. **6)** Contribuir e deliberar sobre invisibilidade da mulher com deficiência. **7)** Analisar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT e discutir o contexto atual do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira – REVALIDA. **8)** Conhecer e debater as perspectivas da implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil. **9)** Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN. **10)** Apresentar e apreciar as questões da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e da 16ª Conferência Nacional de Saúde. **11)** Socializar e deliberar as demandas das Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho, Coordenação de Plenárias dos Conselhos de Saúde e encaminhamentos do Pleno. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DAS ATAS DA 316ª e 317ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS. APROVAÇÃO DA PAUTA DA 319ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - *Coordenação:* conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DAS ATAS DA 316ª e 317ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS** - O Presidente do CNS submeteu à apreciação do Pleno as atas da 316ª e 317ª Reuniões Ordinárias do CNS, enviadas previamente aos conselheiros. **Deliberação: as atas da 316ª e 317ª Reuniões Ordinárias do CNS foram aprovadas por unanimidade. ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de julho. Coordenação:** conselheira **Elaine Junger Pelaez**, da Mesa Diretora do CNS; e **Ana Carolina Dantas Souza**, Secretária-Executiva do CNS. **Justificativa de ausências – Luiz Henrique Mandetta; e João Gabbardo do Reis. Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde – Américo de Jesus Soares Araújo – MA. José Nazareno Lima Tavares – AP. Palmira da Soares Rangel – PR. Pedro Gonçalves de O. Neto – PA. Valdo Teodosio de Almeida – RN. Datas representativas para a saúde no mês de julho - Julho amarelo - combate às hepatites virais. 1º de jul. - Dia da Vacina BCG. 1º de jul. - Dia do Enfermeiro de Saneamento. 5 de jul. - Dia do Hospital. 5 de jul. - Dia Mundial da Alergia. 10 de jul. - Dia da Saúde Ocular. 11 de jul. - Dia Mundial da população. 13 de jul. - Dia do Estatuto da Criança e do Adolescente. 15 de jul. - Dia Nacional do Homem. 20 de jul. - Dia do Amigo e Internacional da Amizade. 25 de jul. - Aniversário de Criação do Ministério da Saúde. 25 de jul. - Dia Internacional da Mulher Negra Latino Americana e Caribenha. 25 de jul. - Dia do Motorista. 26 de jul. - Dia dos Avós. 27 de jul. - Dia Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho. 27 de jul. - Dia do Pediatra. 27 de jul. - Dia do Motociclista. 28 de jul. - Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais. **Indicações - 1) O****

53 Conselho Nacional dos Direitos Humanos – CNDH solicita de indicação de representante da  
54 sociedade civil para compor a Comissão Especial do Conselho Nacional dos Direitos Humanos  
55 – CNDH. *Indicação:* conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**. **Esta indicação foi aprovada, em**  
56 **separado, por unanimidade.** 2) 5º Congresso Brasileiro de Homeopatia Popular Comunitária,  
57 nos dias 8, 9 e 10 de agosto de 2019, na Chapada dos Guimarães/MT. *Indicação:* conselheira  
58 **Simone Leite Batista**. 3) 3º Encontro Brasil e EUA de Autismo, de 15 a 17 de agosto de 2019,  
59 em Recife/PE. *Indicação:* conselheira **Marisa Furia Silva**. 4) Convite da Associação Brasileira  
60 de Saúde Mental - ABRASME para o 3º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental”. Data:  
61 28, 29 e 30 de junho de 2019. Local: Campus da Universidade Federal de Santa Catarina,  
62 Florianópolis/SC. *Indicação:* conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**. **Deliberação:**  
63 **as indicações foram aprovadas, em bloco, por unanimidade.** Conselheiro **Neilton Araújo**  
64 **de Oliveira** sugeriu que a Secretaria Executiva do CNS elaborasse parecer sobre a viabilidade  
65 financeira para indicação de representante do Conselho para eventos externos, considerando o  
66 orçamento do Conselho. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** concordou que era preciso  
67 otimizar os gastos, mas discordou da proposta do conselheiro Neilton Araújo por entender que  
68 a utilização do critério da economicidade, por si só, poderia prejudicar o papel político do CNS.  
69 Conselheira **Jupiara Gonçalves de Castro** concordou com a fala da conselheira Sueli Barrios,  
70 principalmente considerando o momento que se vive no país. Conselheira **Elaine Junger**  
71 **Pelaez** explicou que a Mesa Diretora tem definido as ações do Conselho de acordo com o  
72 orçamento do CNS, considerando a disponibilidade financeira e as pautas políticas do  
73 Conselho. Também disse que essa questão poderia retomar à pauta posteriormente, para  
74 debate, com maior tempo. **Informes.** 1) Conselheiro **João Donizete Scaboli** informou o Pleno  
75 sobre o estudo realizado pelo DIEESE a respeito da crescente importação de medicamentos e  
76 consequentemente “exportação de empregos”. 2) Conselheira **Débora Melecchi** comunicou a  
77 publicação da Medida Provisória nº 881, de 30 de abril de 2019, que institui a Declaração de  
78 Direitos de Liberdade Econômica, estabelece garantias de livre mercado, análise de impacto  
79 regulatório e dá outras providências. Dada a gravidade da MP, solicitou que as comissões  
80 debatam o tema e definam encaminhamentos contra a Medida. 3) Conselheira **Simone Maria**  
81 **Leite Batista** apresentou os seguintes informes da Articulação Nacional de Movimentos e  
82 Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS: **3.1** Iniciação em Reiki nos dias 29 e 30 de  
83 junho em Brasília - foram iniciadas 9 (nove) pessoas no nível I e 1 (uma) pessoa do nível II. **3.2**  
84 Realização do Congresso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PICS, da  
85 Região Norte, em setembro, na cidade de Manaus – Governo do Estado. **3.3** Realização do  
86 Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da ABRASCO com Tenda  
87 Paulo Freire e Tenda de Cuidados, de 25 a 30 de setembro, em João Pessoa, na Universidade  
88 Federal da Paraíba (UFPB). **3.4** Site do II Congresso de Práticas Integrativas e  
89 Complementares em Saúde – PICS e 4º de Congresso Nordeste, em Lagarto/Sergipe. 4)  
90 Conselheira **Elaine Junger Pelaez** reforçou a importância da participação de todos no ato  
91 público em defesa do SUS que ocorreria durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde, no dia  
92 5 de agosto de 2019. Também informou sobre a reunião ampliada de organização do evento  
93 que ocorreria naquele dia, às 19h30. 5) Informe sobre a participação da conselheira **Elaine**  
94 **Junger Pelaez** e do conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** no 4º Fórum Brasileiro  
95 de Direitos Humanos e Saúde Mental, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Mental  
96 – ABRASME, que ocorreu de 20 a 22 de junho de 2019, na cidade de Salvador. Foco do  
97 evento: defesa da política de saúde mental com foco na política antimanicomial e da realização  
98 de conferência de saúde mental. Mobilização para a 16ª Conferência Nacional de Saúde. 6)  
99 Conselheira **Joana Indjaian Cruz** informou o Pleno sobre a publicação do Decreto nº. 9.897,  
100 de 1º de julho de 2019, que altera a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos  
101 Industrializados - TIPI, aprovada pelo Decreto nº 8.950, de 29 de dezembro de 2016 que, entre  
102 outros aspectos, é contrário à recomendação do CNS. Proposta: pautar debate nas comissões  
103 e posteriormente no CNS. Também convidou todos a participar do Seminário “Obesidade  
104 Infantil – Como evitar uma geração adoecida?”. Data: 10 de julho de 2019. Local: Auditório  
105 Nereu Ramos, Câmara dos Deputados. Por fim, a mesa registrou a presença de  
106 representantes do Conselho Estadual de Alagoas na reunião. **ITEM 3 – RADAR - AS**  
107 **CONQUISTAS E OS DESAFIOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA CONSOLIDAR**  
108 **A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBT -** *Coordenação:*  
109 conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:*  
110 **Marina Reidel**, diretora de Promoção dos Direitos LGBT/MMFDH; **Marcos Peixinho**,  
111 representante da Coordenação de Garantia da Equidade – COGE/DESF/SAPS/MS; e  
112 conselheiro **Delmiro José Carvalho Freitas**, representante da Articulação Brasileira de Gays –

113 ARTGAY no CNS. A primeira expositora foi a diretora de Promoção dos Direitos  
114 LGBT/MMFDH, **Marina Reidel**, que fez uma breve explanação sobre a Diretoria que é  
115 responsável por coordenar a elaboração e implementação dos planos, programas e projetos  
116 relacionados aos direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em âmbito  
117 nacional. Lembrou que é também competência da Diretoria a articulação de ações pró-LGBT  
118 junto aos demais órgãos da Administração Pública Federal. Já a Coordenação Geral  
119 do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos LGBT presta  
120 apoio logístico e institucional à atuação desse órgão colegiado, cumprindo a função legal de  
121 Secretaria-Executiva do CNCD-LGBT. Também destacou que a diretoria é responsável por  
122 acompanhar as ações referentes ao tema do Ministério, cujas atribuições incluem, entre outras:  
123 coordenar os assuntos, as ações governamentais e as medidas referentes à promoção e  
124 defesa dos direitos da população LGBT; coordenar as ações de implementação,  
125 monitoramento e aperfeiçoamento dos centros de referência em direitos humanos da  
126 população LGBT; coordenar a produção, a sistematização e a difusão das informações  
127 relativas à população LGBT; e propor e incentivar a realização de campanhas de  
128 conscientização pública, visando à inclusão social da população LGBT. Também distribuí  
129 material aos conselheiros que detalha as principais ações da diretoria de Promoção dos  
130 Direitos LGBT/MMFDH. Agradeceu o convite para participar da reunião e destacou que a  
131 intenção é ampliar o debate com o Ministério da Saúde, parceiro do MMFDH nesta pauta. Na  
132 sequência, o representante da COGE/DESF/SAPS/MS, **Marcos Peixinho**, expôs sobre as  
133 Políticas de Promoção de Equidade no âmbito do Ministério da Saúde. Começou destacando  
134 as seguintes políticas no âmbito da atenção primária: Política Nacional de Saúde Integral da  
135 População Negra; Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e  
136 das Águas; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; Saúde da  
137 População em Situação de Rua; e Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays,  
138 Bissexuais, Travestis e Transexuais. Explicou que no âmbito do Departamento de Saúde da  
139 Família - DESF, a Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária - CGGAP  
140 dispõe de Coordenação de Garantia da Equidade - COGE e de Coordenação de Saúde no  
141 Sistema Prisional (COPRIS). Detalhou que o Departamento de Saúde da Família – DESF, no  
142 âmbito da COGE, dispõe de Núcleo de Articulação e Implementação das Políticas de Equidade  
143 em Saúde que contempla: População Negra, Doença Falciforme, Povo Cigano, População  
144 LGBT e Processo Transexualizador. Além disso, o Núcleo de Saúde das Populações em  
145 Vulnerabilidade contempla: População em Situação de Rua; Consultório na Rua; População  
146 Campo, Floresta e Águas; e UBS Fluvial/ESFR/população de assentamentos  
147 rurais/Quilombolas. Detalhou que o objetivo da Coordenação de Garantia da Equidade é  
148 eliminar preconceitos no SUS, promover acesso aos grupos e buscar qualidade de vida com  
149 equidade. A equidade está na Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) para promover  
150 acesso a todos os grupos que tem necessidades específicas e para diminuir a iniquidade.  
151 Também fez um destaque às Políticas de Promoção de Equidade contemplando: Mais  
152 Médicos; TeleSaúde; Integração e Unicidade com a Coordenação de Saúde no Sistema  
153 Prisional (COPRIS); “Ministério Único da Saúde”; Edital de Chamamento Público para  
154 pesquisas em políticas de equidade no SUS (SAPS/SCTIE); apoio a estados e municípios com  
155 incentivos financeiros (Selo de Garantia de Equidade no SUS); produção de materiais das  
156 Políticas de Equidade com Evidências Científicas; integração e Unicidade com o DAPES  
157 (saúde mental, álcool e outras drogas, saúde dos adolescentes e jovens, saúde da criança e  
158 aleitamento materno, saúde das mulheres, saúde da pessoa com deficiência e saúde da  
159 pessoa idosa) – “Ministério Único da Saúde”; garantia dos “Quesitos da Equidade” nos  
160 sistemas de informação da Atenção Primária no âmbito do Ministério Saúde (Portaria nº 344,  
161 de 1º de fevereiro de 2017); PROADI SUS – Políticas de Equidade no SUS; e Portaria nº 930,  
162 de 15 de maio de 2019: que Institui o Programa “Saúde na Hora”, que dispõe sobre o horário  
163 estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família. No que diz respeito à atenção  
164 primária, citou: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Política Nacional de  
165 Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas; Política Nacional de  
166 Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; Saúde da População em Situação de Rua;  
167 e Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.  
168 Detalhou o Programa “Saúde na Hora”, que prevê turno estendido (60h e 75h), explicando que  
169 a USF que aderir terá que fornecer: acolhimento com classificação de risco; fornecimento de  
170 medicamentos (obrigatório 75h, opcional 60h); consultas médicas de enfermagem nos 3 turnos;  
171 consultas de Pré-Natal; ofertas de todas as vacinas previstas no calendário vacinal; coleta de  
172 exames laboratoriais (obrigatório 75h, opcional 60h); rastreamento: recém-nascidos, gestação,

173 ISTs, etc.; e pequenos procedimentos injetáveis, curativos, pequenas cirurgias, sondagem,  
174 sutura, entre outros. A respeito da saúde da população LGBT, falou sobre a Política Nacional  
175 de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – PNSILGBT,  
176 instituída por meio da Portaria GM/MS nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011, que tem como  
177 marca o reconhecimento de que a discriminação por orientação e por identidade de gênero  
178 incide na determinação social da saúde (DSS). Pontuou que situações enfrentadas pela  
179 população LGBT: violência intrafamiliar; *bullying* na escola; discriminação no trabalho;  
180 intolerância em espaços públicos; despreparo dos profissionais; e preconceito nos serviços de  
181 saúde. Explicou que as situações de vulnerabilidade às quais a população LGBT está exposta  
182 podem gerar agravos à saúde mental e física, diminuir a busca pelos serviços e profissionais  
183 de saúde, dificultar o acesso às unidades de saúde e levar a uma piora na qualidade de vida e  
184 no autocuidado. A fim de promover a saúde desse segmento e contribuir para a eliminação da  
185 discriminação e do preconceito institucional no SUS, disse que a PNSILGBT estrutura suas  
186 ações por meio do II Plano Operativo – Resolução CIT nº 26/2017, o qual apresenta estratégias  
187 para as gestões federal, estadual, distrital e municipal: 1) Acesso da população LGBT à  
188 atenção integral à saúde; 2) Promoção e vigilância em saúde; 3) Educação permanente,  
189 educação popular em saúde e comunicação; 4) Mobilização, articulação, participação e  
190 controle social; e 5) Monitoramento e avaliação das ações de saúde. Falou também sobre a  
191 inclusão do nome social de travestis e transexuais no Cartão do Sistema Único de Saúde -  
192 Cartão SUS, na Caderneta da Pessoa Idosa, na ficha de cadastro individual do e-SUS AB e na  
193 ficha de notificação de violências do SINAN. Destacou ainda o processo transexualizador no  
194 SUS, explicando que, entre 2008 e 2018, houve a ampliação de 4 para 12 serviços habilitados  
195 e que estava em desenvolvimento o PCDT da hormonioterapia no Processo Transexualizador.  
196 A respeito da notificação de violências no SINAN, informou que em novembro de 2014 os  
197 campos “orientação sexual”, “identidade de gênero” e motivação da violência por  
198 “homo/lesbo/bi/transfobia” foram inseridos na ficha de notificação de violências interpessoais e  
199 autoprovocadas do SINAN. Acerca da educação permanente, citou o Módulo de Educação à  
200 Distância (EaD) sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT voltado para profissionais de  
201 saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, especialmente os que atuam na Atenção Primária e  
202 ofertado pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS e pela AVASUS.  
203 Também falou de projetos em parceria com instituições de ensino, com destaque para: TC  
204 79/2013 – Universidade de Brasília - Pesquisa: Análise do acesso e da qualidade da atenção  
205 prestada à saúde da população LGBT no SUS ; TED 51/2014 – Universidade de Brasília:  
206 implantação do Observatório da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Sistema Único de  
207 Saúde – SUS; e TED 152/2017 – Universidade Federal do Rio Grande do Sul: capacitar  
208 gestores e profissionais da saúde do SUS para a Atenção Integral da Saúde da População  
209 LGBT e analisar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT na região Sul. Também fez um  
210 destaque ao Projeto PROADI-SUS “Qualidade e segurança na atenção e cuidado à saúde de  
211 travestis e transexuais”, que contempla: pesquisa - analisar o cenário atual de atendimento às  
212 pessoas trans no SUS; capacitação - disseminar conhecimento sobre as melhores práticas em  
213 saúde na transição de gênero; e atendimento - ambulatório de especialidades no Hospital Vila  
214 Santa Catarina em São Paulo. Sobre os sistemas de informação em saúde, destacou: inclusão  
215 de orientação sexual e identidade de gênero no e-SUS AB; e retirada das críticas ao sexo dos  
216 usuários nos sistemas SIA e SIH. Por fim, pontuou os desafios a serem enfrentados:  
217 adequação dos sistemas de informação em saúde; produção de indicadores de saúde; apoio  
218 para a ampliação do processo transexualizador; educação permanente; publicações; e criação  
219 de diretrizes de acolhimento e atenção a LGBT na APS. Na sequência, interveio o conselheiro  
220 **Delmiro José Carvalho Freitas**, representante da ARTGAY no CNS, que saudou a mesa e  
221 manifestou preocupação com as novas ações do governo, que representam retrocesso na luta  
222 pelos direitos da população LGBT. Destacou, em especial, a extinção do Conselho Nacional de  
223 Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos e a criação de comitê com apenas seis  
224 membros, sendo somente três da sociedade civil. Por fim, manifestou sua preocupação com a  
225 situação da população LGBT e de outras em situação de vulnerabilidade diante desse novo  
226 cenário do país. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, em alusão ao mês de  
227 celebração dos 50 anos da revolta de Stonewall, ressaltou a importância de refletir sobre as  
228 lutas para chegar às conquistas. Na linha do enfrentamento à homofobia, lembrou que a  
229 Organização das Nações Unidas - ONU lançou em 2014 o manual “Construindo a igualdade de  
230 oportunidades no mundo do trabalho: combatendo a homo-lesbo-transfobia” voltado à  
231 promoção dos direitos das pessoas LGBTI no ambiente de trabalho. Frisou ainda que era  
232 preciso reconhecer que questões de discriminação afetam a saúde física e mental das pessoas

233 LGBTI. **Manifestações.** Conselheira **Altamira Simões dos Santos de Souza**, na linha da  
234 defesa da equidade, registrou que a população negra não se sentiu contemplada no 4º Fórum  
235 Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, uma vez que a mesa foi hegemonicamente  
236 branca. Também sentiu falta de política de saúde voltada às mulheres lésbicas, considerando a  
237 especificidade desse segmento na lógica da equidade. Lamentou o desmonte do Conselho  
238 Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos e avaliou que certamente seria  
239 remontado sem a participação do controle social. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** solicitou  
240 que as entidades representativas dos trabalhadores de saúde pautem o debate desse tema  
241 com os profissionais que atendem essa população e frisou que é essencial dar voz e  
242 visibilidade a essas pautas a partir dos sujeitos. Manifestou-se contra o desmonte do Conselho  
243 Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos e salientou a importância de  
244 lutar para retomada desse espaço na sua composição anterior. Também chamou a atenção  
245 para os altos índices de homicídios na população LGBT e para a responsabilidade de  
246 profissionais e da sociedade para desconstruir preconceitos e acabar com a violência. Por fim,  
247 disse que a defesa dos direitos humanos é um dos critérios éticos dos profissionais de  
248 assistência social e o CFESS realiza campanhas voltadas à inclusão. Conselheiro **Luiz Carlos**  
249 **Medeiros de Paula** parabenizou o movimento pela luta em defesa dos direitos humanos e  
250 lamentou os ataques promovidos pelo governo especialmente às populações em situação de  
251 vulnerabilidade e o desmonte do SUS e de outras políticas essenciais, causando prejuízos à  
252 população. Conselheira **Nara Monte Arruda** interveio para registrar as seguintes perguntas de  
253 estudantes acerca da temática: Quais os quesitos de equidade contemplados nos sistemas de  
254 informação do SUS? Qual público alvo da educação permanente? Qual o orçamento destinado  
255 às ações de saúde da população LGBT e com que tem sido gasto? O que está sendo feito para  
256 garantir consulta ginecológica a homens trans? Qual previsão para que o SUS garanta  
257 hormonoterapia para as pessoas trans? Por que o MS retrocedeu, desde 2017, no apoio ao  
258 movimento LGBT? O que está sendo pensado para garantir a saúde das mulheres lésbicas e  
259 bissexuais? Quando o MS retomará as campanhas para reduzir o preconceito contra a  
260 população LGBT nos serviços de saúde? Há pesquisas sobre saúde da população LGBT?  
261 Qual o motivo da extinção do observatório das políticas de equidade? Conselheiro **Moysés**  
262 **Longuinho Toniolo de Souza** também solicitou considerações sobre os seguintes pontos:  
263 como está a situação de saúde da população LGBT, especialmente no âmbito do sistema  
264 prisional?; o que será feito com as notificações de violência contra a população LGBTI?; e  
265 como ficará a situação diante da extinção do plano de enfrentamento pela infecção do HIV,  
266 hepatites e outras DST? **Retorno da mesa.** O representante da COGE/DESF/SAPS/MS,  
267 **Marcos Peixinho**, pontuou as seguintes questões a partir das falas: a proposta da nova  
268 estrutura do CODE visa garantir atenção integral, com capacitação de profissionais de saúde,  
269 gestores, sociedade, facilitando o diálogo entre os segmentos; o SUS AB possui dados mais  
270 detalhados – raça/cor, orientação sexual, público; é preciso monitorar os indicadores para  
271 avaliar o impacto da política de equidade; diante da nova proposta, não se sabe ainda o  
272 orçamento que será destinado às políticas de equidade; educação permanente será dividida  
273 em três pilares: sociedade, profissionais de saúde e médicos; MS está fechando parceria com  
274 o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos para incluir as pautas da saúde no  
275 que diz respeito às políticas de equidade; no final de novembro de 2019 será iniciada  
276 campanha sobre políticas de equidade; está sendo feito debate sobre hormonoterapia para  
277 definição de protocolo, alinhando com a secretaria (ideia é garantir acesso integral); proposta  
278 de selo de equidade – está buscando parceiros nacionais e internacionais; notificação é  
279 importante para levantar dados e definir políticas; após os resultados das pesquisas do  
280 PROAD, será possível disponibilizar mais dados; e o recurso destinado aos observatórios não  
281 foi gasto. A diretora de Promoção dos Direitos LGBT/MMFDH, **Marina Reidel**, pontuou os  
282 seguintes pontos: MS possui o papel de resolver a epidemia de AIDS; a Diretoria possui dois  
283 eixos principais: violência (canal disque 100) e empregabilidade LGBT (que vive na  
284 clandestinidade do trabalho); a diretoria continuará a luta contra preconceitos e estigmas  
285 acerca da população LGBT; e é preciso fortalecer o Conselho Nacional de Combate à  
286 Discriminação e Promoção dos Direitos. Conselheiro **Delmiro José Carvalho Freitas**,  
287 representante da ARTGAY no CNS, destacou que o Brasil é o país com maior índice de  
288 homicídio de população LGBT e esse segmento enfrenta alto índice de suicídio e  
289 discriminação, o que aponta a necessidade de maior atenção. Também fez as seguintes  
290 perguntas: quais as perspectivas para ampliar o processo transexualizador?; como a sociedade  
291 civil pode contribuir na construção da política de saúde integral da população LGBT?; o MS  
292 dispõe de material para apoiar gestão na defesa de políticas para estados e municípios?; há

293 incentivo a E e M para implementar a política de saúde LGBT?; qual aporte financeiro para  
294 implementar essa política?; como se dá o monitoramento da política de saúde da população  
295 LGBT?; quais são os principais agravos? A nova estrutura do Conselho Nacional de Combate à  
296 Discriminação e Promoção dos Direitos é capaz de atender às demandas da população LGBT  
297 (3 da sociedade civil e quatro do governo – antes eram 15 de cada um dos segmentos). Após  
298 essas falas, conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS,  
299 procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno do CNS decidiu convidar**  
300 **novamente o Coordenador Marcus Peixinho, após a 16ª Conferência, para atualizar**  
301 **informações sobre essa temática, especialmente sobre questões orçamentárias e**  
302 **detalhamento da sua apresentação; e formalizar, via ofício, as perguntas feitas durante o**  
303 **debate e não respondidas a contento, em virtude da exiguidade de tempo da pauta ou**  
304 **impossibilidade de detalhamento.** Por fim, o coordenador da mesa agradeceu a presença  
305 dos convidados e encerrou solicitando um minuto de silêncio pelo professor Sandro Cipriano,  
306 de Pernambuco, ativista LGBT e de causas sociais, assassinado em junho de 2019. **ITEM 4 –**  
307 **COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP –** *Coordenação:* conselheira  
308 **Priscilla Viegas**, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* conselheiro **Jorge Alves de**  
309 **Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**,  
310 coordenadora adjunta da CONEP/CNS. Nesta mesa, o coordenador da CONEP/CNS fez uma  
311 apresentação sobre o andamento do debate do Projeto de Lei nº 7.082 de 2017, do deputado  
312 Hiran Gonçalves, que dispõe sobre a pesquisa clínica com seres humanos e institui o Sistema  
313 Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos. Começou destacando que a  
314 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, instituída pela Resolução do CNS 196/96  
315 na gestão do Ministro Adib Jatene, está diretamente ligada ao CNS, sendo independente de  
316 influências corporativas e institucionais. Saliu que uma das suas características é a  
317 composição multi e transdisciplinar, contando com representantes da comunidade científica,  
318 conselheiros do segmento de trabalhadores e de usuários. Lembrou a missão da CONEP  
319 “elaborar e atualizar as diretrizes e normas para a proteção dos participantes de pesquisa e  
320 coordena a rede de Comitês de Ética em Pesquisa das Instituições.” Feitas essas  
321 considerações gerais, passou à análise do atual substitutivo ao Projeto de nº 7.082 de 2017.  
322 Explicou que o Deputado Hiran Gonçalves propôs documento substitutivo ao PL nº 7.082 por  
323 meio de pareceres, emitidos na CSSF, com modificações substanciais no texto original  
324 aprovado na CCTCI, sobretudo no que diz respeito à composição da CONEP e às condições  
325 de acesso pós-estudo. No que diz respeito ao pós-estudo, disse que o capítulo VI, que versa  
326 sobre a “continuidade do tratamento pós-pesquisa clínica”, foi reescrito em quase sua  
327 totalidade, representando retrocesso significativo nos direitos dos participantes de pesquisa. Há  
328 claro enfraquecimento do direito de acesso pós-estudo, com favorecimento explícito do  
329 patrocinador. A esse respeito, apresentou análise de cada um dos artigos do Capítulo VI  
330 (exceto o Art. 47, que já constava no texto original da CCTIC). **Art. 37** “O patrocinador e o  
331 pesquisador deverão avaliar a necessidade da continuidade do fornecimento do medicamento  
332 experimental após o término da participação de cada indivíduo no ensaio clínico”. A respeito  
333 desse artigo, explicou que há conflito de interesse evidente ao permitir que o patrocinador  
334 decida sobre a necessidade da continuidade do tratamento. Tal conflito enfraquece o  
335 participante de pesquisa nos benefícios que a pesquisa pode trazer a ele. **Art. 38.** Antes do  
336 início do ensaio clínico, patrocinador e pesquisador submeterão ao CEP um plano específico  
337 para cada ensaio clínico, apresentando e justificando a necessidade ou não de fornecimento  
338 gratuito do medicamento experimental pós-estudo. Sobre esse artigo, disse que, além do  
339 evidente conflito de interesse que desfavorece o participante de pesquisa, o patrocinador não  
340 tem competência legal para tomar decisões clínicas e decidir o que é melhor ao participante,  
341 cabendo esta responsabilidade exclusivamente ao médico pesquisador ou ao médico particular  
342 do participante. **Art. 39.** “O patrocinador e o pesquisador deverão realizar, antes do início do  
343 ensaio, e durante sua execução, conforme disposto em regulamento, uma avaliação sobre a  
344 necessidade de continuidade do fornecimento do medicamento experimental pós-ensaio  
345 clínico, de acordo com os seguintes critérios: I - a gravidade da doença e se esta ameaça a  
346 continuidade da vida do participante da pesquisa; II - a disponibilidade de alternativas  
347 terapêuticas satisfatórias para o tratamento do participante da pesquisa, considerando sua  
348 localidade; e III - se o medicamento experimental contempla uma necessidade médica não  
349 atendida.” Nesse caso, destacou que o artigo admite abertamente a possibilidade de não se  
350 assegurar o direito de acesso pós-estudo aos participantes de pesquisa de forma gratuita. Essa  
351 proposição está em franco desacordo com as normas éticas em pesquisa no Brasil,  
352 enfraquecendo substancialmente o participante de pesquisa, deixando-o em situação

353 vulnerável na relação com a indústria farmacêutica. A proposta é completamente antiética,  
354 favorecendo única e exclusivamente o patrocinador (indústria farmacêutica). O participante de  
355 pesquisa que se beneficiar de um medicamento experimental deve ter assegurado o acesso ao  
356 tratamento pelo período que for necessário no caso de benefício clínico. **Art. 41.** “O  
357 patrocinador será responsável pela avaliação global dos riscos e benefícios, ao final do ensaio  
358 clínico, através da análise dos dados, assim que disponíveis, e informará ao pesquisador  
359 quando a evidência de benefício superar a evidência de risco com o uso do medicamento  
360 experimental ou quando a evidência de risco superar a do benefício com o uso do  
361 medicamento experimental.” Explicou que esse artigo é aplicável tão somente aos ensaios  
362 clínicos patrocinados pela indústria e ignora por completo a possibilidade dos estudos serem  
363 de iniciativa do investigador. Além do mais, o artigo favorece o patrocinador ao atribuir a ele a  
364 responsabilidade de decidir o balanço entre o risco e o benefício da continuidade do  
365 medicamento experimental. Há, novamente, claro conflito de interesse nesta ponderação com  
366 prejuízo evidente ao participante de pesquisa. **Art. 42.** “O patrocinador garantirá aos  
367 participantes da pesquisa o fornecimento gratuito pós-ensaio clínico do medicamento  
368 experimental sempre que este for considerado pelo pesquisador como a melhor terapêutica  
369 para a condição clínica do participante da pesquisa, apresentando relação risco-benefício mais  
370 favorável em comparação com os demais tratamentos disponíveis, de acordo com os critérios  
371 estabelecidos nos Arts. 39 e 40 desta Lei. Parágrafo único: O fornecimento gratuito pós-estudo  
372 do medicamento experimental de que trata o caput será garantido após o término da  
373 participação individual, por meio de um programa de acesso pós-estudo, devendo o  
374 participante migrar automaticamente para este novo protocolo, de acordo com análise  
375 devidamente justificada do pesquisador”. Comentou que esse artigo coloca mais um  
376 condicionante para a manutenção do medicamento experimental quando da existência de  
377 benefício, definindo o fornecimento apenas se não houver outros tratamentos disponíveis. Além  
378 disso, a definição de uma “relação risco-benefício mais favorável” é muita subjetiva, o que pode  
379 trazer interpretações variadas em detrimento ao participante. **Art. 44.** “O pesquisador e o  
380 patrocinador avaliarão o momento em que o fornecimento pós-ensaio clínico do medicamento  
381 experimental deverá ser interrompido, mediante o estabelecido pelo planejamento do ensaio  
382 clínico, conforme art. 39 desta Lei. Parágrafo único. Aplica-se ao caput deste artigo ao menos  
383 uma das seguintes condições para a interrupção do fornecimento pós-ensaio clínico do  
384 medicamento experimental ao participante da pesquisa, mediante submissão de justificativas  
385 ao CEP, para apreciação: I – decisão do próprio participante da pesquisa ou, quando esse não  
386 puder expressar validamente sua vontade, pelos critérios especificados no inciso I do art. 30  
387 desta Lei; ou ...” Nesse caso, disse que, ao definir que o medicamento experimental poderá ser  
388 descontinuado quando houver “alternativa terapêutica satisfatória”, o patrocinador exime-se da  
389 obrigação de manter o tratamento, mesmo havendo benefício clínico aos participantes da  
390 pesquisa com o medicamento experimental. Tal proposição está em desacordo com as normas  
391 de ética em pesquisa no país e que favorece única e exclusivamente o patrocinador. Além  
392 disso, acrescentou: **Inciso VI:** “Limita o tempo do pós-estudo a um máximo de cinco anos  
393 pós-comercialização, reduzindo drasticamente o direito do participante.”; e **Inciso VII:** A  
394 CONEP tem a compreensão de que o patrocinador é responsável pelo fornecimento pós-  
395 estudo pelo período que for necessário, mesmo que o medicamento já esteja disponível na  
396 rede pública. Saliou que não há razão para o patrocinador transferir a sua responsabilidade  
397 às contas do Ministério da Saúde, especialmente em um quadro de verbas congeladas e  
398 flagrante falta de medicamentos que já vem ocorrendo. Essa proposta agrava esta carência.  
399 Sobre o do uso do placebo em pesquisa clínica, explicou que o Art. 36 diz respeito ao uso de  
400 placebo em pesquisa clínica e traz modificação no texto originalmente proposto pela CCTIC.  
401 Destacou o texto original da CCTIC (após emenda do Deputado Afonso Motta): “O uso  
402 exclusivo de placebo só é admitido quando inexisterem métodos comprovados de profilaxia,  
403 diagnóstico ou tratamento para a doença objeto da pesquisa clínica, conforme o caso, e desde  
404 que os riscos ou os danos decorrentes do uso de placebo não superem os benefícios da  
405 participação na pesquisa. Parágrafo único. Em caso de uso de placebo combinado com outro  
406 método de profilaxia, diagnóstico ou tratamento, o participante da pesquisa não pode ser  
407 privado de receber *o melhor tratamento ou procedimento que seria realizado na prática clínica*”.  
408 Texto proposto no substitutivo: **Art.36.** “O uso exclusivo de placebo só é admitido quando  
409 inexisterem métodos comprovados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento para a doença  
410 objeto da pesquisa, conforme o caso, e desde que os riscos ou os danos decorrentes do uso  
411 de placebo não superem os benefícios da participação na pesquisa. Parágrafo único. Em caso  
412 de uso de placebo combinado com outro método de profilaxia, diagnóstico ou tratamento, o

413 participante da pesquisa não pode ser privado de receber o melhor tratamento disponível, ou o  
414 preconizado em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, ou em  
415 protocolos terapêuticos estabelecidos por médicos especialistas da área objeto de estudo.”  
416 Embora a proposta de mudança esteja alinhada com o item III.3.b da Resolução CNS nº 466  
417 de 2012 (que versa sobre a eticidade do uso de placebo em pesquisa), há falta de  
418 especificidade do que representaria “médicos especialistas”. O correto e que é praticado hoje,  
419 quando não existe PCDT do Ministério, é usar o protocolo da sociedade de especialidade  
420 médica da área. Explicou que, da forma como está, possibilita prejuízo do participante. A  
421 respeito da composição da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Clínica, disse que os  
422 artigos 8º a 15, que versam sobre a composição da CONEP, não estavam presentes no texto  
423 original aprovado pela CCTIC, sendo, portanto, novas inserções propostas no substitutivo.  
424 Todos os artigos inseridos foram baseados originalmente na Resolução CNS nº446 de 2011,  
425 havendo, contudo, modificações deliberadas para remover a participação do Conselho  
426 Nacional de Saúde, passando a responsabilidade integralmente à regulamentação da lei a ser  
427 elaborada pela Casa Civil da Presidência da República. A esse respeito, explicou que o texto  
428 atual sequer diz quem nomeia a futura CONEP, deixando tudo para o regulamento. Recordou  
429 que a intenção expressa nos substitutivos anteriores deste mesmo relator era passar esta  
430 responsabilidade para o Ministério da Saúde, abolindo a atual Comissão Paritária entre a  
431 CONEP e o Ministério para analisar os currículos enviados pelos CEP. Sobre a composição da  
432 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Clínica, destacou que o **Art. 10** determina “O  
433 Plenário da CONEP será interdisciplinar e independente e composto por 15 (quinze) membros  
434 titulares representantes dos seguintes órgãos e instituições: I – 10 (dez) representantes de  
435 Comitês de Ética em Pesquisa – CEP; II – 1 (um) representante do Ministério da Saúde - MS;  
436 III – 1 (um) representante do Conselho Federal de Medicina – CFM; IV – 1 (um) representante  
437 do Conselho Nacional de Saúde – CNS; V – 1 (um) representante dos participantes de  
438 pesquisas; VI – 1 (um) representante da Sociedade Brasileira de Bioética – SBB. §1º Cada  
439 membro titular terá um suplente que o substituirá em caso de óbito ou desligamento, nos  
440 termos do regulamento. §2º Os membros da CONEP, tanto titulares como suplentes, não  
441 poderão exercer atividades que possam caracterizar conflitos de interesse com os participantes  
442 da pesquisa. §3º Os membros titulares e suplentes da CONEP deverão, ao candidatar-se,  
443 declarar eventual conflito de interesse relativo às atividades que desenvolverem na comissão.  
444 **Art. 11.** “A CONEP definirá em norma específica o processo de indicação de representantes  
445 para o Plenário, cuja composição deverá ser renovada a cada biênio, conforme os critérios  
446 estabelecidos nesta lei.” Explicou que esse artigo determina que “a CONEP definirá o processo  
447 de indicação de representantes para o Plenário”, todavia, não define como se dará a transição.  
448 Ressaltou que não há no projeto disposição transitória e tudo fica para o regulamento a ser  
449 elaborado pela Casa Civil. Além disso, salientou que o substitutivo retirou a representação dos  
450 usuários nos CEP, mas, após negociação, esse segmento foi incluído novamente (utilização de  
451 termo diferente de “usuários nos CEP”). Salientou que não procede a afirmação que o país  
452 está atrasado no que diz respeito à avaliação de pesquisas clínicas. Para refletir, perguntou o  
453 que o Brasil ganharia avaliando de forma mais negativa os seus Centros de Pesquisa e o  
454 trabalho dos seus Pesquisadores, do que a análise realizada pelo próprio governo norte-  
455 americano e divulgada pelo seu site oficial? Inclusive, ressaltou que o caminho de retirar  
456 direitos causou mortes em pesquisas clínicas na Índia (“Desde que a regulamentação na Índia  
457 foi alterada em 2005 em uma tentativa de liberar a realização de ensaios clínicos de drogas, as  
458 empresas têm se direcionado para lá devido à diversidade genética da população. No entanto,  
459 os ensaios no país têm sido envolvidos em escândalos. Dados do governo mostram que mais  
460 de 2.600 pacientes que participaram de ensaios clínicos na Índia morreram no período entre  
461 2005 e 2012, e quase 12 mil sofreram efeitos adversos sérios. Destes, 80 mortes e mais de  
462 500 efeitos adversos sérios foram diretamente atribuídos à droga que está sendo testada”. “O  
463 Setor Público e particularmente o Supremo Tribunal da Índia tem tomado uma posição firme  
464 contra as empresas farmacêuticas internacionais nos últimos meses, (...) Além disso, as mortes  
465 de adolescentes em testes de vacinas contra HPV criou outro debate ético sobre se estes  
466 ensaios deveriam ter sido autorizados e se os procedimentos foram meticulosamente seguidos  
467 para garantir a segurança dos seres humanos. Recentemente, em um comunicado emitido pelo  
468 Ministério da Saúde e Bem-Estar Familiar, o Secretário da Saúde afirmou que nos últimos sete  
469 anos 57.303 seres humanos foram incluídos em ensaios clínicos de 475 novos medicamentos,  
470 39.022 participantes concluíram os ensaios, e 11.972 eventos adversos graves (excluindo  
471 óbitos) foram relatados; 2644 mortes foram relatadas, sendo que 80 podem ser atribuídas a  
472 fármacos de ensaios. Estes números podem ser apenas a ponta do Iceberg. As questões



473 *éticas subjacentes à pesquisa clínica na Índia são muito complexas e raramente tem sido*  
474 *discutido na literatura.”). Também fez um destaque à quantidade de participantes em Projetos*  
475 *de Pesquisa Clínica (Declarados pelo pesquisador na aprovação do projeto), em 2017, no total*  
476 *de 459.225. Por fim, disse que o Projeto será apreciado por mais uma comissão na Câmara*  
477 *dos Deputados, CCJ, e, no plenário será possível apresentar emendas. Em seguida, retorna ao*  
478 *Senado Federal para avaliação. No seu ponto de vista, serão dois anos de tramitação do*  
479 *projeto e, portanto, é preciso manter a luta contra a iniciativa e promover mobilização em*  
480 *defesa da CONEP na 16ª Conferência Nacional de Saúde. Conselheira **Francisca Valda da***  
481 ***Silva**, coordenadora adjunta da CONEP/CNS, destacou que o Sistema CEP/CONEP, instituído*  
482 *há dez anos, representa um avanço para o país e todos os movimentos, junto com a*  
483 *sociedade, devem unir-se para defender a CONEP, que representa um patrimônio do povo*  
484 *brasileiro. Também destacou que é preciso manter a defesa do substitutivo ao PL n.º*  
485 *7.082/2017, aprovado anteriormente no Pleno do CNS e continuar a lutar contra essa proposta*  
486 *que coloca o lucro acima da vida das pessoas. **Manifestações.** Conselheiro **Geraldo Adão***  
487 ***Santos** perguntou como fica a garantia do medicamento ao participante de pesquisa no pós-*  
488 *estudo. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** indagou qual a responsabilidade do*  
489 *pesquisador com a situação de efeitos colaterais que podem acontecer com o participante. No*  
490 *que diz respeito à representação dos usuários nos CEP, salientou que é preciso deixar claro*  
491 *quem indica o representante para o Comitê. Conselheira **Lenise Aparecida Martins Garcia***  
492 *salientou que o Brasil é um país alvo da indústria, por conta da diversidade e, portanto, deve-se*  
493 *definir regulamentação bastante segura. Sobre a tramitação do Projeto na Câmara dos*  
494 *Deputados, disse que é preciso máxima atenção para que não haja votação em caráter de*  
495 *urgência. Conselheira **Manuelle Maria Marques Matias** informou que será feito movimento*  
496 *nas entidades da comunidade científica para defesa do sistema CEP/CONEP e do substitutivo*  
497 *elaborado pelo CNS. **Retorno da mesa.** O coordenador da CONEP/CNS respondeu aos*  
498 *questionamentos do Pleno destacando que: no pós-estudo, será garantido melhor tratamento*  
499 *existente se o novo não fizer efeito; há responsabilidade com atenção integral durante a*  
500 *pesquisa e efeitos tardios; e a CONEP está debatendo com entidades para ampliar a*  
501 *mobilização e todos os segmentos podem contribuir na luta contra o substitutivo. A*  
502 *coordenadora adjunta da CONEP/CNS destacou que a Comissão é uma conquista do povo*  
503 *brasileiro que precisa ser defendida de iniciativas que visam essencialmente o lucro e não o*  
504 *usuário. O coordenador da CONEP informou que o relator ampliou o Projeto para além das*  
505 *pesquisas clínicas, portanto, a luta deve envolver todas as áreas, não só pesquisas clínicas.*  
506 *Após essas considerações, o coordenador da mesa procedeu aos encaminhamentos.*  
507 **Deliberação: o Pleno reafirmou a importância de manter a defesa do substitutivo ao PL**  
508 **7.082/2017, aprovado anteriormente no Pleno do CNS e de promover mobilização em**  
509 **defesa da CONEP na 16ª Conferência Nacional de Saúde. ITEM 5 – PROPOSTA DE**  
510 **EMENDA CONSTITUCIONAL - PEC 39/2019 - Coordenação: conselheiro **Jurandi Frutuoso****  
511 ***Silva***, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Elaine Junger Pelaez**, da Mesa Diretora do  
512 *CNS. Apresentação: Senador **Marcelo Castro**, ex-Ministro de Estado da Saúde e ex-*  
513 *conselheiro do CNS. Iniciando, conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** agradeceu a presença do*  
514 *senador e lembrou a luta dele como Ministro de Estado da Saúde em defesa da saúde e do*  
515 *SUS. Após essa saudação inicial, abriu a palavra ao senador **Marcelo Castro** para*  
516 *apresentação da Proposta de Emenda à Constituição nº 39/2019, que altera a Constituição*  
517 *Federal para destinar, com exclusividade, os valores recebidos com royalties da exploração do*  
518 *petróleo à educação e à saúde. O senador iniciou a sua exposição com os fundamentos da*  
519 *Proposta: subfinanciamento crônico do SUS, desde sua origem; ausência de política de*  
520 *progressividade de recurso; EC n.º. 86 revogou a única progressividade prevista - a partilha do*  
521 *pré-sal, disposta na Lei nº 12.858/2013, ao incluí-la no piso da saúde; e o desfinanciamento do*  
522 *SUS com a EC n.º. 95/2016, que impõe teto para as despesas primárias (2017), congelando os*  
523 *recursos mínimos da saúde, base 2016, com atualização pelo índice anual do IPCA/IBGE.*  
524 *Discorreu sobre o financiamento do SUS, explicando que o gasto total com saúde no país é 9%*  
525 *do PIB e o gasto público com saúde é 4% do PIB. Neste ponto, lembrou que a saúde pública*  
526 *consiste na garantia de políticas públicas que visem desde a prevenção de riscos e agravos à*  
527 *saúde (vigilância em saúde – sanitária, epidemiológica, ambiental, nutricional, entre outras) à*  
528 *sua promoção e recuperação (programas, estratégias, consultas, exames, hospitais, entre*  
529 *outros), sem falar nos fatores socioeconômicos que interferem na saúde. Ainda sobre o*  
530 *financiamento do SUS, disse são serviços destinados a 207 milhões de pessoas, sendo 150*  
531 *milhões dependentes exclusivamente dos serviços de promoção e recuperação da saúde,*  
532 *financiados com 4% do PIB. Por outro lado, lembrou que a saúde privada aplica 5% do PIB*

533 somente em serviços assistenciais para ¼ da população do país. Salientou que países com  
534 saúde de acesso universal têm um gasto mínimo de 7% do PIB, como é o caso do Reino Unido  
535 com 7,9%. Seguindo, falou sobre a Emenda Constitucional nº 86/2015 e seus efeitos na saúde.  
536 Recordou que a EC nº. 86, que trata do orçamento impositivo, alterou a EC nº. 29/2000, que  
537 fixou piso mínimo para a saúde no tocante aos valores da União. Em contrapartida, a  
538 sociedade reivindicava 10% das Receitas Correntes Brutas- RCB da União, tendo a EC 86  
539 fixado o valor percentual de 15% das Receitas Correntes Líquidas - RCL, escalonado em cinco  
540 anos, a partir de 2016. Lembrou que a EC 86 definiu, ainda, que os recursos da partilha do pré-  
541 sal destinados à saúde deveriam ser computados no piso mínimo da saúde, pondo fim a  
542 possibilidade de progressividade em seu financiamento. Continuando, falou sobre a EC  
543 95/2016 e seus efeitos na saúde, explicando que congela gastos com saúde por 20 anos, a  
544 partir de 2017, sobre o valor aplicado em 2016, atualizado pela variação anual do IPCA/IBGE.  
545 Explicou que dados de economistas da saúde demonstram que esse valor a partir de 2017 não  
546 será suficiente para cobrir: os custos com o aumento populacional e de sua longevidade que  
547 mudará o perfil epidemiológico; os crescentes custos dos materiais e insumos médicos; as  
548 novas tecnologias e as velhas ainda não incorporadas ao SUS; e os custos de medicamentos,  
549 sempre acima da inflação oficial, e as novas drogas. Apresentou quadro para demonstrar  
550 perdas decorrentes da EC 95 destacando que somarão R\$ 13,9 bilhões para os anos de 2018  
551 e 2019. Também falou sobre a partilha do pré-sal, Lei nº. 12.858 de 2013, explicando que  
552 deveria ser considerado *recurso adicional* ao piso da saúde. Todavia, a EC 86 passou a  
553 considerar esses valores como integrantes do piso mínimo (aumentar de um lado e retirar do  
554 outro, à moda da CPMF que levou o Ministro Jatene a pedir exoneração do cargo). Disse que a  
555 PEC nº. 39/2019 visa corrigir essa possibilidade de distorção em relação aos recursos da  
556 partilha do pré-sal que devem ter caráter de progressividade e ter destinação exclusiva à saúde  
557 e à educação. Detalhou que essa Proposta visa constitucionalizar a partilha dos recursos do  
558 pré-sal, no tocante à saúde e à educação, acrescentando parágrafos ao art. 20 da  
559 Constituição, para garantir a devida progressividade em seus financiamentos, com acréscimo  
560 de recursos aos seus pisos básicos. A proposta define que deverão ser destinados  
561 *exclusivamente* para saúde (25%) e educação (75%). Acrescentou que poderá ser criado *fundo*  
562 *de reserva* pelos entes federativos para atuar de modo contracíclico, acumulando recursos em  
563 fase de maior arrecadação para uso em fase de escassez. Por fim, falou sobre a ADI nº. 5.595,  
564 em julgamento no STF, com concessão de medida cautelar do Ministro Lewandowski, sob o  
565 fundamento de vedação de retrocesso na garantia de direitos fundamentais. Explicou que essa  
566 Ação visa assegurar a progressividade dos recursos do pré-sal à saúde e à educação e  
567 garantir, ainda, a aplicação de 15% da RCL da União já em 2016, pelo fato de a EC 95 ter  
568 revogado o escalonamento imposto pela EC 86, a iniciar-se com o percentual de 13,2%, em  
569 2016. Destacou que se aguarda o julgamento do mérito, adiado por duas vezes. Fechou  
570 destacando que a PEC nº 39/2019 visa corrigir a possibilidade de distorção acerca dos  
571 recursos da partilha do pré-sal, que devem ter caráter de progressividade e ter destinação  
572 exclusiva à saúde e à educação. Ou seja, a Proposta não assegura mais recursos para a  
573 saúde, mas reduz as perdas. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** agradeceu o senador pela  
574 apresentação e também sinalizou preocupação com a proposta de Desvinculação das Receitas  
575 da União, outro risco eminente que acentua a fragilidade do Sistema. Destacou que estudo,  
576 realizado pelo Ministério do Planejamento e Gestão, demonstrou que essa proposta  
577 representaria perda R\$ 2 trilhões em vinte anos para a saúde. Salientou que ameaças  
578 demonstram que a preocupação é procedente, sendo necessário ficar atento e envolver  
579 prefeitos e governadores na luta em defesa da saúde pública. Por fim, agradeceu o senador  
580 pela luta em defesa do SUS e solicitou o apoio à PEC nº. 39/2019, em tramitação no Senado  
581 Federal, que conta com a assinatura de 34 senadores e visa diminuir os prejuízos para o  
582 orçamento da saúde. **Manifestações.** Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do  
583 CNS, agradeceu a presença do senador e lembrou que, desde a criação, o SUS é  
584 subfinanciado, mas hoje o desfinanciamento está se tornando crônico. Diante do volume das  
585 ameaças, frisou que é necessário somar esforços e ampliar a luta social para consolidar o SUS  
586 e vencer as dificuldades postas. Conselheira **Marisa Furia Silva** saudou o senador e solicitou o  
587 apoio à luta para garantia dos direitos das pessoas com deficiência na reforma da previdência -  
588 PEC nº. 006 (garantia de pensão integral no caso de morte dos pais). **Fadlo Fraige**  
589 **Filho**, presidente da Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes - FENAD,  
590 também cumprimentou o senador e ressaltou que é preciso ficar alerta à intenção de sucatear  
591 o SUS para repassar as ações e serviços de saúde ao capital privado. Nessa linha, manifestou  
592 apoio à PEC de autoria do Senador que, entre outros aspectos, visa fortalecer o Sistema.

593 Conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** destacou as dificuldades enfrentadas pela população  
594 no que diz respeito ao acesso à saúde, aos medicamentos e pontuou que a situação se  
595 agravará diante da EC n°. 95. Nessa linha, também saudou o senador pela Proposta e solicitou  
596 o apoio à causa em defesa do SUS. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** saudou o  
597 senador Marcelo Castro pela Proposta, avaliando-a como uma “redução de danos”, pois não  
598 representa recurso adicional para a saúde, mas pode minimizar o impacto negativo da EC n°. 95.  
599 Desse modo, registrou que a Rede Unida é favorável à proposta e buscará apoio à sua  
600 aprovação. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** ressaltou que a EC n°. 95 colocará o  
601 país em uma situação complicada principalmente nas áreas da saúde e educação e a proposta  
602 de nova PEC minimiza esse impacto, mas não resolve a situação. Desse modo, destacou a  
603 importância de definir estratégia mais contundente para minimizar esses impactos e perguntou  
604 sobre a possibilidade de aprovar nova EC que amenize os danos da Emenda n°. 95.  
605 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** saudou o senador pela persistência e serenidade e  
606 salientou que, além de apontar mudanças jurídicas, é preciso articular minorias para fazer valer  
607 o que é prioritário – o direito à saúde e à vida. Por fim, convocou todas as entidades apoiar a  
608 16ª Conferência como espaço em defesa do SUS e de mais recursos para saúde. Conselheiro  
609 **Arilson Cardoso da Silva** também saudou o senador pela defesa do SUS e da saúde pública,  
610 inclusive quando esteve à frente do Ministério da Saúde e registrou o apoio integral do  
611 CONASEMS à Proposta de Emenda Constitucional n°. 39/2019. Destacou que é preciso  
612 defender a aprovação da PEC n°. 39/2019 e lutar contra a EC 95 e a proposta de  
613 desvinculação de receitas, pois juntas essas duas causarão a morte do SUS. Conselheiro  
614 **Geraldo Adão Santos** saudou o senador e frisou que é preciso lutar contra a EC n°. 95,  
615 limitadora das despesas do SUS. Também manifestou o apoio à PEC n°. 39, pois visa ampliar  
616 recursos para saúde e educação, e perguntou se a iniciativa possui apoio de outros senadores.  
617 Conselheira **Lenir Santos** pontuou dois aspectos, na sua visão, essenciais da PEC n°. 39/2019:  
618 constitucionaliza os recursos do pré-sal e o conceito de progressividade dos recursos  
619 da saúde. Lembrou também que é essencial garantir recursos suficientes para efetivar direitos  
620 fundamentais como saúde e educação. Registrou ainda que o SUS não é ineficiente, mas  
621 enfrenta o problema de recursos insuficientes para atender a demanda da população. Fechou a  
622 sua fala agradecendo ao senador por colocar o mandato à disposição da saúde e do SUS.  
623 Conselheira **Nara Monte Arruda** destacou a importância da presença do Senador no CNS e  
624 ressaltou a importância de ampliar cada vez mais a articulação com o Congresso Nacional.  
625 Destacou que a conquista dos royalties do petróleo para educação e saúde estava ameaçada  
626 e, como encaminhamento, sugeriu incluir na PEC o Fundo social do pré-sal e a luta contra a  
627 DRU. Por fim, solicitou o apoio do senador na luta contra a MP n°. 881/2019, que institui a  
628 Declaração de Direitos de Liberdade Econômica, estabelece garantias de livre mercado,  
629 análise de impacto regulatório, em tramitação no Congresso Nacional, por conta dos sérios  
630 agravos e prejuízos. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** saudou a iniciativa por entender que  
631 prioriza os direitos fundamentais à saúde e à educação e frisou a importância do apoio do setor  
632 da educação à luta em defesa do SUS. Pontuou que existe disputa histórica pelo fundo público  
633 e esse processo não se encerra com a aprovação da PEC ou outra medida, pois, após a  
634 aprovação, inicia-se disputa pela implementação e destinação do fundo orçamentário. Nessa  
635 linha, destacou que é preciso garantir mais recursos para saúde e assegurar a aplicação na  
636 saúde pública estatal. Como encaminhamentos, sugeriu a aprovação de recomendação do  
637 CNS como o seguinte teor: defesa da aprovação da PEC n°. 39/2019 no Senado Federal (a  
638 recomendação foi apreciada no último item da pauta); reforço à luta pela revogação da EC n°. 95  
639 e contra a DRU; debate do tema na 16ª Conferência; e proposição de audiência no Senado  
640 Federal para assegurar apoio à PEC do senador. Conselheiro **Jurandi Frutuoso Silva** solicitou  
641 manifestação do senador Marcelo Castro sobre a proposta de Desvinculação das Receitas da  
642 União. **Retorno da mesa.** Em relação às questões que emergiram das intervenções, o  
643 Senador **Marcelo Castro** pontuou que: a proposta de DRU não prosperaria no Congresso  
644 Nacional, por não ter propósito, nem sentido social; é preciso lutar contra o desfinanciamento  
645 do SUS; estará atento e lutará a favor da manutenção dos direitos adquiridos das pessoas com  
646 deficiência; é fundamental assegurar recurso adicional para saúde e educação; concorda que a  
647 PEC não é para trazer mais recursos para a saúde, mas para reduzir as perdas (“PEC da  
648 redução de danos”); e senadores e deputados deveriam conhecer de perto o funcionamento do  
649 SUS. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** solicitou aparte para informar que a Rede  
650 Unida dispõe do Programa VERSUS Brasil para estudantes e a entidade está à disposição  
651 para pensar em algo nesse sentido voltado a senadores e deputados. Continuando, o senador  
652 acrescentou: a PEC n° 39/2019 visa corrigir essa possibilidade de distorção em relação aos

653 recursos da partilha do pré-sal, que devem ter caráter de progressividade e ter destinação  
654 exclusiva à saúde e à educação; agradecimentos à conselheira Lenir Santos pelas  
655 contribuições para elaboração da Emenda; e é importante realizar audiência para mobilizar a  
656 sociedade a favor da PEC. Após essas falas, o coordenador da mesa procedeu aos  
657 encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno decidiu aprovar recomendação do CNS**  
658 **solicitando a aprovação da PEC n.º. 39/2019 no Senado Federal (a recomendação foi**  
659 **apreciada no último item da pauta); remeter o tema para debate na 16ª Conferência; e**  
660 **propor audiência no Senado Federal para assegurar apoio à PEC do senador.** Definido  
661 esse ponto, às 13h20, a mesa agradeceu a presença do senador Marcelo Castro e encerrou a  
662 manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e  
663 conselheiras: *Titulares* - **Albanir Pereira Santana**, Federação Nacional das Apaes –  
664 FENAPAES; **Altamira Simões dos Santo de Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da  
665 População Negra e Aids; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira  
666 Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras – SUPERANDO; **André Luiz de Oliveira**,  
667 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Magno de Sousa Borba**,  
668 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde;  
669 **Delmiro José Carvalho Freitas**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Elaine Junger**  
670 **Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**,  
671 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação  
672 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gerídice Lorna Andrade de Moraes**,  
673 Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Joana Batista Oliveira**  
674 **Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **Jupiara Gonçalves Castro**,  
675 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino  
676 Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de  
677 Secretários de Saúde – CONASS; **Lais Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de  
678 Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos Santos**, Federação Brasileira das  
679 Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central  
680 Sindical de Trabalhadores – NCST; **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional das  
681 Associações e Entidades de Diabetes – FENAD; **Marisa Fúria Silva**, Associação Brasileira de  
682 Autismo – ABRA; **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra  
683 a AIDS – ANAIDS; **Nara Monte Arruda**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Neilton**  
684 **Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, Associação  
685 Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos  
686 Indígenas da Região Sul – ARPIN-SUL; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional  
687 dos Enfermeiros – FNE; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e  
688 Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Solimar Vieira da Silva Mendes**,  
689 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS;  
690 **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA; **Valdenir**  
691 **Andrade França**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB;  
692 e **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM. *Suplentes* -  
693 **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV;  
694 **Alex Gomes da Motta**, Pastoral da Saúde Nacional; **Arlson da Silva Cardoso**, Conselho  
695 Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Casemiro dos Reis Júnior**,  
696 Federação Médica Brasileira – FMB; **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores  
697 de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Debora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos  
698 Farmacêuticos – FENAFAR; **Evalcilene Costa dos Santos**, Movimento Nacional das Cidadãs  
699 Positivas – MNCP; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN;  
700 **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Geraldo Adão**  
701 **Santos**, Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP; **Giancarlo**  
702 **de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Jacildo de Siqueira**  
703 **Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar no  
704 Brasil – CONTRAF BRASIL; **Joana Indjaian Cruz**, Associação de Controle do Tabagismo  
705 Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos – ACT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical –  
706 FS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB;  
707 **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência  
708 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos  
709 Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos  
710 Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDNAPI/FS; **Manuelle Maria Marques Matias**,  
711 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação  
712 Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Rodrigo dos Santos Santana**, Ministério da

713 Saúde; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;  
714 **Vitória Bernardes Ferreira**, Associação Amigos Múltiplos pela Esclerose – AME; e **Wilson**  
715 **Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia - CFF. Retomando, às 14h30, a  
716 mesa foi composta para o item 6 da pauta. **ITEM 6 – PERSPECTIVAS DA IMPLEMENTAÇÃO**  
717 **DA POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL** - *Coordenação:*  
718 conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS. *Apresentação:* **Wanderson Kleber**  
719 **de Oliveira**, Secretário de Vigilância em Saúde – SVS/MS. Iniciando, o Presidente do CNS  
720 agradeceu a presença do Secretário e destacou a importância do debate deste tema no Pleno  
721 do CNS, com a presença do Secretário da SVS/MS. O Secretário da SVS/MS, **Wanderson**  
722 **Kleber de Oliveira**, fez uma explanação detalhada sobre a perspectiva da implementação da  
723 Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil. Começou destacando o impacto da  
724 vigilância em saúde na vida de milhões de pessoas e salientando que as ações de vigilância  
725 são possíveis porque há pessoas comprometidas em alcançar resultados no campo da saúde  
726 pública que façam diferença na vida de cada um de nós. Nesse cenário, frisou que o trabalho  
727 do CNS é fundamental. Apresentou o contexto da situação atual e as perspectivas, com foco  
728 na vigilância em saúde. Destacou que a Política Nacional de Vigilância Sanitária é resultado da  
729 Conferência, mas também se apoia em contribuições que remontam mais de 100 anos de  
730 estruturação do Estado Brasileiro. Destacou que a Política acontece em um mundo que passa  
731 por mudanças, com destaque para: transição demográfica; transição epidemiológica;  
732 determinantes sociais; Taxas de mortalidade – redução das doenças infectoparasitárias e  
733 aumento das doenças respiratórias. Nesse contexto, destacou os riscos compartilhados  
734 globalmente: migrações e viagens; urbanização acelerada; mudanças de comportamentos e  
735 hábitos; globalização da produção agrícola e pecuária. Salientou que somente neste século  
736 houve centenas de emergência de saúde pública – de natureza epidemiológica, desastre  
737 natural, problema em produtos – portanto, a vigilância precisa cuidar da antecipação do risco e  
738 minimizar possível impacto. Para ilustrar, citou a epidemia de zika que causou impacto direto  
739 de quase 18 bilhões de dólares. Disse que a OMS revisou o Regulamento Sanitário  
740 internacional que prevê ações para todas as esferas de gestão: no âmbito municipal, a  
741 detecção de alteração no padrão epidemiológico; a comunicação ao Estado e ao Ministério da  
742 Saúde e a adoção de medidas de controle; na esfera estadual, a confirmação dos eventos,  
743 apoio ao município na resposta e comunicação ao Ministério da Saúde (primária ou  
744 redundância); e no nível nacional, avaliação do risco, comunicação à OMS e apoio ao estado e  
745 município na resposta coordenada. Pontuou que a oportunidade das ações está ligada a  
746 capacidade de detecção de problemas (doentes na população, poucos, são sintomáticos,  
747 busca de atendimento, pequena fração tem garantia de acesso, diagnóstico e é notificação).  
748 Falou sobre o número de casos de dengue e países/territórios que denunciam dengue nas  
749 Américas, 1980 – 2018, com destaque para o aumento e salientou que é preciso implementar  
750 a política, com envolvimento da sociedade, para evitar situação ainda mais crítica em 2020. No  
751 que diz respeito à situação atual, destacou que a Política Nacional de Vigilância em Saúde –  
752 PNVS é uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal,  
753 transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de  
754 responsabilidade exclusiva do poder público. Destacou que se entende por vigilância em  
755 saúde: “Processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e  
756 disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a  
757 implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em  
758 condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da  
759 população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.” (Resolução nº 588, de 12 de  
760 julho de 2018). No que diz respeito aos determinantes sociais da saúde, salientou que uma das  
761 questões centrais da epidemiologia é a busca da causa e dos fatores que influenciam a  
762 ocorrência dos eventos relacionados ao processo saúde-doença. Acrescentou que “As  
763 precárias condições de habitação, de abastecimento de água e de coleta de lixo em áreas  
764 urbanas, decorrentes de um rápido e intenso fluxo migratório da zona rural para as cidades,  
765 estão entre os principais determinantes da reemergência da dengue”. Pedro Taui (2002).  
766 Assim, é preciso compreender a história das doenças, a interação com os hospedeiros,  
767 vetores... Também destacou que os determinantes estão relacionados à urbanização  
768 desenfreada, problema do acesso à água com qualidade, entre outros. Disse que a Secretaria  
769 definiu cinco eixos de gestão: governança e relações institucionais; qualidade e melhoria da  
770 performance; pesquisa, desenvolvimento e inovação, formação e educação e tecnologia da  
771 informação e comunicação. Nessa linha, apresentou a nova estrutura da Secretaria de  
772 Vigilância em Saúde na PNS, conforme o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, explicando

773 inicialmente que são 1.759 servidores e colaboradores. Detalhou a estrutura da Secretaria:  
774 Gabinete; Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento – CGPO; Instituto Evandro  
775 Chagas Belém – PA; Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde -  
776 DAEVS; Departamento de Vigilância de Doenças de Condições Crônicas e Infecções  
777 Sexualmente Transmissíveis – DCCI; Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis  
778 - DEIDT; Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis -  
779 DASNT; e Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências  
780 em Saúde Pública – DSASTE. Fez um destaque ao esforço para integração das ações de  
781 vigilância, inclusive com a atenção básica. Seguindo, detalhou cada um dos departamentos. **1)**  
782 Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde – DAEVS. Diretora: Sônia  
783 Brito. CGLAB: André de Abreu. CGDEP: Elisete Duarte. Atribuições: Apoio na implantação da  
784 Política Nacional de Vigilância em Saúde; Gestão de recursos para estados; Programa de  
785 Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde; Articulação com Conass, Conasems e  
786 Conselho Nacional de Saúde; Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública; Capacitações  
787 e pesquisas; Revista Epidemiológica do SUS e Boletim Epidemiológico; e EXPOEPI – Mostra  
788 de Experiências bem-sucedidas. **2)** Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e  
789 Vigilância das Emergências em Saúde Pública – DSASTE. Diretora: Daniela Buosi. CGVAM:  
790 Thais Cavendish. CGSAT: Karla Baeta. CGEMSP: Rodrigo Frutuoso. Atribuições: Intoxicação  
791 exógena; Vigilância da qualidade da água; Vigilância de Populações expostas a químicos e a  
792 poluição atmosférica; Acidente de trabalho com exposição a material biológico; Acidente de  
793 trabalho grave, fatal, em crianças e em adolescentes; Vigilância do câncer relacionado ao  
794 trabalho; Vigilância de Dermatoses ocupacionais; Lesões por Esforços Repetitivos  
795 (LER/DORT); Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR); Vigilância de Pneumoconiose;  
796 Transtornos mentais relacionados ao trabalho; Gestão da RENAST; Emergências em Saúde  
797 Pública; Gestão da Rede de Vigilância e Resposta às ESP; Vigilância Epidemiológica  
798 Hospitalar; EpiSUS – epidemiologia de campo/surtos; Gestão da Rede CIEVS; e Gestão de  
799 Eventos. **3)** Departamento de Vigilância de Doenças de Condições Crônicas e Infecções  
800 Sexualmente Transmissíveis - DCCI. Diretor: Gerson Pereira. CGAHV: Filipe Perini. CGIST:  
801 Angélica Espinosa. CGDR: Denise Arakaki. CGDE: Carmelita Filha. Atribuições: HIV/Aids;  
802 Hepatites virais (A, B, C, D, E); Cancro mole (cancroide); HPV; Doença inflamatória pélvica  
803 (DIP); Donovanose; Gonorreia; Infecção por clamídia; Linfocarcinoma venéreo (LGV); Sífilis;  
804 Infecção pelo HTL; Tuberculose; Micoses sistêmicas; e Hanseníase. Detalhou que ao  
805 Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis  
806 compete (art. 38, Decreto nº 9.795/2019): I - propor a formulação e a implementação de  
807 políticas, diretrizes e projetos estratégicos no que se refere à: a) promoção das ações de  
808 vigilância, de prevenção, de assistência e de garantia do direito à saúde das populações em  
809 situação de vulnerabilidade e das pessoas com HIV/Aids; e b) promoção e fortalecimento da  
810 integração com as organizações da sociedade civil, nos assuntos relacionados às infecções  
811 sexualmente transmissíveis e ao HIV/Aids; II - coordenar o Programa Nacional para a  
812 Prevenção e o Controle das Hepatites Virais; III - monitorar o padrão epidemiológico das  
813 infecções sexualmente transmissíveis e do HIV/Aids; IV - prestar assessoria técnica e  
814 estabelecer cooperações nacionais e internacionais no âmbito de suas competências; V -  
815 participar da elaboração e supervisionar a execução das ações relacionadas às infecções  
816 sexualmente transmissíveis e ao HIV/Aids no País; VI – definir a programação de insumos  
817 críticos para as ações de relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis e ao HIV/Aids;  
818 e VII - subsidiar e promover as atividades de desenvolvimento de recursos humanos no âmbito  
819 de suas competências. Além disso, fez um destaque ao aumento do orçamento do DCCI de R\$  
820 1,7 bilhão, de 2018, para R\$ 2,25 bilhões, para 2019. **4)** Departamento de Análise em Saúde e  
821 Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Diretor: Eduardo Macario. CGDANT: Luciana  
822 Sardinha. CGIAE: Giovanni França. Temas: Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT);  
823 Fatores de Risco e Proteção para DCNT; VIGITEL; Violência Interpessoal e Provocada (VIVA);  
824 Programa Vida no Trânsito (PVT); Promoção da Saúde Cultura da Paz; Pesquisa Nacional de  
825 Saúde e Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PNS/PENSE); Análise de Situação de  
826 Saúde; Saúde Brasil; Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc); Sistema de  
827 Informação de agravos de Notificação (Sinan); Sistema de Informação de Mortalidade (SIM);  
828 Vigilância de Anomalias Congênitas; Vigilância do Óbito Fetal, Infantil e Materno; Família  
829 Internacional de Classificações (CID-10); e Estimativas Populacionais. **5)** Departamento de  
830 Imunização e Doenças Transmissíveis. Diretor: Júlio Croda. CGZV: Marcelo Wada. CGPNI:  
831 Carla Domingues. CGARB: Rodrigo Said. Temas: Acidente por animais peçonhentos;  
832 Atendimento antirrábico; Botulismo; Caxumba; Cólera; Coqueluche; Difteria; Doença de

833 Chagas; Doença de Creutzfeldt-Jakob; Doenças diarreicas agudas; Doenças pneumocócicas;  
834 Epizootias; Esporotricose; Febre maculosa; Febre amarela; Febre do Nilo ocidental; Influenza;  
835 Hantavirose; Hidatidose; Leishmaniose tegumentar americana; Leishmaniose visceral;  
836 Leptospirose; Malária; Meningites; Peste; Poliomielite; Raiva humana; Rotavírus; Rubéola;  
837 Sarampo; Varicela; Dengue; Chikungunya; Zika vírus; Programa Nacional de Imunização;  
838 Tracoma; Esquistossomose; Oncocercose; e Filariose. Detalhou a SVS em números:  
839 orçamento: R\$10.013.475.000,00; execução de 51% em julho de 2019; c) RH – DASH BOARD  
840 1.657; Cooperação internacional: 53; Assessoria Parlamentar: 124; Atendimento de Imprensa:  
841 2.000; Processos jurídicos: 4.100; Eventos e capacitações técnicas: 79; Pesquisa: 57 em  
842 andamento e 10 a serem contratadas este ano; Publicações: 208; Repasses para municípios e  
843 estados: R\$ 2.649.000.000; e Medicamentos e insumos: R\$ 633.241.852. Também destacou  
844 as seguintes situações a serem consideradas: mais de 86% dos municípios brasileiros  
845 infestados pelo *Aedes aegypti*, taxa de casos novos de hanseníase na população geral e em  
846 menores de 15 anos e proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade  
847 física, prevalência de 1,48; diminuição da taxa de mortalidade Infantil, mas boa parcela  
848 decorrente de doenças transmissíveis; queda de cobertura vacinal principalmente em crianças  
849 e gestantes. Também fez os seguintes destaques epidemiológicos da SVS: 92 doenças  
850 monitoradas e 3,7 milhões exames realizados em 2,4 milhões de pacientes. Do total desses  
851 exames: 205 tipos de insumos (kits) distribuídos, totalizando 305,8 mil kits e 9,3 milhões de  
852 reações; e 2.667 transportes de amostras biológicas entre os laboratórios da rede. Também  
853 falou sobre os CEREST destacando os seguintes números: 90.480.138 trabalhadores cobertos  
854 por Cerest; 213 Cerest; 4.237 municípios abrangidos; incremento de 328,3% nas notificações  
855 de Doenças Relacionadas ao Trabalho entre 2007 e 2018; e 25.736 procedimentos de saúde  
856 do trabalhador em 2018 registrados no SIA/SUS. Na linha das perspectivas, destacou que o  
857 Movimento Vacina Brasil foi lançado com a vacinação para gripe e o Brasil atingiu 90% de  
858 cobertura na Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Disse que mais de 53,5  
859 milhões de pessoas que fazem parte dos grupos prioritários procuraram os postos de  
860 vacinação. Também receberam a dose contra a gripe outras 5,6 milhões de pessoas que não  
861 fazem parte do público-alvo da campanha. No total, o Ministério da Saúde distribuiu 59,5  
862 milhões de doses para todo o país. Os grupos prioritários tiveram entre os dias 10 de abril e 31  
863 de maio para se vacinar com exclusividade. Destacou as prioridades para 2019: reduzir a  
864 mortalidade das pessoas vivendo com HIV e coinfectadas tuberculose/HIV; implementar a rede  
865 para o diagnóstico de tuberculose, HIV, hepatites, hanseníase e infecções sexualmente  
866 transmissíveis; reduzir a transmissão vertical da sífilis e da hepatite B e eliminar a transmissão  
867 vertical do HIV; incorporar novas tecnologias para tratamento de tuberculose sensível e  
868 resistente; e fomentar a realização de estudos e pesquisas no diagnóstico de hanseníase.  
869 Destacou ainda ações em curso de curto prazo: Cartilha de mulheres TRANS; mudança dos  
870 medicamentos de hepatites virais do componente especializado para o estratégico; carteiras de  
871 serviços essenciais da API para as hepatites virais, HIV/Aids e sífilis; seleção de projetos de  
872 prevenção para OSC, integrando as ações comunitárias com os serviços de saúde; e  
873 diagnóstico rápido para hanseníase. Citou ainda outras ações previstas: CTA - estabelecer o  
874 lugar do CTA na RAS e suas interfaces; ampliando o acesso das populações-chave e  
875 prioritárias às ações de prevenção combinada e o matriciamento com a atenção básica. Neste  
876 momento, há nos municípios de: Belém, São Luís, Rondonópolis, São José do Rio Preto e  
877 Porto Alegre; CEREST - A meta é dobrar o número de procedimentos até o final do ano e  
878 chegar a todos os municípios. Atualmente são 25.736 mil procedimentos realizados por 213  
879 CERESTs, cobrindo 4.236 municípios beneficiando 80 milhões de habitantes; WOLBACHIA -  
880 em parceria com o World Mosquito Program Brasil (WMP Brasil) temos estudo conduzido pela  
881 Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para a implementação do método *Wolbachia* nas cidades de  
882 Campo Grande (MS), Petrolina (PE) e Belo Horizonte (MG). O método é autossustentável  
883 porque uma vez liberados no ambiente, eles ajudam a criar uma nova geração de mosquitos  
884 que já nascem com a bactéria *Wolbachia* que torna o vetor inativo para a transmissão da  
885 dengue. Hoje, o WMP Brasil atua em 29 bairros no Rio de Janeiro e 33 bairros em Niterói,  
886 totalizando 62 bairros já atendidos pelo projeto. São 909 mil pessoas beneficiadas no Rio de  
887 Janeiro e 373 mil em Niterói; transparência (SINAM) - A SVS está abrindo as suas bases de  
888 dados (sem identificação das pessoas, ou seja, anonimizadas), para acesso do público  
889 externo. Para realizar o download das bases inicialmente entrar na página do Departamento de  
890 Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS: <http://datasus.saude.gov.br/>; PeNSE - A  
891 Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar faz parte das ações do Ministério da Saúde na  
892 investigação da frequência e a distribuição de fatores de risco e proteção para doenças

893 crônicas não transmissíveis entre adolescentes escolares brasileiros. Destacou que em 2019  
894 está sendo realizada a 4ª edição da Pesquisa. O questionário aborda os quatro fatores de  
895 risco em comum para as doenças crônicas não transmissíveis: tabagismo, sedentarismo,  
896 alimentação inadequada e consumo de álcool; e, também, os seguintes temas: aspectos  
897 socioeconômicos; contexto social e familiar; experimentação e consumo de drogas; saúde  
898 sexual e reprodutiva; violência, segurança e acidentes; percepção da imagem corporal, entre  
899 outros. Por fim, falou sobre EXPOEPI que já realizou quinze edições com 30.884 participantes;  
900 6.613 trabalhos apresentados; e 22 trabalhos premiados. Inclusive convidou o CNS a participar  
901 da 15ª Exposição que será realizada de 2 a 6 de dezembro, com 2 mil participantes, 800  
902 trabalhos a serem apresentados, com premiação para 42. **Manifestações.** Conselheiro **Wilson**  
903 **Hiroshi**, após saudar o Secretário, manifestou preocupação com a MP n°. 881/2019, em  
904 discussão no Congresso Nacional, porque atinge a vigilância sanitária e solicitou apoio do CNS  
905 à minuta de recomendação sobre o tema que seria apresentada posteriormente. Conselheiro  
906 **Delmiro José Carvalho Freitas** perguntou quais as ações de vigilância previstas para Estados  
907 de fronteira, especialmente Roraima, que passa por um forte processo de imigração e as  
908 iniciativas voltadas a populações indígenas. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**  
909 reforçou a preocupação com a MP n°. 881/2019, porque afeta a segurança do paciente e a  
910 saúde pública no país, considerando a saúde como mercadoria. Nessa linha, perguntou qual a  
911 posição do Ministério da Saúde a respeito e pontuou que três comissões do CNS redigiram  
912 proposta de recomendação a ser apreciada. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi** sugeriu  
913 a realização de atividade para aprofundar o debate sobre a situação das fronteiras e as ações  
914 epidemiológicas na linha de apontar soluções para esses locais. Também falou sobre a MP  
915 881/2019, destacando que a liberação de medicamentos sem a presença do profissional  
916 farmacêutico poderá agravar os problemas de saúde da população, aumentar internações,  
917 além de provocar desequilíbrio econômico por conta da demissão em massa de profissionais  
918 farmacêuticos. Nessa linha, destacou a necessidade de pautar debate sobre acesso racional  
919 de medicamentos. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** elogiou a iniciativa de integração  
920 da vigilância sanitária e atenção básica e perguntou qual a estratégia será utilizada para que  
921 isso ocorra. Também quis saber se a extinção dos blocos de financiamento prejudicou a  
922 implementação das ações de vigilância. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**  
923 manifestou preocupação com o enfraquecimento da Política de DST/AIDS diante das  
924 mudanças ocorridos no âmbito do Ministério da Saúde e perguntou qual será o investimento  
925 para ações relativas a tuberculose, hanseníase e outras. Também quis saber o que será feito  
926 para evoluir nas demais condições crônicas diante de iniciativas como EC n°. 95 e MP  
927 881/2019. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** destacou a importância de esclarecer e  
928 convocar a população para enfrentar os problemas colocados pelo Secretário de Vigilância em  
929 Saúde que causam doenças e também pautar debate no CNS sobre a situação da hanseníase,  
930 pois o Brasil ainda não conseguiu eliminar a doença. Conselheira **Evalcilene Costa dos**  
931 **Santos** agradeceu a presença do Secretário no CNS e, na sua fala, reiterou a preocupação  
932 com o desmonte do Programa de AIDS, que já foi referência mundial e perguntou sobre as  
933 ações relativas à saúde mental dos trabalhadores. Conselheiro **Albanir Pereira Santana**  
934 informou que laboratório da APAE de Goiânia realiza o “Teste da mamãe”, programa de  
935 proteção à gestante, com realização de 13 exames para detectar nove patologias, com alto  
936 índice de identificação de patologias (o teste foi realizado em um milhão de gestantes, de  
937 março de 2003 a março de 2019). Solicitou agenda com o Secretário para apresentar o  
938 Programa e defendeu a ampliação dessa iniciativa para outros Estados. Conselheira **Altamira**  
939 **Simões dos Santos de Souza** destacou que dados do IBGE revelam que são 13 milhões de  
940 pessoas desempregadas, o que aponta o aumento da pobreza e muitas das doenças sob a  
941 responsabilidade da Secretaria atingem a população em situação de vulnerabilidade. Nessa  
942 linha, perguntou como será o diálogo da SVS/MS com outras áreas e como os programas  
943 voltados à saúde da população negra, LGBT, campo, águas, florestas serão tratados no âmbito  
944 da Secretaria. Conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho** destacou a importância de políticas  
945 voltadas à vigilância sanitária no campo tendo em vista a falta de coleta de lixo, produção de  
946 alimentos e exposição de agricultores a agrotóxicos. Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal**  
947 **Paduello** saudou o Secretário pela exposição e focou-se nas doenças crônicas não  
948 transmissíveis. Destacou a importância da ampliação do teste do pezinho que possibilita a  
949 detecção de diversas doenças. Também solicitou à Secretaria que faça trabalho com os  
950 profissionais de saúde para que orientem adequadamente os pacientes imunomediados sobre  
951 a vacinação e que esse segmento possa ser imunizado. Conselheiro **Geordecí Menezes de**  
952 **Souza** saudou o Secretário e perguntou se o Ministério da Saúde, por meio da SVS/MS, irá



953 cumprir a deliberação da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora  
954 de garantir um CEREST por região de saúde ou se é possível incluir essa meta no PPA do  
955 próximo período. Conselheira **Daniela Buosi Rohlfs** solicitou que o CNS estimule a inscrição  
956 de experiências do controle social para concorrer a prêmios na EXPOEPI. Também informou  
957 que o cuidado dos trabalhadores com transtornos psicossociais nos ambientes de trabalho é  
958 uma das prioridades do Departamento e informou que será lançada cartilha sobre como evitar  
959 esses transtornos, diagnosticar e como trata-los na rede de atenção à saúde no SUS.  
960 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que o tema da vigilância em saúde é  
961 estratégico e, nessa lógica, destacou a importância de aprofundar as questões relacionadas à  
962 vigilância epidemiológica após a 16ª Conferência Nacional de Saúde e fazer devolutiva acerca  
963 da implementação das propostas da 16ª. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** destacou a  
964 importância de manter o diálogo com a Secretaria e evitar esforços para concretizar ações de  
965 vigilância em saúde no Brasil na perspectiva da integralidade, universalidade. **Retorno da**  
966 **mesa.** Devido ao avançado da hora, o Secretário fez as seguintes considerações gerais sobre  
967 as intervenções: fronteiras – MS realizará ação de vacinação e força tarefa de vigilância e  
968 atenção, será necessário fazer estudo sobre a situação da faixa de fronteiras, não há risco  
969 maior de transmissão de doenças por conta da presença de imigrantes no país, é importante  
970 definir política do viajante, migrante e refugiado; saúde indígena – SESAI é responsável pela  
971 vigilância e a SVS está trabalhando de forma integrada; a integração das ações de vigilância se  
972 dará por meio de estratégias: integração de informações de saúde, destinação de bloco de  
973 financiamento, capacitações integradas, integração de indicadores de vigilância e atenção; é  
974 preciso ampliar a transparência das ações de vigilância epidemiológica; é essencial ampliar o  
975 investimento para as ações de tuberculose e hanseníase - a SVS está buscando mais  
976 recursos; e não pode haver nenhum retrocesso no Programa de AIDS. Por fim, agradeceu a  
977 oportunidade e colocou-se à disposição para outros debates. Após esse retorno, a mesa  
978 procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno decidiu: 1) antecipar a reunião**  
979 **ordinária do CNS do mês de dezembro de 2019 para os dias 5 e 6 a fim de possibilitar a**  
980 **participação do Conselho na EXPOEPI; 2) após a 16ª Conferência Nacional de Saúde,**  
981 **aprofundar o debate sobre as questões relacionadas à vigilância epidemiológica; 3) fazer**  
982 **devolutiva relativa à implementação das propostas da 16ª Conferência, com repasse de**  
983 **ações às comissões, conforme definido no planejamento do CNS; 4) contribuir para**  
984 **divulgação de experiências exitosas na EXPOEPI; 5) apreciar a Recomendação referente**  
985 **à Medida Provisória nº. 881 (o documento foi votado no último item da pauta); 6)**  
986 **contribuir na formulação da política de vigilância do campo; e 6) remeter o tema**  
987 **“vigilância em saúde nas fronteiras” à Mesa Diretora do CNS para ser pautado no CNS.**  
988 **ITEM 7 – INVISIBILIDADE DA MULHER COM DEFICIÊNCIA - Apresentação:** conselheira  
989 **Vitória Bernardes**, psicóloga, integrante do Coletivo Feminista Helen Keller de Mulheres com  
990 Deficiência e União Brasileira de Mulheres; **Anna Paula Feminella**, especialista em Gestão  
991 Pública/Escola Nacional de Administração Pública; e **Raila Cortes Barbosa**, representando a  
992 Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência- CGSPD/DAET/SAES.  
993 **Coordenação:** conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Este  
994 ponto de pauta foi narrado em Libras. A primeira expositora foi a representante da  
995 CGSPD/DAET/SAES, **Raila Cortes Barbosa**, que fez uma abordagem geral sobre direitos da  
996 mulher com deficiência. Iniciou com o marco legal da pessoa com deficiência, destacando:  
997 Constituição Federal de 1988 - determina que é competência comum da União, dos estados,  
998 do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e  
999 garantia das pessoas com deficiência (Art. 23); Portaria nº 1.060/2002 - institui a Política  
1000 Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência; Decreto nº 6.949/2009 – promulga a  
1001 Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo  
1002 Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007; Decreto nº 7.612/2011 - Plano  
1003 Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência 2011-2014 - ampliar o acesso e a qualificação  
1004 da atenção à saúde das pessoas com deficiência no âmbito do SUS, com foco na organização  
1005 de Redes de Atenção à Saúde, na integralidade do cuidado; Portaria nº 793/2012 (Portaria de  
1006 Consolidação nº 3/2017) - institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito  
1007 Sistema Único de Saúde (SUS); Portaria nº 835/2012 (Portaria de Consolidação nº 6/2017) -  
1008 institui incentivos financeiros de investimentos e de custeios para a componente Atenção  
1009 Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS; Lei nº  
1010 13.146/2015 - instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da  
1011 Pessoa com Deficiência. Além desses marcos, fez um destaque para: a Convenção  
1012 Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 7.612/2011) -

1013 incorporada à legislação brasileira, institui um novo cenário e compromisso aos direitos civis,  
1014 políticos, econômicos, sociais e culturais dos/as brasileiros/as com deficiência (CDPD, 2010); o  
1015 Decreto nº 6.949 de 2009, que promulga a Convenção Internacional da Pessoa com  
1016 Deficiência e seu Protocolo Facultativo, com o intuito de promover, proteger e assegurar o  
1017 exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e fundamentais por todas as pessoas  
1018 com deficiência e promover o respeito pela dignidade inerente; e a Lei Brasileira de Inclusão  
1019 (Lei nº 13.146/2015) - destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o  
1020 exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua  
1021 inclusão social e cidadania. Seguindo, falou sobre a 4ª Conferência Nacional dos Direitos da  
1022 Pessoa com Deficiência, realizada de 24 a 27 de abril de 2016, em Brasília, que reuniu 841  
1023 delegados e delegadas de todos os Estados Brasileiros e do Distrito Federal. Explicou que as  
1024 discussões se estruturaram em torno de três eixos, sendo eles: **Eixo I** – Gênero, raça e etnia,  
1025 diversidade sexual e geracional: fortalecer e ampliar políticas públicas para a saúde da mulher  
1026 com deficiência, na perspectiva de garantir o planejamento familiar, os direitos sexuais  
1027 reprodutivos, bem como a assistência integral e multidisciplinar à mulher e gestante com  
1028 deficiência; criar redes, estratégias, instrumentos de registro, diagnóstico e elaboração de  
1029 indicadores, com definição de fluxos de encaminhamento, para o enfrentamento à violência  
1030 contra as pessoas com deficiência, respeitando a igualdade de direitos, independente de raça e  
1031 etnia, identidade de gênero, diversidade sexual e geracional; assegurar assistência integral às  
1032 pessoas com deficiência vítimas de violência, incluindo violência sexual, com atendimento  
1033 especializado e multiprofissional, prioritário para mulheres e meninas com deficiência;  
1034 promover, no âmbito da saúde, campanhas voltadas às pessoas com deficiência sobre  
1035 sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, direito ao exercício da  
1036 sexualidade, direito à constituição de família, ao pleno gozo dos direitos sexuais e reprodutivos,  
1037 incluindo os direitos à gestação e à adoção; desenvolver ações e campanhas acessíveis de  
1038 atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desburocratizando os serviços e  
1039 adequando os instrumentos e mobiliários para o atendimento ao câncer de mama, colo de  
1040 útero e próstata, observando a transversalidade; e garantir e promover a acessibilidade nos  
1041 serviços de saúde público e privado, da atenção básica à alta complexidade, bem como o  
1042 acolhimento e atendimento humanizado de todas as pessoas com deficiência, respeitando o  
1043 recorte de gênero, raça, etnia, diversidade sexual e geracional, através de equipes de saúde  
1044 capacitadas e com equipamentos adequados e adaptados; **Eixo II** – Órgãos gestores e  
1045 instâncias de participação social: garantir, através das políticas públicas nas três esferas,  
1046 serviços de assistência especializada na saúde e demais setores, na perspectiva da  
1047 integralidade, incluindo serviços de intervenção precoce e reabilitação das pessoas com  
1048 deficiência; regulamentar e normatizar equipe multiprofissional composta (assistente social,  
1049 fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, pedagogo, psicopedagogo, psicólogos,  
1050 educador físico, interprete de Libras, códigos especiais e audiodescritores, cuidadores entre  
1051 outros), de forma a garantir atendimento humanizado e prioritário e de qualidade; assegurar a  
1052 ampliação, reestruturação e financiamento a rede de Centros Especializados em Reabilitação –  
1053 CER, garantindo o atendimento às pessoas com deficiências em diferentes processos de  
1054 reabilitação, abordando saúde, educação e capacitação continuada, nas três esferas,  
1055 assegurando o atendimento prioritário e de qualidade para a promoção da saúde, prevenção e  
1056 intervenção, com acessibilidade e a presença de intérprete e guia intérprete; fortalecer a  
1057 intersetorialidade e a transversalidade das políticas públicas de Educação, Saúde, Previdência  
1058 e Assistência Social, entre outros setores, em todos os níveis de governo e entre todos os  
1059 poderes, de forma a promover a publicidade de informações, o fortalecimento da rede de  
1060 proteção, a conscientização e a efetivação dos direitos da pessoa com deficiência, incluindo o  
1061 Transtorno do Espectro Autista – TEA; ampliar a oferta de procedimentos oferecidos pelo SUS,  
1062 assegurando obrigatoriamente a inclusão de novos métodos e recursos fisioterapêuticos como  
1063 a Equoterapia e o Therasuith, assim como de novos procedimentos para tratamento do sistema  
1064 vesical, da bexiga e do intestino neurogênico, com aplicação de toxina botulínica nos casos  
1065 necessários, para fins de habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência; e **Eixo III** – A  
1066 interação entre os poderes e os entes federados: Diretriz 1: criação de comissão de políticas  
1067 públicas para a saúde da mulher com deficiência, numa perspectiva de discutir o planejamento  
1068 familiar, com ênfase a sexualidade; Adaptar e tornar acessível os equipamentos e serviços  
1069 para promoção humanizada da saúde das mulheres com deficiência, como, por exemplo,  
1070 mamógrafos e camas ginecológicas; criar e divulgar campanhas de prevenção de câncer de  
1071 colo de útero, saúde bucal, câncer de próstata, prevenção de DST/AIDS, direcionadas às  
1072 mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência e LGBT, com acessibilidade

1073 comunicacional; Diretriz 2: garantia de Pré-Natal humanizado e qualificado à mulher com  
1074 deficiência; Diretriz 6: qualificar os servidores de saúde para garantir a humanização do  
1075 atendimento às pessoas com deficiência vítimas de violência sexual e para a aplicação dos  
1076 devidos protocolos no âmbito da Saúde; elaborar manual em formato acessível e ficha de  
1077 notificação compulsória para a comunicação imediata de violência sexual em pessoas com  
1078 deficiência nas unidades de saúde, bem como seguir protocolos de abuso sexual definidos pelo  
1079 Ministério da Saúde; integrar as ações das políticas públicas de assistência social, saúde e  
1080 educação, no sentido de garantir os direitos das pessoas com deficiência vítimas de violência  
1081 sexual; Diretriz 7: articular ações em rede para mapeamento quantitativo e qualitativo das  
1082 pessoas com deficiência; Diretriz 23: garantir um Sistema Único de Saúde acessível a todas as  
1083 pessoas com deficiência inclusive dos povos aldeados; assegurar a formação continuada,  
1084 educação permanente dos profissionais trabalhadores de saúde na área do atendimento à  
1085 pessoa com deficiência, considerando suas interfaces de gênero, sexualidade e etnicidade  
1086 (negros e indígenas), para garantir às pessoas com deficiência o direito ao acesso à saúde;  
1087 Diretriz 24: constar dos informativos da saúde, em formato acessível, às ações relativas à  
1088 prevenção e aos riscos da DST/AIDS, com foco na pessoa idosa e pessoa com deficiência;  
1089 Diretriz 26: aprimorar o atendimento às pessoas com deficiência garantindo: intervenção  
1090 oportuna (estimulação precoce) aos bebês com deficiência; atendimento fisioterapêutico de  
1091 manutenção e unificação da fila e agilidade nos processos de aquisição de órteses e próteses,  
1092 determinando prazo máximo de 60 dias após solicitação dos profissionais; ofertar programas  
1093 de apoio psicossocial às famílias, atividades de estimulação precoce, equoterapia, efetivados  
1094 em parceria com as áreas de saúde e educação; Diretriz 18: inserção nos Centros  
1095 Especializados de Reabilitação – CER de profissionais e equipamentos para atendimento da  
1096 mulher com deficiência e ampliação e fortalecimento dos Centros Especializados em  
1097 odontologia para pessoas com deficiência. Seguindo, apresentou Relatório de Violência contra  
1098 Pessoa com Deficiência (2018). Fez um destaque ao Boletim Epidemiológico 27 “Análise  
1099 epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017”,  
1100 considerando os seguintes aspectos: as violências contra crianças e adolescentes são  
1101 consideradas problemas de saúde pública e violação dos direitos humanos, gerando graves  
1102 consequências nos âmbitos individual e social. As violências sexuais contra essa população,  
1103 nos espaços domésticos, familiar e escolar, não geram visibilidade na esfera pública e dificulta  
1104 o acesso aos serviços de saúde; o Ministério da Saúde, para dar visibilidade à violência,  
1105 revelando sua magnitude, desenvolveu o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes  
1106 (Viva); a partir de 2011 a notificação de violências no âmbito da saúde passou a ser  
1107 compulsória para todos os serviços de saúde (públicos e privados); em 2014 os casos de  
1108 violência sexual passaram a ter caráter imediato de notificação, devendo ser comunicado a  
1109 Secretária Municipal de Saúde em até 24 horas; e ações que visam conscientizar e dar  
1110 visibilidade ao problema, e para a propositura de políticas públicas para seu enfrentamento.  
1111 Acrescentou que no período de 2011 a 2017 foram notificados no SINAN 1.460.326 casos de  
1112 violência interpessoal ou autoprovoçada e 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037  
1113 contra crianças e 83.068 contra adolescentes. Ainda sobre o Relatório de Violência contra  
1114 Pessoa com Deficiência (2018), citou os seguintes dados: das Crianças (58.037): Sexo  
1115 Feminino – SF: 43.034, Sexo Masculino – SM: 14.996, Possuíam alguma deficiência ou  
1116 transtorno: 1.910 (3,3%), sendo 1.199 (SF) e 711 (SM); e dos Adolescentes (83.068): Sexo  
1117 Feminino – SF: 76.716, Sexo Masculino – SM: 6.344 e possuíam alguma deficiência ou  
1118 transtorno: 5.900 (17%), sendo 4.820 (SF) e 1.080 (SM); notificações de estupro em mulheres  
1119 com deficiências/transtornos entre 2011 e 2016 (nº: 7.376), sendo que 39,7% das notificações  
1120 revelaram que essa violência ocorreu outras vezes na vida das mulheres, 17,2% das  
1121 notificações revelaram que o estupro foi cometido por dois ou mais autores, em 93,9% das  
1122 notificações o autor do estupro era do sexo masculino e 0,9% do sexo feminino; raça cor:  
1123 50,6% (3.735) negras e 40,1% brancas (2.961); e local de ocorrência: 56,1% na residência e  
1124 18,1% em via pública. Destacou os determinantes sociais da saúde da pessoa com deficiência:  
1125 invisibilidade, vulnerabilidade, iniquidades sociais, qualidade de vida, equidade social,  
1126 necessidade de atenção e cuidado, centrada na comunidade e em domicílio, capacitação  
1127 profissional, acessibilidade aos serviços. Salientou que é preciso erradicar o ciclo de  
1128 iniquidades historicamente construídas e enfrentar o desafio ético, político e conjuntural da  
1129 garantia da efetividade de seus direitos legalmente constituídos. No que se refere à Rede de  
1130 Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, disse que deve garantir a articulação e  
1131 a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o  
1132 atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva,

1133 ou estável; intermitente ou contínua por meio do acolhimento e classificação de risco. São  
1134 pontos de atenção da Rede: Centro Especializado em Reabilitação e Oficina Ortopédica. Por  
1135 fim, detalhou ações e estratégias do Ministério da Saúde: publicação da Portaria nº 2.234, de  
1136 23 de julho de 2018 que institui a "Agenda Mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito à  
1137 Saúde das Mulheres" e prevê o repasse no exercício financeiro de 2018, de recursos de  
1138 custeio para Fundos Municipais de Saúde, mediante cumprimento de requisitos estabelecidos  
1139 em edital de chamada pública (Edital de Chamamento Público nº 1, de 19 de setembro de  
1140 2018). Objetivo: selecionar propostas que visem ampliar e fortalecer a atenção à saúde sexual  
1141 e saúde reprodutiva das mulheres, em todos os ciclos de vida, com ou sem deficiência e a  
1142 inclusão de ações estratégicas que envolvam os homens na sua trajetória reprodutiva e sexual  
1143 visando à promoção de saúde e redução de agravos. (O valor de investimento da ação foi R\$  
1144 13.550.000,00); ampliação do acesso ao cuidado à saúde Sexual e Reprodutiva das mulheres  
1145 com deficiência, através da disponibilização de recursos a Estados e Municípios para compra e  
1146 aquisição de mesas ginecológicas acessíveis para Unidades Básicas de Saúde. Total de  
1147 propostas aprovadas: 266. Total de Recurso Repassado: R\$ 3.658.500; e publicação do Guia  
1148 de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida. Objetivo: fornecer  
1149 orientações aos profissionais de saúde para qualificar o cuidado e o acesso das Mulheres com  
1150 Deficiência e Mobilidade Reduzida à atenção integral à saúde, ao longo do seu ciclo de vida,  
1151 nos diferentes pontos de Atenção da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Aborda temas  
1152 como: Atenção às mulheres com deficiência e mobilidade reduzida em situação de violência,  
1153 Cuidado à Saúde e Manejo Clínico, Exame Ginecológico, Atenção à Saúde Sexual e  
1154 Reprodutiva, Atenção à Saúde Mental. Encontra-se em fase de diagramação, para publicação  
1155 no segundo semestre de 2019. A segunda expositora foi a conselheira **Vitória Bernardes**,  
1156 psicóloga, integrante do Coletivo Feminista Helen Keller de Mulheres com Deficiência e União  
1157 Brasileira de Mulheres, que abordou o tema, destacando inicialmente que pessoa com  
1158 deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual  
1159 ou sensorial, o qual em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação  
1160 plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Essas  
1161 barreiras podem ser urbanísticas; arquitetônicas; nos transportes; nas comunicações;  
1162 atitudinais e tecnológicas (LBI, 2015). No que se refere à avaliação da deficiência, destacou:  
1163 CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a  
1164 Saúde (modelo biomédico) - compreensão da deficiência como resultado unicamente biológico  
1165 e não social; CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde  
1166 (modelo social); incapacidade: indica os aspectos negativos da interação entre um indivíduo  
1167 (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais); e  
1168 funcionalidade: indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma  
1169 condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). Também falou sobre  
1170 deficiência como marcador de desigualdade, explicando que a deficiência é associada a altas  
1171 taxas de analfabetismo, alimentação inadequada, falta de acesso à água potável, grau de  
1172 imunidade baixo, doenças (e tratamento inadequado) e condições de trabalho  
1173 perigosas/insalubres e violências. Além disso, pessoas com deficiência são um grupo com  
1174 direitos negados e habilidades questionadas. Ou seja, com participação na vida social e no  
1175 mercado de trabalho dificultadas/impedidas. No mais, a deficiência pode resultar em pobreza,  
1176 considerando que sofrem discriminação e marginalização, fatores limitam a inserção em  
1177 trabalhos, como também pessoas em situação de pobreza podem vivenciar a deficiência.  
1178 Detalhou ainda que 49,7% das pessoas com deficiência encontram-se na Região Nordeste  
1179 (26,3%) e Norte (23,4%) do Brasil (IBGE, 2010) e 30,9% do total de mulheres negras é  
1180 composta por mulheres com deficiência (IBGE, 2010). Ou seja, a deficiência está conectada  
1181 com a desigualdade e também, por isso, é negligenciada. Nessa linha, destacou que, assim  
1182 como gênero, raça/cor, orientação sexual, classe social, por exemplo, a deficiência também é  
1183 um marcador social da diferença. Falou também sobre a feminização da deficiência, explicando  
1184 que, segundo dados do IBGE 2010, 51,5% da população brasileira é formada por mulheres -  
1185 26,5% delas são mulheres com deficiência (números não contemplam mulheres em situação  
1186 de rua e mulheres trans). Na população brasileira, existem 100 mulheres para cada 96 homens  
1187 e no segmento das pessoas com deficiência há 100 mulheres para cada 76,7 homens.  
1188 Acrescentou ainda os seguintes dados: mais de 90% das mortes maternas são consideradas  
1189 evitáveis pela OMS; Near Miss Materno – 15 a 20 casos para cada morte materna; inadequada  
1190 atenção à gestação e ao parto é responsável por 68% da mortalidade infantil; ObStare -  
1191 relação entre violência obstétrica e deficiência na década de 80 (lógica de produção); e  
1192 Organização Mundial de Saúde: mulheres que sofreram violência sexual são 2,3 vezes mais

1193 propensas a desenvolver distúrbios relacionados ao álcool e 2,6 vezes a sofrer de depressão  
1194 ou ansiedade. Além disso, salientou que a violência contra as mulheres pode levar a falta de  
1195 controle sobre a fertilidade (aborto e violência obstétrica) e autonomia pessoal (vulnerabilização  
1196 a ISTs/AIDS). Também salientou que dados da Rede Sarah, 2017, demonstram que os  
1197 homens são 7x mais vítimas de arma de fogo em comparação às mulheres, mas “Os dados  
1198 obtidos parecem corroborar a conhecida vitimização da mulher frente à violência conjugal”.  
1199 Falou sobre as consequências de ser mulher com deficiência, destacando os seguintes  
1200 aspectos: impedimentos à percepção e à reação diante do abuso (convívio e descrédito social);  
1201 isolamento social (por isso permanecem invisíveis) – dependência financeira x dependência de  
1202 educadoras/es, cuidadoras/es e prestadoras/es de serviços; (ideia) impossibilidade de defesa  
1203 física; participação social diminuída (acentuado as McD, limitadas a sua condição de  
1204 deficiência, negligenciando ou deixando à margem seus outros sujeitos políticos); e  
1205 acolhimento do discurso meritocrático em busca da aceitação e diferenciação (as minorias  
1206 devem se curvar à maioria. Quem quer ser identificada como minoria?). Lembrou que o  
1207 machismo é decorrente de uma estrutura patriarcal (poder centralizado no homem), que  
1208 pressupõe superioridade sobre as mulheres; e, do outro lado, o capacitismo é a estrutura que  
1209 impede de estar no centro das decisões, ocupar espaços de poder ou ao menos nos sentir  
1210 representados nesses espaços. O capacitismo está para as pessoas com deficiência como o  
1211 racismo está para as pessoas negras e o machismo está para mulheres e se disfarça da  
1212 premissa da incapacidade e improdutividade das pessoas com deficiência. Detalhou também  
1213 aspectos dos processos de adoecimento: o desespero da cura (normatização) - MMS,  
1214 religiosos, profissionais; capacitismo travestido de cuidado (principalmente mulher com  
1215 deficiência); Stella Young - inspiração pornô – “objetificam” pessoas com deficiência em  
1216 benefício das pessoas sem deficiência”; corpo estranho aos espaços; bullying; e xingamentos.  
1217 Ainda sobre os processos de adoecimento, na saúde, destacou a baixa cobertura dos  
1218 procedimentos realizados no socorro às mulheres com deficiência estupradas: profilaxia de IST  
1219 (39,6%), HIV (27,6%); coleta de sangue (45 %), coleta de sêmen (6,8%); coleta de secreção  
1220 vaginal (15,5%); contracepção de emergência (26%); e aborto previsto em lei (1,5%); negação  
1221 da integralidade: “Já tem tanto problema, para que mais um?” – criança com deficiência x mãe  
1222 com deficiência; e reducionismo biológico da deficiência como forma de descarte (controle de  
1223 corpos que produzem vida - impedimento da gestação como garantia de trabalhadores  
1224 “saudáveis”. Esterilização compulsória). No campo do trabalho, citou os seguintes dados:  
1225 23,9% da população brasileira é de pessoas com deficiência: 13,53% mulheres e 10,37%  
1226 homens; 0,96% dos empregos formais eram ocupadas por pessoas com deficiência: 0,61%  
1227 para homens com deficiência e apenas 0,35% para mulheres com deficiência; negação ao  
1228 mundo de trabalho: prostituição também é uma resposta (fetichização – mulheres com  
1229 deficiência são contempladas por políticas de prevenção de ISTs e HIV/AIDS?); e  
1230 neoliberalismo e a necropolítica – os corpos que não são rentáveis para o capitalismo  
1231 neoliberal, que não produzem nem consomem, são deixados para morrer. Poucos são  
1232 utilizados para alertar que “se até um deficiente trabalha”... “Não reclame!”. No contexto  
1233 político, pontuou os seguintes aspectos: retorno do Brasil ao mapa da fome: aumento de  
1234 pessoas com comprometimento no desenvolvimento; EC 95 e ameaça ao SUS: Impedimento  
1235 ao acesso a saúde, tratamentos adequados e equidade às mulheres com deficiência;  
1236 descontrole de armas: tentativas de revogação do Estatuto do Desarmamento e decretos que  
1237 facilitam o acesso a armas; ameaças às políticas de enfrentamento à violência (mulher, LGBT,  
1238 negros); ameaça à escola como um local de diversidade e garantia de direitos: Escola sem  
1239 partido, ameaça na Política Nacional de Educação Especial, cortes em orçamento (pesquisa  
1240 em vacinas), ensino domiciliar; liberação de agrotóxicos: quais serão os impactos? Má-  
1241 formação, saúde mental e tentativas de feminicídio; e Lei de terceirização: 65% dos  
1242 trabalhadores com deficiência possui vínculo empregatício com empresas com mais de 1.000  
1243 empregados. Além disso, destacou que a precariedade dos vínculos pode resultar em mais  
1244 pessoas com deficiência; extinção do Ministério do Trabalho: fiscalização da Lei de Cotas (93%  
1245 das pessoas com deficiência foram contratadas por empresas obrigadas a cumprir cota) e das  
1246 condições de segurança e saúde dos trabalhadores; e reforma trabalhista: ao aumentar  
1247 demissões por acordo, fora dos sindicatos, precarizou-se ainda mais direitos. Além do trabalho  
1248 intermitente, que diminui o número de colaboradores e impacta na lei de cotas, destacou maior  
1249 dificuldade de acesso ao Benefício de Prestação Continuada – BPC ao invés da criação de  
1250 mecanismos que resguardem beneficiárias do BPC com deficiência da violência ou abuso  
1251 patrimonial (familiares e/ou instituições). Para ilustrar, relatou caso real de violência contra  
1252 mulher com deficiência e a importância do olhar profissional nessas situações: “Ele tirava a

1253 cadeira de rodas dela do quarto e trancava a porta com chave. Só depois disso saía para  
1254 passar o dia fora, no trabalho. Tirou o telefone da casa. Tirou-a da vista da família. Tirou-a de  
1255 perto dos amigos. O homem de 32 anos, do tipo sedutor e romântico no início do casamento,  
1256 tinha como prazer agora voltar para casa no fim do dia e encontrar a esposa de 20 anos, com  
1257 lesão medular, confinada à cama, em meio a excrementos, destruída. Presa, se sentia  
1258 envergonhada, humilhada, amedrontada. Nunca gritou por ajuda. Ao chegar, ele se dizia  
1259 arrependido, levava-a para o banheiro, permitia o banho e prometia jamais fazer isso outra vez,  
1260 pois, afinal, ela era “o amor da vida” dele. Ela entrou em um quadro de anemia e depressão  
1261 profunda. Tinha espasmos e uma ferida se abriu em sua perna. Ele a levou para o hospital.  
1262 Uma enfermeira muito atenta captou o olhar e o pedido de socorro silencioso que ecoou  
1263 naquele quarto. Pediu ao médico que a mantivesse no hospital por mais tempo, até que a  
1264 família chegasse de São Paulo e tomasse conhecimento do que estava acontecendo.” Explicou  
1265 que são 25.800.681 mulheres com deficiência no Brasil, sendo pelo menos uma com  
1266 deficiência a cada quatro mulheres. Para ilustrar melhor a situação da violência contra  
1267 mulheres com deficiência, destacou que 40% a 68% das mulheres com deficiência sofrerão  
1268 violência sexual antes dos 18 anos de idade (violência por autor: pai – 4%; mãe – 5%; padrasto  
1269 – 1,7%; cônjuge – 13,8%; ex-cônjuge – 3%; namorado ou ex-namorado – 3%; filho – 8%;  
1270 desconhecimento – 7%; e irmão 3,7%). Finalizando, fez as seguintes considerações:  
1271 acessibilidade universal: como pensar a democracia sem isso? Como exercer a cidadania sem  
1272 poder se deslocar, reunir, refletir? Como fazer parte do mundo político?; é preciso garantir  
1273 acessibilidade para ocupação de espaços; segunda geração dos Estudos sobre Deficiência:  
1274 importância do cuidado (visibilidade à dimensão do cuidado como uma questão de justiça –  
1275 politização do contexto da vida privada – enfrentamento ao ideal de mulher cuidadora) e  
1276 compreensão do cuidado e a interdependência como constituintes e uma questão de justiça e  
1277 de direitos humanos; ideia da mãe guerreira; é necessário romper com a ideia de “fardo” (fator  
1278 de vulnerabilização à violência) e trazer a dimensão do humano; a masculinidade,  
1279 hegemonicamente, é tóxica: é preciso falar sobre o abandono e vetores de violência; direito à  
1280 “(Univers) cidade” como um direito à Saúde: se as mulheres com deficiência não estiverem nas  
1281 universidades, não sairão do papel passivo destinado a pessoa com deficiência. Destacou ainda  
1282 que, se não pensar a academia e as profissões feitas também por pessoas com deficiência, as  
1283 pessoas com deficiência não sairão do lugar de “pacientes” e dificilmente alcançarão uma  
1284 sociedade, de fato, inclusiva. Por fim, afirmou que é preciso parar de romantizar a  
1285 desigualdade e nomeá-la de superação e a identidade é uma resposta política a um contexto  
1286 político. Fechou afirmando que, na luta, as pessoas encontram-se. A terceira expositora foi a  
1287 especialista em Gestão Pública/Escola Nacional de Administração Pública, **Anna Paula**  
1288 **Feminella**, que iniciou destacando a importância de tratar deste tema, reconhecendo os  
1289 desiguais e adotando o conceito de equidade. Em relação à pessoa com deficiência, disse ser  
1290 necessário saber quais são as barreiras existentes e eliminá-las: 1) Arquitetônica: barreiras em  
1291 espaços e prédios públicos e privados; 2) Atitudinal: barreiras culturais, preconceitos e  
1292 estigmas; 3) Comunicacional: obstáculos na comunicação interpessoal; 4) Metodológica:  
1293 obstáculos nos métodos, técnicas e processos de trabalho; 5) Instrumental: barreiras nas  
1294 ferramentas e instrumentos de trabalho; e 6) Programática: obstáculos invisíveis existentes em  
1295 legislações, normas e regulamentos. Detalhou como ocorre o ciclo da invisibilidade, explicando  
1296 que pessoas com deficiência “invisíveis” são mantidas em segredo dentro de casa, não são  
1297 percebidas como parte da comunidade que, conseqüentemente, não se preocupa em poder  
1298 acesso a bens, direitos e serviços a essa parcela da população. Assim, não há acesso a bens,  
1299 direitos e serviços, ou seja, não há inclusão, gerando discriminação e falta de consciência por  
1300 parte da comunidade em relação às necessidades específicas de pessoas com deficiência  
1301 continuam. Sobre a Avaliação e classificação da deficiência no Brasil, destacou: antes da Lei  
1302 Brasileira de Inclusão - LBI: Modelo Biomédico – CID; após a LBI: Modelo Biopsicossocial; e  
1303 mudança paradigmática – CDPD. Sobre o modelo biopsicossocial, citou o Art. 02, § 1º – LBI,  
1304 modelo de avaliação da deficiência, modelo determinado pela LBI (moldes CDPD), equipe  
1305 multidisciplinar, aponta falhas atitudinais, estruturais e culturais e sociedade como causadora  
1306 das barreiras. Destacou os pontos a serem observados acerca desse modelo: I - os  
1307 impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; II - os fatores socioambientais,  
1308 psicológicos e pessoais; III - a limitação no desempenho de atividades; e a IV - a restrição de  
1309 participação. Acrescentou que no cenário de corpos “frágeis” e sociedade discriminadora, as  
1310 mulheres com deficiência são vulnerabilizadas. Em contraponto, frisou que as mulheres com  
1311 deficiência não precisam que decidam sobre suas vidas, que prejudiquem o acesso à saúde  
1312 pelas nossas opções; que subestimem as suas capacidades; que não as vejam como coitadas,

1313 limitadas, causadoras dos problemas de acessibilidade, ser silenciadas, ignoradas... Destacou  
1314 que é preciso entender a distinção entre gênero e sexo, deficiência e lesão e aspectos sociais  
1315 e aspectos biológicos. Acrescentou que gênero está para sexo na proporção em que  
1316 deficiência está para lesão. Falou da discriminação em razão de deficiência, explicando que é  
1317 toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou  
1318 o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das  
1319 liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações  
1320 razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas. (Art. 4º da LBI - Lei 13.146/2015).  
1321 Apresentou Quadro de Crimes ou Infrações Administrativas previstos pelo descumprimento à  
1322 Lei 13.146/2015, com ação, pena, agravante e artigo: a) praticar, induzir ou incitar  
1323 discriminação de pessoa em razão de sua deficiência: reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e  
1324 multa. Aumenta-se a pena em 1/3 (um terço) se a vítima encontrar-se sob cuidado e  
1325 responsabilidade do agente, 82 §1º; b) praticar, induzir ou incitar discriminação de pessoa em  
1326 razão de sua deficiência por intermédio de meios de comunicação social ou publicação de  
1327 qualquer natureza: reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa. O juiz poderá determinar,  
1328 ouvido o Ministério Público ou a pedido deste, ainda antes do inquérito policial, sob pena de  
1329 desobediência: I - recolhimento ou busca e apreensão dos exemplares do material  
1330 discriminatório; II - interdição das respectivas mensagens ou páginas de informação na  
1331 internet. Constitui efeito da condenação, após o trânsito em julgado da decisão, a destruição do  
1332 material apreendido - 82 § 2º; c) obstar inscrição em concurso público ou acesso de alguém a  
1333 qualquer cargo ou emprego público, em razão de sua deficiência. Reclusão de 2 (dois) a 5  
1334 (cinco) anos e multa. Se o crime for praticado contra pessoa com deficiência menor de 18  
1335 (dezoito) anos, a pena é agravada em 1/3 (um terço): a pena pela adoção deliberada de  
1336 critérios subjetivos para indeferimento de inscrição, de aprovação e de cumprimento de estágio  
1337 probatório em concursos públicos não exclui a responsabilidade patrimonial pessoal do  
1338 administrador público pelos danos causados - art. 98, que altera a Lei nº 7.853/89; d) negar ou  
1339 obstar emprego, trabalho ou promoção à pessoa em razão de sua deficiência: reclusão de 2  
1340 (dois) a 5 (cinco) anos e multa. Se o crime for praticado contra pessoa com deficiência menor  
1341 de 18 (dezoito) anos, a pena é agravada em 1/3 (um terço) - art. 98, que altera a Lei nº  
1342 7.853/89; e) deixar de cumprir a exigência de requisitos de acessibilidade previstos na  
1343 legislação. Constitui ato de improbidade administrativa que atenta contra os princípios da  
1344 administração pública, conforme Lei nº 8.429/92: ressarcimento integral do dano, se houver;  
1345 perda da função pública; suspensão dos direitos políticos de três a cinco anos; pagamento de  
1346 multa civil de até cem vezes o valor da remuneração percebida pelo agente e proibição de  
1347 contratar com o Poder Público ou receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios, direta  
1348 ou indiretamente, ainda que por intermédio de pessoa jurídica da qual seja sócio majoritário,  
1349 pelo prazo de três anos - art. 103, que altera a Lei nº 8.429/92; e f) recusar, retardar ou omitir  
1350 dados técnicos indispensáveis à propositura da ação civil pública objeto da Lei nº 7.853/1989,  
1351 quando requisitados: reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos e multa. Se o crime for praticado  
1352 contra pessoa com deficiência menor de 18 (dezoito) anos, a pena é agravada em 1/3 (um  
1353 terço) - art. 98, que altera a Lei nº 7.853/89. No que diz respeito às discriminações no acesso à  
1354 saúde, explicou que são geradas principalmente pelo desconhecimento das especificidades e  
1355 legislações que garantem direitos às pessoas com deficiência e pela falta/precariedade de  
1356 acessibilidade urbanística, arquitetônica, comunicacional, tecnológica. Destacou como  
1357 exemplos: negação do atendimento por motivo de deficiência; excesso ou falta de  
1358 medicalização; negação do direito de decidir sobre o tratamento; julgamento de valor que  
1359 impede o atendimento qualificado (por orientação sexual, etc...); violência obstétrica; e  
1360 desacreditação na palavra da mulher com deficiência. Na linha da ação conjunta para  
1361 enfrentamento às violações de direitos humanos, citou as seguintes que devem ser  
1362 identificadas: confinamento forçado dentro da própria casa ou instituição; violência doméstica;  
1363 agressões físicas, psicológicas, simbólicas, sexuais (atenção especial às mulheres/crianças  
1364 com deficiência intelectual e surdas); comentários ofensivos sobre seu corpo, deficiência,  
1365 aparência; desestímulo ao desenvolvimento da autonomia; impedimentos para frequentar a  
1366 escola ou qualquer outro dispositivo social; impedimentos para ter relacionamento afetivo, ter  
1367 relações sexuais, ou casar; aplicação forçada de drogas psicotrópicas (tranquilizantes, por  
1368 exemplo); e retenção de aparelhos de mobilidade, equipamentos de comunicação ou  
1369 medicação que a mulher necessita. Por fim, propôs as seguintes ações: difundir a Lei Brasileira  
1370 de Inclusão e sua aplicação no SUS, bem como as Diretrizes de Atenção à Saúde de Mulheres  
1371 com Deficiência – MS, 2018; colaborar para efetivar a avaliação biopsicossocial da deficiência,  
1372 conforme prevê a Lei Brasileira de Inclusão, com capacitação para agentes públicos; fazer uma

1373 campanha para criação de Programas de Inclusão e Acessibilidade nas Unidades de Saúde;  
1374 promover ações de valorização, formativas e afirmativas que colaborem para o pleno exercício  
1375 da cidadania por mulheres com deficiência no SUS e incentivar que conselhos de saúde  
1376 tenham representação de organizações de mulheres com deficiência (“Nada sobre nós sem  
1377 nós”); estimular o desenvolvimento das crianças com deficiência reconhecendo as barreiras  
1378 que enfrentam e atuar no enfrentamento às violências (*bullying*, sexuais, etc...); desenvolver  
1379 ações de repressão às discriminações de qualquer natureza nas Unidades de Saúde;  
1380 estabelecer que recursos para compra de equipamentos e execução de obras devem seguir os  
1381 padrões de desenho universal – NBR 9050 obras e equipamentos ajustáveis a qualquer  
1382 pessoa (ou tipo de corpo). Ex. Acre sem nenhum mamógrafo com regulagem; estabelecer  
1383 protocolo que regule os prognósticos de síndrome pós-acometimento de poliomielite (referência  
1384 é Dr. Acary do ambulatório neuromuscular da Unifesp) e ampliar o protocolo de doenças raras  
1385 (impacta no BPC); exigir a utilização de linguagem simples/fácil, Libras e audiodescrição para  
1386 garantir o acesso à informação às pessoas não proficientes em língua portuguesa, pessoas  
1387 surdas, cegas e com baixa visão nas campanhas; capacitação em atendimento ao público com  
1388 deficiência para todas as pessoas que atuam nas unidades de saúde (inclusive seguranças); e  
1389 construir indicadores para acompanhamento da saúde. Fechou sua explanação, afirmando que  
1390 a convivência é a chave da inclusão. Diante do avançado da hora, o Pleno acatou a proposta  
1391 da coordenação da mesa de garantir um minuto para cada intervenção e apreciar os  
1392 encaminhamentos deste ponto no item das comissões. Nas breves falas, foram pontuados os  
1393 seguintes aspectos: os assuntos pertinentes à pessoa com deficiência devem ser debatidos na  
1394 Comissão Intersectorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD/CNS; é  
1395 preciso considerar as dificuldades enfrentadas pelas mulheres com autismo, com deficiência e  
1396 aquelas vivendo com HIV; é preciso conhecer a experiência do Centro Estadual de  
1397 Reabilitação e Readaptação - CRER de Goiânia; mulheres negras, por conta das  
1398 especificidades, deveriam ter composto a mesa; como o CNS pode contribuir para dar mais  
1399 visibilidade às mulheres com deficiência e suas demandas?; e há dados sobre a quantidade de  
1400 pessoas com deficiência no país e a falta de acesso dessa população aos serviços de saúde?.  
1401 Além desses aspectos, foram apresentadas as seguintes propostas: efetivar a avaliação  
1402 biopsicossocial da deficiência, conforme prevê a Lei Brasileira de Inclusão, com capacitação  
1403 para agentes públicos; divulgar a Lei Brasileira de Inclusão e sua aplicação no SUS; solicitar a  
1404 realização de campanhas para inclusão e acessibilidade da mulher com deficiência nas  
1405 Unidades Básicas de Saúde, com linguagem acessível, Libras e audiodescrição; incluir as  
1406 mulheres com deficiência na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher -  
1407 PNAISM; realizar oficina do CNS com o tema “mulheres com deficiência”; e definir agenda  
1408 conjunta MS/CNS, por meio das comissões intersectoriais, com a finalidade de identificar  
1409 pessoas com deficiência a fim de construir indicadores para acompanhamento de saúde.  
1410 **Retorno da mesa.** A representante da CGSPD/DAET/SAES, **Raila Cortes Barbosa**, fez  
1411 breves considerações sobre as falas destacando que: o CRER – Centro Estadual de  
1412 Reabilitação e Readaptação de Goiânia é referência; o Guia de Atenção à Saúde das Mulheres  
1413 com Deficiência e Mobilidade Reduzida está em fase final para publicação e os profissionais de  
1414 saúde serão capacitados para utilização desse documento; Ministério da Saúde não dispõe de  
1415 sistema que demonstre a dificuldade/falta de acesso das pessoas com deficiência aos serviços  
1416 de saúde, portanto, utiliza os dados do IBGE; a lógica do atendimento em cuidado deve  
1417 funcionar na linha de rede; não há dados sobre pessoas com deficiência infectadas pelo vírus  
1418 da AIDS; dificuldade de acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde, a órteses,  
1419 próteses e meios auxiliares de locomoção; os meios de comunicação para acessibilidade  
1420 devem ser garantidos, mas esse ainda é um desafio; e sugestão de construir agenda para  
1421 identificar as mulheres com deficiência com HIV/AIDS. Conselheira **Vitória Bernardes**,  
1422 integrante do Coletivo Feminista Helen Keller de Mulheres com Deficiência e UBM, comentou  
1423 os seguintes pontos das intervenções: a acessibilidade é para todas as pessoas e não apenas  
1424 àquelas com deficiência; Coletivo Feminista Helen Keller de Mulheres é composto por várias  
1425 mulheres negras e visa compartilhar informações sobre as mulheres; é preciso dar voz às  
1426 mulheres com deficiências; denúncias de dificuldade de acesso das pessoas com deficiência  
1427 ao BPC poderão ser enviadas ao CONADE; é essencial incluir a mulher com deficiência na  
1428 PNAISM; ausência de indicadores sobre saúde da mulher com deficiência dificulta a  
1429 mobilização desse segmento e a definição de ações; e o CNS deve avaliar o Guia de Atenção  
1430 à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida. A especialista em Gestão  
1431 Pública/Escola Nacional de Administração Pública, **Anna Paula Feminella** destacou que: é  
1432 importante realizar oficina do CNS com o tema “mulheres com deficiência”; e é preciso definir



1433 indicadores para o desenvolvimento das crianças e mulheres com deficiência. Considerando  
1434 que os encaminhamentos deste item seriam apreciados no último ponto da pauta, a  
1435 coordenadora da mesa agradeceu as convidadas pelas ricas explicações e encerrou a  
1436 discussão. **ITEM 8 – OS EFEITOS DA DESVINCULAÇÃO DAS RECEITAS DA UNIÃO PARA**  
1437 **O SUS - Coordenação:** conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do  
1438 CNS. *Apresentação:* **Maria Lucia Fatorelli**, Coordenadora do Movimento Auditoria Cidadã da  
1439 Dívida; e **Geraldo Julião Júnior**, Subsecretário de Assuntos Fiscais do Ministério da  
1440 Economia. Iniciando, conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira** agradeceu a presença  
1441 dos convidados e justificou que o Fórum de Exclusão da Desigualdade também fora convidado  
1442 para participar deste item, mas não pode comparecer. Sinalizou que este ponto de pauta  
1443 iniciou-se com atraso e o Subsecretário poderia permanecer no debate até às 19h por conta de  
1444 outro compromisso de trabalho. Dito isso, abriu a palavra para as explicações. O primeiro  
1445 expositor, **Geraldo Julião Júnior**, Subsecretário de Assuntos Fiscais do Ministério da  
1446 Economia, começou agradecendo a oportunidade e desculpando-se por não poder permanecer  
1447 até o final do debate. Mas, desde já, comprometeu-se a responder eventuais questionamentos  
1448 por e-mail e retornar para aprofundamento do debate, caso o Plenário entendesse necessário.  
1449 Iniciou sua exposição sobre a temática recordando que o mecanismo de Desvinculação das  
1450 Receitas da União, surge no contexto do Plano Real (fevereiro de 1994), instituído pela  
1451 Emenda Constitucional de Revisão nº 1 de 1 de março de 1994, como Fundo Social de  
1452 Emergência – FSE, cujo objetivo fundamental era dar uma maior margem para o Governo  
1453 remanejar e gerenciar a Lei Orçamentaria da União. Saliou que o Orçamento da União  
1454 possuía e possui duas características marcantes, excesso de vinculação de receitas e alto  
1455 nível de despesas obrigatórias. Fez uma evolução da composição da despesa primária do  
1456 governo federal, salientando que a despesa discricionária, em 2002, era de 14,8% e, em 2017,  
1457 8,2%; e a despesa com RGPS, BPC e inativos, em 2002, 52% e, em 2017, 56%. Disse que  
1458 essa situação é preocupante, pois a dívida pública cresceu e já é muito grande para um país  
1459 de renda média (Chile - 24,79%; Índia - 67,79%; e Brasil - 81,16%). Também mostrou histórico  
1460 da abrangência da DRU, de 1994 a 2019, destacado que em 2004 possuía grande potência,  
1461 inclusive com aumento da carga tributária. Ao longo dos anos, foi diminuindo por conta da  
1462 retirada da base de incidência, entre outros aspectos. Apresentou ainda um quadro sobre a  
1463 efetividade da DRU ao longo dos anos, destacando: em 1994 – fonte livre: 11,3% e DRU:  
1464 11,3%; 2000 – fonte livre: 17,1% e DRU: 10,8%; em 2010 – Fonte livre: 11,9% e DRU: 8,1%; e  
1465 2019 – fonte livre: 14,8% e DRU: 8,4%. Seguindo, falou sobre a Aplicação Mínima em Ações  
1466 e Serviços Público de Saúde – ASPS. Sobre o mínimo da saúde, destacou os dispositivos: a)  
1467 Emenda Constitucional nº 29, de setembro de 2000 - para a União define o valor mínimo a ser  
1468 aplicado em ASPS como sendo o valor empenhado em ASPS no ano anterior, corrigido pela  
1469 variação do PIB nominal; b) Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 - define o que  
1470 deve ser considerado como ASPS e critérios de aplicação do valor mínimo em ASPS para  
1471 todos os Entes Federados; c) Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015 - altera  
1472 para a União o valor mínimo a ser aplicado em ASPS com sendo um percentual da RCL,  
1473 estabelecendo percentuais crescentes para o período de 2016 a 2020; e d) Emenda  
1474 Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 - altera para a União o valor mínimo a ser  
1475 aplicado em ASPS como sendo o valor aplicado em 2017 – calculado como sendo 15% da  
1476 RCL – corrigido pela variação do IPCA de Julho a Junho. Desse modo, afirmou que, como o  
1477 valor mínimo a ser aplicado em ASPS não depende de valores de receitas específicas, o  
1478 mecanismo de Desvinculação de Receitas da União não impacta e nem interfere no valor do  
1479 mínimo a ser aplicado em ASPS. Na sequência, expôs sobre o tema a coordenadora do  
1480 Movimento Auditoria Cidadã da Dívida, **Maria Lucia Fatorelli**, que iniciou falando sobre o  
1481 desfinanciamento do SUS, com destaque, inicialmente, para os princípios constitucionais do  
1482 Sistema: universalidade; integralidade; equidade; descentralização; e participação da  
1483 comunidade. Lembrou que a construção do SUS foi marcada pela instabilidade de  
1484 financiamento até a EC nº. 29/2000, porém, a esfera federal restringiu a alocação de recursos  
1485 para o SUS nos níveis da aplicação mínima constitucional, ao mesmo tempo em que  
1486 aumentava a participação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Ilustrou o cenário de  
1487 desfinanciamento do SUS, destacando as seguintes medidas: Emenda Constitucional nº.  
1488 95/2016 - teto somente para despesas primárias, deixando livres os gastos financeiros com a  
1489 dívida pública e com empresas estatais não dependentes (Securitização de Créditos Públicos);  
1490 reforma da previdência – acaba com a Seguridade Social ao segregar as receitas para cada  
1491 área: Saúde, Previdência e Assistência Social; reforma tributária (EC 45/2019 e EC 293/2004) -  
1492 transformação de Cofins e PIS em “imposto”, acabando com a vinculação constitucional à

1493 Seguridade Social; Desvinculação de Receitas da União; renúncias fiscais; e crise fabricada  
1494 pela política monetária do Banco Central. Salientou que a transferência de atribuições para  
1495 Estados e Municípios não foi acompanhada da devida transferência de recursos. A maior parte  
1496 da arrecadação tributária é concentrada na União. Em regra, 68% da arrecadação fica na  
1497 esfera federal. Também falou sobre o impacto das renúncias fiscais para a seguridade social,  
1498 salientando que a soma de 2010 até hoje é de meio trilhão de reais e não se sabe quem se  
1499 beneficiou. Seguindo, discorreu sobre o impacto da “crise fabricada” para a seguridade social,  
1500 apontando, entre outros, a queda do PIB a partir de 2015, aumento do desemprego, de  
1501 doenças. Também afirmou que a “crise” tem servido de justificativa para a EC n°. 95, Reforma  
1502 Trabalhista, Reforma da Previdência, Privatizações, independência do Banco Central, esquema  
1503 de “Securitização de Créditos Públicos”, entre outras iniciativas. Todavia, não houve no país  
1504 nenhum dos fatores que produzem crise (quebra de bancos, adoecimento da população,  
1505 pestes, quebra de safra, guerra). Assim, perguntou o que explica a falência de inúmeras  
1506 empresas de todos os ramos, o desemprego recorde, a queda de 7% do PIB em apenas dois  
1507 anos. No seu ponto de vista, deveria estar em debate no país uma reforma para aumentar o  
1508 valor dos benefícios e ampliar o alcance da Seguridade Social, pois há muito dinheiro para  
1509 isso. Destacou, por exemplo, que em dezembro de 2018, havia R\$ 1,27 trilhão no caixa do  
1510 Tesouro Nacional; R\$ 1,13 trilhão no caixa do Banco Central, e US\$ 375 bilhões (R\$ 1,453  
1511 trilhão) em Reservas Internacionais. Lembrou, inclusive, que o Brasil é a 9ª maior economia do  
1512 mundo, possui imensas riquezas e potencialidades e quase R\$ 4 trilhões líquidos. Apesar  
1513 disso, a dívida interna aumentou de R\$ 86 bilhões para quase R\$ 4 trilhões no mesmo período.  
1514 Salientou ser evidente que não foram os investimentos e gastos sociais que levaram à  
1515 “explosão” da chamada Dívida Pública, pois se produziu imenso Superávit Primário. Nas suas  
1516 palavras, a Dívida Pública tem sido gerada por mecanismos de política monetária do Banco  
1517 Central, responsáveis por déficit nominal brutal e pela fabricação da “crise”. Destacou que até  
1518 2015 o país produziu R\$ 1 trilhão de Superávit Primário e sobrou mais de R\$ 1 trilhão na  
1519 Seguridade Social. De repente, essa situação se inverteu: desde 2005, o PIB vinha crescendo  
1520 quase 4%, em média, mas estacionou em 2014, caiu mais de 7% em 2015 -2016 e segue  
1521 estagnado. Salientou que o déficit está no Banco Central, ou seja, o custo da política monetária  
1522 provocou a crise atual. Recordou a situação de 2015: juros elevadíssimos (14,25%);  
1523 remuneração da sobra de caixa de R\$ 1 trilhão dos bancos; prejuízos com Swap Cambial e  
1524 outros prejuízos do Banco Central; e emissão excessiva de títulos da dívida interna. Ressaltou  
1525 que a Dívida Interna cresceu R\$ 732 bilhões em 11 meses de 2015 e o Investimento Federal  
1526 em 2015 foi R\$ 9,6 bilhões. Nessa linha, afirmou que o Banco Central está “suicidando” o Brasil  
1527 (<https://bit.ly/2EQSXWf>). Ressaltou que o déficit nominal é provocado pelas despesas com  
1528 juros e não por suposto excesso de gastos sociais. Além disso, afirmou que os Bancos lucram  
1529 com os mecanismos que alimentam o Sistema da Dívida e produzem a crise (em 2015, lucro  
1530 de R\$ 96 bilhões + Provisão de R\$ 187 bilhões). Falou ainda da remuneração da sobra de  
1531 caixa dos bancos, destacando o scandaloso mecanismo que ao mesmo tempo: gerou Dívida  
1532 Pública: R\$ 1,2 Trilhão da Dívida Interna utilizados para remunerar a sobra de caixa dos  
1533 bancos <https://bit.ly/2ZepGFY>; gerou rombo de R\$ 754 Bilhões em 10 anos (sem atualização)  
1534 conforme balanços do Banco Central; produz escassez de moeda na economia: volume de  
1535 moeda equivalente a quase 20% do PIB fica esterilizada no BC; provoca elevação brutal dos  
1536 juros de mercado: moeda que deveria irrigar a economia fica escassa, pois bancos preferem a  
1537 garantia de remuneração diária paga pelo Banco Central; desculpa de controlar inflação foi  
1538 desmascarada em 2017 - IGP negativo em 2017 e o volume das Operações Compromissadas  
1539 atingiu recorde de R\$ 1,23 trilhão <https://goo.gl/dvHYmr>; e ilegalidade: BC enviou PL  
1540 9.248/2017 para “legalizar” os Depósitos Voluntários *Remunerados* pelo Banco Central  
1541 <https://bit.ly/2F6Q8IJ> o que já vem sendo feito com o abuso das Op. Compromissadas.  
1542 <https://goo.gl/gU6X7E> e <https://goo.gl/VWZgVa>. Afirmou que o rombo das contas públicas está  
1543 no Sistema da Dívida e não nas Despesas Primárias. [www.auditoriacidada.org.br](http://www.auditoriacidada.org.br). (Explicação:  
1544 porque somamos Juros e Amortizações. <https://bit.ly/2Fp0x9C>). Disse ainda que o grande  
1545 capital já não quer “apenas” os juros da dívida, mas se apodera diretamente da arrecadação.  
1546 Além disso, destacou que novo esquema fraudulento da chamada “Securitização de Créditos  
1547 Públicos” revela ainda mais o desvio de recursos para bancos privilegiados - PLP 459/2017  
1548 (PLS 204/2016 no Senado - diversos materiais em <https://bit.ly/2WAKhJq>). Explicou como se  
1549 dá a “Securitização de Créditos”: esquema fraudulento – os créditos pagos por à rede bancária  
1550 são desviados no caminho e não chegam aos cofres públicos, por meio de conta vinculada  
1551 (este esquema fere, inclusive, a Lei de Responsabilidade Fiscal). **Sobre as consequências da**  
1552 **crise fabricada, disse que afetou** fortemente todos os entes federados e os Estados estão

1553 sendo empurrados para o esquema fraudulento da “Securitização de Créditos Públicos” (Plano  
1554 de Equilíbrio Fiscal). A esse respeito, disse que o Governo Federal deveria estar socorrendo  
1555 Estados, pois dispõe de cerca de R\$ 4 trilhões entesourados na esfera federal. Além disso,  
1556 destacou que Estados já pagaram mais de 3 vezes o valor de suas dívidas refinanciadas pela  
1557 União no final da década de 90 e ainda devem cerca de 5 vezes o valor refinanciado. Disse  
1558 que há diversos questionamentos: perda de patrimônio; dívidas infladas indevidamente por  
1559 passivos de bancos (PROES); condições financeiras onerosíssimas (atualização mensal  
1560 cumulativa pelo maior índice existente IDP-DI + juros reais de 6 a 7,5%). Disse que Estados  
1561 são credores de R\$ 270 bilhões perante a União de créditos da Lei Kandir, mas o governo  
1562 federal afirma não ter como pagar. Destacou as evidências reveladas pela Auditoria Cidadã em  
1563 relação ao “Sistema da dívida”: utilização do endividamento como mecanismo de subtração de  
1564 recursos e não para o financiamento dos Estados; reproduz-se internacional e internamente,  
1565 em âmbito dos estados e municípios: crise em diversos entes federados brasileiros; dívidas  
1566 sem contrapartida; sistema financeiro é o maior beneficiário. Disse que esse Sistema da dívida  
1567 exige continuamente: ajuste fiscal (contingenciamento e corte de despesas primárias para que  
1568 mais recursos se destinem às despesas financeiras com a dívida; de 1995 a 2014 foi  
1569 produzido R\$ 1 trilhão de Superávit Primário e, apesar disso, a dívida interna aumentou de R\$  
1570 89 bilhões para quase R\$ 4 trilhões no mesmo período; e EC 95 transformou o ajuste fiscal em  
1571 regra constitucional); privatizações; “contrarreformas” (Previdência, Trabalhista, Tributária);  
1572 política monetária suicida; esquemas que geram dívida: “securitização de créditos”; e benesses  
1573 tributárias. Ou seja, quanto mais se paga, mais se deve, pois, apesar das “amortizações”  
1574 gigantes, a dívida cresce, uma vez que grande parte dos juros é contabilizada como  
1575 “amortizações” <https://bit.ly/2En3VSE>. Afirmou que a dívida pública tem sido gerada por  
1576 mecanismos financeiros: transformações de dívidas do setor privado em dívida pública;  
1577 elevadíssimas taxas de juros: praticadas sem justificativa técnica, jurídica, econômica ou  
1578 política; a ilegal prática do anatocismo: incidência contínua de juros sobre juros; a irregular  
1579 contabilização de juros como se fosse amortização da dívida, burlando-se o artigo 167, III, da  
1580 Constituição Federal; as escandalosas operações de *swap* cambial realizadas pelo Banco  
1581 Central em moeda nacional, garantindo o risco de variação do dólar de forma sigilosa;  
1582 remuneração da sobra do caixa dos bancos por meio das sigilosas “operações  
1583 compromissadas” que alcançaram R\$1,23 trilhão em 2017; emissão excessiva de títulos para  
1584 formar “colchão de liquidez”; prejuízos do Banco Central; e “Securitização de Créditos Públicos”  
1585 gera dívida ilegal que é paga por fora do orçamento, mediante desvio de arrecadação que  
1586 sequer alcançará os cofres públicos <https://bit.ly/2WAKhJq>. Acrescentou ainda que o rombo  
1587 das contas públicas está nos gastos financeiros com a chamada dívida pública. Detalhou como  
1588 se dá a conjuntura de crise fabricada pela política monetária do Banco Central: Taxas de Juros  
1589 mais elevadas do mundo, restrição da base monetária para remunerar a sobra de caixa dos  
1590 bancos, abusando-se das Operações Compromissadas, *Swap* Cambial (ilegal, conforme TC-  
1591 012.015/2003-0), prejuízos do Banco Central de centenas de bilhões de reais e colchão de  
1592 liquidez exagerado (R\$1,2 trilhão na Conta Única do Tesouro): emissão excessiva de títulos e  
1593 explosão da Dívida. Nessa lógica, a crise tem justificado medidas restritivas: EC 95 (PEC do  
1594 Teto), EC 93, Lei Complementar 159/2017; Reformas Trabalhista e da Previdência;  
1595 Privatizações; Esquema Fraudulento: “Securitização de Créditos Públicos”; e autonomia do  
1596 Banco Central. Destacou que Paulo Guedes, na Exposição de Motivos sobre a PEC 6/2019,  
1597 afirma que: “(...) *nosso nó fiscal é razão primeira para a limitação de nosso crescimento econômico sustentável. E esse nó fiscal tem uma raiz: a despesa previdenciária. Enquanto nos recusarmos a enfrentar o desafio previdenciário, a dívida pública subirá implacavelmente e asfixiará a economia.*” Seguindo essa linha, disse que não é a previdência que tem feito a  
1600 dívida crescer, mas sim a política monetária do BC que tem explodido a dívida. Salientou que é  
1601 preciso reduzir a desigualdade social no Brasil e não aprofundá-la ainda mais: 9ª economia  
1602 mundial, pior distribuição de renda do mundo [http://iepecdg.com.br/uploads/artigos/SSRN-](http://iepecdg.com.br/uploads/artigos/SSRN-id2479685.pdf)  
1603 [id2479685.pdf](http://iepecdg.com.br/uploads/artigos/SSRN-id2479685.pdf); 79º no ranking de respeito aos Direitos Humanos – IDH – empatado com a Ilha  
1604 Granada (área territorial de 344 km<sup>2</sup>, população estimada em 110 mil habitantes, produz noz-  
1605 moscada); e penúltimo no ranking da Educação entre 40 países (Índice Global de Habilidades  
1606 Cognitivas e Realizações Educacionais ). Ressaltou que o Brasil possui realidade de  
1607 abundância e cenário de escassez. Nesse cenário, pontuou que a PEC 6/2019 irá aumentar a  
1608 desigualdade social no Brasil. Lembrou que o país é a 9ª Maior Economia Mundial, com  
1609 imensas potencialidades - abundância: maior reserva de Nióbio do mundo; terceira maior  
1610 reserva de petróleo; maior reserva de água potável do mundo; maior área agricultável do  
1611 mundo; riquezas minerais diversas e terras raras; riquezas biológicas: fauna e flora; extensão  
1612

1613 territorial e mesmo idioma; clima favorável, recorde de safra; potencial energético, industrial e  
1614 comercial; riqueza humana e cultural; reservas internacionais US\$ 375 Bilhões; R\$ 1,13 Trilhão  
1615 esterilizados no Bacen; R\$ 1,27 Trilhão na Conta Única do Tesouro Nacional; Dívida Ecológica  
1616 histórica; e potencial de arrecadação tributária. Por outro lado, apontou o cenário de escassez  
1617 2015-2019: crise econômica seletiva (desindustrialização, queda de empresas, desemprego,  
1618 perdas salariais, privatizações, encolhimento do PIB), social, política e ambiental. Destacou  
1619 que ainda ajuste fiscal e reformas, corte de investimentos e gastos sociais; aumento de tributos  
1620 para a classe média e pobre; privatizações e contrarreformas. Acrescentou que o crescimento  
1621 acelerado da “dívida pública” é igual a crise fiscal, porém lucro recorde dos bancos.  
1622 Finalizando, apontou estratégias de ação: conhecimento da realidade - Política Monetária,  
1623 Modelo Tributário e Sistema da Dívida; e mobilização social consciente. Por fim, apresentou as  
1624 seguintes ações concretas: mostrar que o rombo das contas públicas está no custo da política  
1625 monetária do Banco Central, que provocou a crise que afeta toda a economia do país, com  
1626 reflexos para a Seguridade Social; rejeitar a PEC n.º 6/2019; repudiar o esquema fraudulento  
1627 de “securitização”; e realizar auditoria da dívida com participação social. **Manifestações.**  
1628 Conselheira **Joana Indjaian Cruz** agradeceu os expositores pelas apresentações  
1629 esclarecedoras e reiterou a importância de debater no CNS (Intersectorial de Alimentação e  
1630 Nutrição - CIAN/CNS), a isenção fiscal para refrigerantes e bebidas açucaradas tendo em vista  
1631 a publicação do Decreto n.º. 9.897/2019 e considerando os prejuízos do consumo desses  
1632 produtos para a saúde. Conselheiro **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara** fez os seguintes  
1633 questionamentos: a DRU será adotada mesmo com crescimento econômico?; como o  
1634 orçamento seria discutido com desvinculação total das receitas da união?; é possível reduzir as  
1635 renúncias fiscais?; segundo exposto pela convidada, há grande volume de recurso disponível,  
1636 então, por que o problema do subfinanciamento do SUS não fora resolvido? Conselheiro  
1637 **Fernando Zasso Pigatto** agradeceu a presença dos convidados, o que possibilita aprofundar  
1638 o debate, inclusive com contraditório. Destacou que estudos técnicos, inclusive do CONASS e  
1639 CONASEMS, demonstram que a DRU traz sérios prejuízos ao SUS, portanto, é preciso envidar  
1640 esforços para derrubar essa proposta. Conselheiro **Casemiro dos Reis Júnior** começou sua  
1641 fala rebatendo a comparação entre a crise de 1994 com a atual, por entender que não  
1642 possuem relação. Também frisou que é preciso reverter a lógica do limite de gastos, pois o  
1643 Brasil caminha para crise conforme ocorreu na Grécia. Defendeu que a limitação ocorra no  
1644 pagamento de juros e amortização da dívida (limite de 30%), a fim de evitar situação de  
1645 vulnerabilidade. Rebateu a falácia de que o Brasil “gasta muito e mal”, lembrando que o país  
1646 teve superávit primário, de 1995 a 2105, distribuiu renda, resultando em menores índices de  
1647 desemprego. Por fim, afirmou que um grupo tomou conta do Estado Brasileiro e está sugando  
1648 os recursos, levando a população brasileira à beira de catástrofe humanitária, inclusive com  
1649 risco de retorno de epidemias. Conselheira **Nara Monte Arruda** interveio para propor o  
1650 seguinte encaminhamento: aprovar recomendação ao Congresso Nacional para que realize  
1651 audiência pública sobre os efeitos da DRU, a fim de ampliar debate com a sociedade a  
1652 respeito. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi**, para reflexão, pontou que Desvinculação  
1653 das Receitas sinaliza o projeto de governo para o desenvolvimento do país. Agradeceu a  
1654 expositora pelos dados apresentados, pois sinalizam que a luta do CNS está no caminho  
1655 correto. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** destacou que é preciso abrir diálogo com a  
1656 sociedade para mostrar que essa crise fabricada aprofundará ainda mais a desigualdade no  
1657 Brasil. Também destacou que a riqueza do País sempre foi apropriada por poucos e para  
1658 modificar essa situação é preciso romper com a lógica do capitalismo e caminhar para o  
1659 socialismo. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS aprove recomendação ao Congresso  
1660 Nacional que realize auditoria da dívida pública. Conselheiro **Moisés Longuinho Toniolo de**  
1661 **Souza** saudou os expositores e, sobre a crise fabricada, perguntou qual a influência do Banco  
1662 Mundial na Organização Mundial do Comércio. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** saudou os  
1663 expositores e propôs à professora que fizesse essa apresentação ao Ministro da Economia.  
1664 Também disse que o Ministro da Economia deveria esclarecer à população para onde deseja  
1665 levar o país com essa e outras medidas adotadas. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**  
1666 afirmou que os dados apresentados pela convidada merecem atenção do CNS e frisou que a  
1667 população brasileira precisa tomar conhecimento da real situação do país. Como  
1668 encaminhamento, propôs remeter à comissão organização da 16ª Conferência a proposta de  
1669 realização de atividade na Conferência para tratar sobre os efeitos da DRU para o SUS,  
1670 auditoria da dívida e renúncia fiscal. Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou quanto o  
1671 governo gasta com seguro privado de saúde com servidores públicos, por entender que o corte  
1672 desse gasto iria gerar grande economia e mais recursos a serem aplicados na saúde pública.

1673 Também manifestou posição contrária à PEC porque, entre outros aspectos, prejudicaria  
1674 drasticamente as pessoas com deficiência. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**,  
1675 manifestou-se sobre o tema, especificamente sobre a EC n°. 95 e os prejuízos ao setor saúde.  
1676 Destacou que a Emenda prejudica “duplamente” a saúde porque estabelece um piso que está  
1677 congelado nos níveis de 2017, permanecendo assim por vinte anos, com a possibilidade de  
1678 revisão com dez anos; e também estabelece teto de despesa primária do nível de 2016 (saúde  
1679 fica penalizada porque entra no conjunto das áreas de governo que têm liberação financeira  
1680 menor que a variação do PIB). Por fim, perguntou por que a partir de 2016 a vontade a área  
1681 econômica do governo de ajustar despesas tem sido priorizada a ponto de não levar em conta  
1682 as perdas para a população. **Retorno da mesa.** O Subsecretário de Assuntos Fiscais do  
1683 Ministério da Economia, **Geraldo Julião Júnior**, pontuou os seguintes aspectos a partir das  
1684 falas do Plenário: nos debates, é essencial diferenciar fato de opinião; o Decreto n°. 9.897/2019  
1685 não diminuiu a tributação de bebidas açucaradas e o governo está enfrentando este tema;  
1686 parecer sobre a PEC n° 06, aprovado na Câmara dos Deputados, exclui a DRU da seguridade  
1687 social; o Ministro da Economia explica, no seu discurso de posse, disponível na internet, as  
1688 diretrizes da sua gestão, entre elas, ataque ao sistema financeiro; a sociedade brasileira  
1689 precisará debater como deve ser a alocação de recursos; a renúncia fiscal é um problema  
1690 grave e precisará ser enfrentado; o governo está trabalhando para que não ocorra no Brasil o  
1691 que aconteceu na Grécia e na Venezuela; emissão de dívida sem limites é uma falácia; a  
1692 Desvinculação não é um projeto de país; a EC n°. 95 não congela recursos, pois a correção é  
1693 feita pela inflação; o Ministério da Saúde dispõe de maior disponibilidade financeira em  
1694 comparação aos demais ministérios da Esplanada; a carga tributária brasileira é alta e o  
1695 Congresso Nacional discorda de aumento de receita (várias propostas nesse sentido foram  
1696 recusadas); será necessária reforma tributária para enfrentar questões estruturais. Por fim,  
1697 apesar de respeitar, avaliou como retrocesso o apoio de parte do Pleno à fala que propôs a  
1698 adoção de sistema autoritário de governo (socialismo), que não prosperou em nenhum lugar do  
1699 mundo. Após essa fala, deixou o Plenário por ter outra atividade agendada. A Coordenadora do  
1700 Movimento Auditoria Cidadã da Dívida, **Maria Lucia Fatorelli**, respondeu às falas destacando  
1701 que: todos os dados apresentados possuem *link* para comprovação; a crise  
1702 econômica/financeira foi fabricada no Brasil porque não ocorreu nenhum dos fatos causadores;  
1703 sobre a crise de 1994, as dívidas privadas foram transformadas em dívidas públicas; a dívida  
1704 externa prescreveu, mas os títulos foram retomados, aceitos como moedas de privatização e  
1705 foram transformados em dívida interna; a dívida interna – que é zero - é um sistema utilizado  
1706 para exigir privatizações, contrarreformas, ajustes fiscais, política monetária e outras medidas  
1707 que “amarram” o Brasil; o discurso de posse do ministro Guedes (ataque ao sistema financeiro)  
1708 não condiz com as medidas adotadas; PEC n°. 6 divide a seguridade social e a EC 45 já  
1709 desvincula 100% da COFINS e PIS; não há transparência na renúncia porque não inclui, por  
1710 exemplo, a isenção de distribuição de lucro (estudo do IPEA aponta que um grupo que ganha  
1711 acima de 320 salários mínimos por mês possui isenção de quase 80% do rendimento, isenção  
1712 de juros sob capital próprio, remessa de lucro para exterior, entre outros); a Auditoria Cidadã se  
1713 dispõe a contribuir na luta contra a redução de impostos para produção de bebidas  
1714 açucaradas; o objetivo da DRU é retirar recursos da seguridade social para pagar juros,  
1715 portanto, ocorre mesmo no momento de crescimento; há recursos disponíveis, mas a  
1716 prioridade do governo é direcionar para o mercado financeiro; auditoria da dívida deve ser uma  
1717 bandeira a ser defendida; independência do Banco Central e proposta de desvinculação total  
1718 do orçamento estão na mesma linha de garantir a liberdade total para a política  
1719 orçamentária/gasto financeiro e receitas; a crise foi seletiva porque os bancos e as  
1720 megaempresas continuaram a lucrar e as minorias foram as mais prejudicadas; desconhece a  
1721 emissão de títulos de dívida pública para o saneamento; a crise tem favorecido àqueles que  
1722 estão comprando patrimônio público, essencial, estratégico, lucrativo; vive-se o capitalismo  
1723 financeirizado e a securitização de crédito é o exemplo concreto disso (ver material da auditoria  
1724 cidadã sobre o PLP n°. 459); é preciso privilegiar o SUS universal; nas ações, é preciso  
1725 conhecer a realidade, divulgar a riqueza do país, denunciar e exigir investigação; a solução  
1726 deve ser ascendente, envolvendo toda a sociedade e o sistema de participação social. Após  
1727 essa fala, a coordenadora da mesa agradeceu a expositora que não poderia permanecer mais  
1728 por ter uma entrevista agenda. Também salientou que o Pleno do CNS prioriza o debate,  
1729 assegurando o contraditório e prima pelo respeito às posições. Dito isso, procedeu aos  
1730 encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno aprovou, por unanimidade, os seguintes**  
1731 **encaminhamentos: 1) Remeter à comissão organização da 16ª a proposta de realização**  
1732 **de atividade para tratar sobre os efeitos da DRU para o SUS, auditoria da dívida e**

1733 renúncia fiscal; 2) Remeter recomendações ao Congresso Nacional sobre os efeitos da  
1734 DRU para a saúde e auditoria da dívida pública; 3) Solicitar ao sistema de conselhos que  
1735 promovam debate sobre os efeitos da DRU para o SUS, auditoria da dívida e renúncia  
1736 fiscal e PEC 06, utilizando como subsídio os materiais produzidos pelo CNS; 4) Fazer  
1737 apanhado de perguntas ao ministério da Economia – incluir inclusive o questionamento  
1738 da Fatorelli sobre emissão de títulos de dívida pública para o saneamento; e 5) repercutir  
1739 o material do CNS sobre esse tema nas entidades para capilarizar a temática. Com esse  
1740 encaminhamento, às 20h40, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes  
1741 os seguintes conselheiros e conselheiras na tarde do primeiro dia de reunião: *Titulares* -  
1742 **Altamira Simões dos Santo de Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População  
1743 Negra e Aids; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus,  
1744 Doenças Reumáticas e Raras – SUPERANDO; **Antônio Magno de Sousa Borba**,  
1745 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde;  
1746 **Delmiro José Carvalho Freitas**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Elaine Junger**  
1747 **Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Geridice Lorna Andrade de Moraes**,  
1748 Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Joana Batista Oliveira**  
1749 **Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **Jupiara Gonçalves Castro**,  
1750 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino  
1751 Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Jurandi Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de  
1752 Secretários de Saúde – CONASS; **Laís Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de  
1753 Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos Santos**, Federação Brasileira das  
1754 Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central  
1755 Sindical de Trabalhadores – NCST; **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional das  
1756 Associações e Entidades de Diabetes – FENAD; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de  
1757 Autismo – ABRA; **Nara Monte Arruda**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Neilton Araújo**  
1758 **de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região  
1759 Sul – ARPIN-SUL; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros –  
1760 FNE; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de  
1761 Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos  
1762 Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; e **Sueli**  
1763 **Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA. *Suplentes* -  
1764 **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV;  
1765 **Alex Gomes da Motta**, Pastoral da Saúde Nacional; Alceu Kuhn, Organização Nacional de  
1766 Cegos do Brasil – ONCB; **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias  
1767 Municipais de Saúde – CONASEMS; **Casemiro dos Reis Júnior**, Federação Brasileira  
1768 – FMB; **Evalcilene Costa dos Santos**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas – MNCP;  
1769 **Fabiana Raynal Floriano**, Ministério da Saúde; **Francisca Valda da Silva**, Associação  
1770 Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos  
1771 Trabalhadores – CUT; **Giancarlo de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de  
1772 Odontologia – CFO; **Gláucia Tamayo Hassler Sugai**, Ministério das Cidades; **Joana Indjaian**  
1773 **Cruz**, Associação de Controle do Tabagismo Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos –  
1774 ACT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional  
1775 dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDNAPI/FS; **Manuelle Maria Marques Matias**,  
1776 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação  
1777 Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi  
1778 composta para o item 9 da pauta. **ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO**  
1779 **E FINANCIAMENTO – COFIN – Apresentação:** **Marcos Moreira**, da Subsecretaria de  
1780 Planejamento e Orçamento – SPO/MS; e **Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS.  
1781 *Coordenação:* conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS e coordenador da  
1782 COFIN/CNS. O coordenador da COFIN/CNS apresentou o relatório de avaliação das oficinas  
1783 macrorregionais de orçamento e financiamento – 2019 “Rumo a 16ª Conferência Nacional de  
1784 Saúde”. Começou explicando que foram 1.048 inscritos nas oficinas macrorregionais por  
1785 Estado e Distrito Federal. Detalhou a programação das oficinas: Credenciamento; Abertura;  
1786 Mesa 01 - Democratização e a implantação do modelo público e universal de saúde no Brasil  
1787 (resgate histórico até a consolidação do SUS). Mesa 02 – Os desafios do controle social na  
1788 consolidação do SUS e da democracia do Brasil. 15h30 às 17h00 – Debate. Mesa 03 – Os  
1789 Números do SUS. Debate. Encerramento. Disse que as oficinas ocorreram nas seguintes  
1790 datas: 28-29/03/2019 – SE - Rio de Janeiro: 150 participantes; 04-05/04/2019 - NE I. Natal: 172  
1791 participantes. 17-18/04/2019- N- Belém: 239 participantes. 08-09/05/2019 – S. Porto Alegre:  
1792 126 participantes. 23-24/05/2019 – CO. Goiânia: 226 participantes. 06-07/06/2019 - NE II.

1793 Maceió: 135 participantes. No que se refere à avaliação das oficinas macrorregionais 2019,  
1794 segundo os critérios definidos (atividades, organização, infraestrutura, metodologia, temas  
1795 abordados), o resultado foi ótimo e bom, majoritariamente. Em seguida, fez um breve  
1796 apanhado das propostas aprovadas nas oficinas, para conhecimento do Pleno (em cada  
1797 Estado, os delegados apontavam uma diretriz sobre financiamento e até três propostas – todos  
1798 os estados apresentaram, exceto Piauí, Amazonas e Distrito Federal). Por fim, disse que o  
1799 material disponibilizado ao Pleno do CNS continha todas as propostas em detalhe. Feito esse  
1800 informe, o representante da SPO/MS, **Marcos Moreira**, fez uma apresentação sucinta sobre o  
1801 processo de elaboração do Plano Plurianual - PPA e Plano Nacional de Saúde - PNS 2020-  
1802 2023. Primeiro, fez um histórico sobre o PPA e PNS 20016-2019, explicando a estreita relação  
1803 entre os esses dois instrumentos (objetivos e metas comuns). Detalhou a composição dos dois  
1804 instrumentos: PPA 2016-2019 – Diretrizes, Programa, Indicadores, Objetivos e Metas; e PNS  
1805 Diretrizes do CNS e Conferência; Análise Situacional; e Objetivos. Destacou que a composição  
1806 dos instrumentos é a seguinte: 13 Objetivos (PNS); cerca de 120 metas; aproximadamente 40  
1807 indicadores; aproximadamente 130 iniciativas (apenas PPA); e Iniciativas individualizadas.  
1808 Detalhou os objetivos comuns do PPA e do PNS: Acesso; Ciclo de Vida; Redes; Assistência  
1809 farmacêutica; Educação em Saúde; Relação Federativa; Controle Social; Padrão de Gasto;  
1810 Vigilância Sanitária; Saúde Suplementar; Indígena; Complexo Produtivo; Vigilância. Lembrou  
1811 que cada Objetivo possui metas próprias e os indicadores não estão relacionados a nenhum  
1812 Objetivo, sendo um capítulo separado (Indicadores – capítulo separado; e Metas – ligadas ao  
1813 Objetivo). Seguindo, apresentou como ficará a proposta 2020-2023, destacando que houve  
1814 mudança significativa na metodologia. No caso do PPA 2020-2023, explicou que a  
1815 composição é a seguinte: Diretriz; Tema (Saúde); Programas (1 Objetivo por Programa); Meta  
1816 – indicador; e Ações Orçamentárias. No caso do PPA, será composto por um Objetivo por  
1817 Programa, uma Meta por Objetivo e um único indicador. Ou seja, serão sete objetivos e sete  
1818 metas. Detalhou os objetivos do PPA e do PNS: Atenção Primária; Atenção Especializada;  
1819 Vigilância em Saúde; Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Produtivo em Saúde; Assistência  
1820 Farmacêutica; Gestão e Organização do SUS; e Saúde Indígena. Seguindo, detalhou como se  
1821 deu a elaboração da proposta do PPA e PNS 2020-2023. Etapas do PPA 2020-2023:  
1822 realização de Oficinas para elaboração de modelo lógico e árvore de problemas; elaboração  
1823 dos relatórios das oficinas (Min. Economia); inserção dos Programas, Objetivos, Metas e  
1824 Indicadores no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop); Programas: Atenção  
1825 Primária à Saúde, Atenção Especializada, Vigilância em Saúde, Desenvolvimento Científico,  
1826 Tecnológico e Produtivo, Gestão e Organização do SUS, Assistência Farmacêutica e Saúde  
1827 Indígena. Etapas do PNS 2020-2023: definição das Diretrizes do Conselho e Conferência  
1828 Nacional de Saúde; elaboração da Análise Situacional; elaboração de metas e indicadores por  
1829 Objetivo. Objetivos relacionados a: Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada,  
1830 Vigilância em Saúde, Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Produtivo, Gestão e  
1831 Organização do SUS, Assistência Farmacêutica e Saúde Indígena. Por fim, disse que já se  
1832 iniciou a análise de situação para o PNS e aguardam-se as contribuições do CNS e da 16ª  
1833 Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** informou que o PPA  
1834 ainda está em processo de discussão (avanço – ampliação do número de programas – quatro  
1835 para sete). O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, avaliou que algumas mudanças  
1836 nos instrumentos são bem-vindas e outras, por outro lado, são preocupantes. Pontuou como  
1837 positiva a diminuição do número de programas (sete) por entender que daria conta das  
1838 diferentes dimensões do Ministério da Saúde para implementação das políticas de saúde. Por  
1839 outro lado, ponderou que a restrição de um objetivo por programa é um problema porque o  
1840 PPA é o instrumento legal para a inclusão de recursos no orçamento para garantir as ações  
1841 que implementam as políticas de saúde. Em seguida, houve breves considerações, para  
1842 esclarecimento de dúvidas. Todavia, não houve aprofundamento porque o tema ainda estava  
1843 em debate. Na sequência, o assessor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, apresentou a  
1844 quarta etapa do processo de análise do Relatório Anual de Gestão 2018 - RAG 2018, feita pela  
1845 COFIN, com o objetivo de apresentar a segunda parte de avaliação que será feita pelas  
1846 comissões do CNS (apresentação ainda não é a versão final). Detalhou as quatro partes de  
1847 avaliação do RAG: Parte 1 (Versão Preliminar) - Análise da execução orçamentária e  
1848 financeira, inclusive dos Restos a Pagar, do Ministério da Saúde *em termos consolidados*.  
1849 Fonte: adaptado de Ministério da Saúde/SPO - Planilhas de Execução Orçamentária e  
1850 Financeira - dezembro/2018 (fechado) de Execução dos Restos a Pagar, recebidas pela  
1851 COFIN/CNS em 1º/fevereiro/2019 e 30/janeiro/2019, respectivamente; Parte 2 (Versão  
1852 Preliminar) - complementa as informações do Relatório, com algumas erratas. Análise das

1853 informações complementares do Relatório de Prestação de Contas do 3º Quadrimestre de 2018  
1854 do Ministério da Saúde. Solicitação de Esclarecimentos Preliminares ao Ministério da Saúde  
1855 referente ao RPCQ/3/2018; Parte 3 (Versão Final) - Análise das informações complementares  
1856 do Relatório Anual de Gestão 2018 do Ministério da Saúde e nas respostas da SPO/MS aos  
1857 pedidos de esclarecimentos solicitados pela COFIN/CNS e CNS na parte 2 da apresentação; e  
1858 PARTE 4 (Versão Preliminar) - complementação análise do RAG 2018. Detalhou que a análise  
1859 contempla: **a)** MS - Função 10 – Saúde Despesa Empenhada 2009-2018 (a preços correntes)  
1860 por subfunções; **b)** Despesa Empenhada 2009-2018 (a preços dez/2018): Atenção Básica: -  
1861 3,4%; Assistência Hospitalar e Ambulatorial: - 4,8%; Suporte Profilático e Terapêutico: 2,2%;  
1862 Vigilância Sanitária: - 4,5%; Vigilância Epidemiológica: 3%; Outras Subfunções: 7,7%; total: -  
1863 0,9%; **c)** MS - Função 10 – Saúde Despesa Empenhada 2009-2018 (em %) – destaque:  
1864 Atenção Básica: de 18,4% para 17,9%; Assistência Hospitalar e Ambulatorial: de 45,2% para  
1865 43,4%; e Outras funções: de 18,4% para 20,0%; **d)** MS - Função 10 – Saúde - Atenção  
1866 Básica/Assistência Hospitalar e Ambulatorial (em R\$ a preços de dez/2018 e em porcentagem)  
1867 – a razão AB/AHA apresentou um crescimento gradual e sistemático até 2014 (atingiu 42,8%),  
1868 mas estagnou em torno de 40,9% na média do período 2015-2018, sendo 40,7% em 2017 e  
1869 41,2% em 2018; **e)** MS - Execução da ação orçamentária 4705 - Apoio Financeiro para  
1870 Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência  
1871 Farmacêutica, no exercício de 2018 – execução adequada e liquidação intolerável; **f)** MS -  
1872 Transferência a Estados e Municípios 2018 - Execução Orçamentária e Financeira por  
1873 Modalidade de Aplicação - execução das transferências mais regulares; **g)** MS - Transferência  
1874 a Estados e Municípios 2018 - Despesa Paga e Empenhos a Pagar por Modalidade de  
1875 Aplicação - empenhos a pagar de transferência fundo a fundo foi proporcionalmente menor do  
1876 que nas transferências por convênio; **h)** Transferências Fundo a Fundo por Bloco, Grupo,  
1877 Região, UF. Valores Brutos – 2018 – custeio: maior parte para Média e Alta Complexidade -  
1878 MAC (65,3%, sendo 64% para municípios e 36% para estados; Atenção Básica– 27,3%, sendo  
1879 99% para municípios e 1% para Estados; vigilância - 3,42%; e total - 74,3% para municípios e  
1880 25,7% para estado; **i)** Transferências Fundo a Fundo por Bloco, Grupo, Região, UF. Valores  
1881 Brutos – 2018 – investimento - gestão do SUS: 0,18%; vigilância – 0,34%; atenção básica -  
1882 51,47%; atenção especializada - 48%; Município - 90,3% e Estado: 9,7%; **j)** Empenhos a Pagar  
1883 (em %) – queda desde 2009, brusca interrupção em 2017, queda em 2018 está relacionada a  
1884 EC 95 (mas não recuperou os níveis baixos); **k)** Relatório Anual de Gestão - Atividades de  
1885 controle encerradas em 2018 em Comparação com 2017 – Auditoria: - 41,4%; Verificação do  
1886 TAS: -47,2%; Visita Técnica: -85,3% ; Total: -57,3%. Objeto: Assistência farmacêutica: -63,2%;  
1887 Atenção básica: 0,5%; Gestão: -83,3%; Investimentos: -66,7%; Média e Alta Complexidade: -  
1888 28,9%; Vigilância em Saúde: -22,2%; e Cooperação Técnica; e Fora de bloco de  
1889 financiamento: -84,7%; **l)** Classificação das constatações das ações de controle (Auditoria e  
1890 Fiscalização) em 2018 – Comparação com 2017 - queda nas conformidades e não  
1891 conformidades; **m)** Quadros – 13 objetivos e 121 metas - que serão objeto de análise das  
1892 comissões do CNS – METAS realizadas em relação às previstas: acima ou igual – 57 – 47%;  
1893 abaixo: 53 – 44%; e sem informação: 11 – 9%. Por fim, mostrou quadro, aprovado  
1894 anteriormente, que faz a correspondência dos objetivos e as comissões afins. Conselheiro  
1895 **André Luiz de Oliveira** detalhou o quadro para que as comissões avaliassem os objetivos do  
1896 PPA de acordo com a temática e frisou a necessidade de definir prazo para essa análise e  
1897 retorno das comissões. Frisou que são treze Objetivos e 121 metas, sendo que o Objetivo 11  
1898 deve ser avaliado por todas as comissões. Após as explicações, foram pontuadas as  
1899 seguintes questões: preocupação com as ações de auditoria e fiscalização - desmonte e  
1900 enfraquecimento das ações de controle; redução do quadro de servidores, sem perspectivas de  
1901 concurso; falta de auditorias causa morte; cada comissão deve buscar as informações que  
1902 necessitem com as áreas temáticas; e sugestão – COFIN e SE/CNS auxiliem as coordenações  
1903 das comissões no direcionamento das dúvidas para as áreas técnicas do MS. **Deliberação: o**  
1904 **Pleno decidiu encaminhar a análise preliminar do RAG 2018 aos coordenadores das**  
1905 **comissões do CNS, para que contribuam nas áreas temáticas, com devolutiva até 5 de**  
1906 **agosto de 2019; e enviar para as comissões (coordenação) as respostas dadas pelas**  
1907 **áreas do MS, para subsidiar os trabalhos das comissões. ITEM 10 – COMISSÃO**  
1908 **INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT -**  
1909 **Processos e informes. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS**  
1910 **EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRA – REVALIDA**  
1911 **- Coordenação: conselheira Priscilla Viégas Barreto de Oliveira, da Mesa Diretora do CNS;**  
1912 **conselheira Nara Monte Arruda, coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS. Apresentação:**



1913 **Henry de Holanda Campos**, reitor da Universidade Federal do Ceará. **PROCESSOS E**  
1914 **INFORMES** – *Apresentação*: conselheira **Nara Monte Arruda**, coordenadora adjunta da  
1915 CIRHRT/CNS. Primeiro, a coordenador da CIRHRT/CNS apresentou os dezenove pareceres  
1916 elaborados pela Comissão, destacando, inicialmente as seguintes informações sobre os  
1917 processos: 17 instituições de direito privado; 11 faculdades; concentração em Minas Gerais e  
1918 São Paulo; concentração nas Regiões Sudeste e Nordeste; maior parte de cursos de  
1919 Enfermagem – 9; e maior parte de solicitação de reconhecimento – 15. Feito esse preâmbulo,  
1920 procedeu à apresentação dos pareceres. **Satisfatórios com recomendação** – total: 13. **1)**  
1921 Processo E-Mec 201711476. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos -  
1922 Sociedade Civil. UNAMA - Faculdade da Amazônia de Porto Velho. Rondônia. Porto Velho.  
1923 Odontologia. Autorização. **2)** Processo E-Mec 201710758. Pessoa Jurídica de Direito Privado -  
1924 Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Faculdade de Tecnologia, Educação Superior e  
1925 Profissional – FATESP. Piauí. Teresina. Enfermagem. Reconhecimento. **3)** Processo E-Mec  
1926 201714094. Pessoa Jurídica de Direito Público – Federal. Universidade Federal do Maranhão.  
1927 Maranhão. São Luís. Enfermagem. Reconhecimento. **4)** Processo E-Mec 201717162. Pessoa  
1928 Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Centro Universitário Atenas –  
1929 UNIATENAS. Minas Gerais. Paracatu. Enfermagem. Reconhecimento. **5)** Processo E-Mec  
1930 201709769. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou  
1931 Comercial. Centro Universitário Fametro – Unifametro. Ceará. Fortaleza. Psicologia.  
1932 Reconhecimento. **6)** Processo E-Mec 201714848. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com  
1933 fins lucrativos - Sociedade Civil. Faculdade Uninassau Caruaru. Pernambuco. Caruaru.  
1934 Enfermagem. Reconhecimento. **7)** Processo E-Mec 201715442. Pessoa Jurídica de Direito  
1935 Privado - Sem fins lucrativos - Associação de Utilidade Pública. Universidade do Vale do Rio  
1936 dos Sinos – Unisinos/Unidade Acadêmica: RS – Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Porto Alegre.  
1937 Psicologia. Reconhecimento. **8)** Processo E-Mec 201709678. Pessoa Jurídica de Direito  
1938 Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil . aculdade Cidade de João Pinheiro. Minas  
1939 Gerais. João Pinheiro. Enfermagem. Reconhecimento. **9)** Processo E-Mec 201802521.  
1940 Faculdade de Comunicação e Turismo de Olinda. Pernambuco. Olinda. Enfermagem.  
1941 Reconhecimento. **10)** Processo E-Mec 201805829. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem  
1942 fins lucrativos – Sociedade Civil. Universidade Paranaense – UNIPAR/ Unidade Acadêmica:  
1943 Francisco Beltrão. Paraná. Francisco Beltrão. Psicologia. Reconhecimento. **11)** Processo E-  
1944 Mec 201801729. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil.  
1945 Faculdade Kennedy de Belo Horizonte. Minas Gerais. Belo Horizonte. Enfermagem.  
1946 Reconhecimento. **12)** Processo E-Mec 201714295. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem  
1947 fins lucrativos – Sociedade Civil. Faculdade Panamericana de Ji-Paraná. Rondonia. Ji-Paraná.  
1948 Psicologia. Reconhecimento. **13)** Processo E-Mec 201817174. Pessoa Jurídica de Direito  
1949 Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Faculdades Integradas de  
1950 Bauru – FIB. São Paulo. Bauru. Psicologia. Reconhecimento. **Deliberação: os treze**  
1951 **pareceres satisfatórios com recomendações foram aprovados, em bloco, com uma**  
1952 **abstenção. Insatisfatórios** – Total: 6. **1)** Processo E-Mec 201809268. Pessoa Jurídica de  
1953 Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Centro Universitário  
1954 Estácio de Brasília – Estácio Brasília. Distrito Federal. Brasília. Odontologia. Autorização. **2)**  
1955 Processo E-Mec 201700520. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos -  
1956 Sociedade Mercantil ou Comercial. Centro Universitário de Desenvolvimento do Centro Oeste –  
1957 UNIDESC. Goiás. Luziânia. Odontologia. Autorização. **3)** Processo E-Mec 201811747. Pessoa  
1958 Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Faculdade  
1959 de Ciências Gerenciais. São Paulo. São Joaquim da Barra. Enfermagem. Autorização. **4)**  
1960 Processo E-Mec 201714062. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos –  
1961 Sociedade Civil. Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – UNISALESIANO/Campus  
1962 Araçatuba. São Paulo. Araçatuba. Psicologia. Reconhecimento. **5)** Processo E-Mec  
1963 201803481. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou  
1964 Comercial Faculdade Capixaba da Serra – Multivix Serra. Espírito Santo. Serra.  
1965 Psicologia. Reconhecimento. **6)** Processo E-Mec 201716822. Pessoa Jurídica de Direito  
1966 Privado - Sem fins lucrativos - Associação de Utilidade Pública. Faculdade Social da Bahia –  
1967 FSBA. Bahia. Salvador. Enfermagem. Reconhecimento. **Deliberação: os seis pareceres**  
1968 **insatisfatórios foram aprovados, em bloco, com uma abstenção.** Por fim, apresentou o  
1969 seguinte encaminhamento: devolução ao sistema e-Mec, por meio de Ofício, com base nas  
1970 diversas manifestações contrárias do CNS à autorização de cursos de graduação na área da  
1971 saúde na modalidade EaD, com base na Resolução nº 515, de 7 de outubro de 2016,  
1972 Resolução nº 569, de 08 de dezembro de 2017, Recomendação nº 069, de 13 de dezembro de

1973 2017 e Nota Pública contra a graduação a distância na área da saúde. **Deliberação: aprovada**  
1974 **a proposta de devolução por unanimidade. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE**  
1975 **DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**  
1976 **ESTRANGEIRA – REVALIDA - Apresentação: Henry de Holanda Campos,** reitor da  
1977 Universidade Federal do Ceará - UFC. Inicialmente, conselheira **Priscilla Viégas Barreto de**  
1978 **Oliveira** informou que o Ministério da Educação foi convidado a participar deste debate, mas  
1979 justificou, via ofício, a impossibilidade de indicação de representante. Em seguida, a  
1980 coordenadora da CIRHRT/CNS informou que a Comissão, na última reunião, 200ª RO,  
1981 realizada nos dias 4 e 5 de junho de 2019, discutiu o REVALIDA na atual conjuntura  
1982 governamental. Destacou que o debate contou com a presença de representantes da  
1983 Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação - SESU/MEC; da Associação  
1984 Brasileira de Educação Médica - ABEM; da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de  
1985 Medicina - DENEM; da Rede de Médicos e Médicas Populares - RMMP; e da Associação de  
1986 Médicos Formados no Exterior - AMBMFE. Por outro lado, a Secretaria de Gestão, Trabalho e  
1987 Educação na Saúde - SEGTES/MS também foi convidada, mas não participou da discussão.  
1988 Feitas essas considerações, foi aberta a palavra ao reitor da UFC, **Henry de Holanda**  
1989 **Campos,** fez uma apresentação detalhada sobre a Revalidação de Diplomas Médicos  
1990 Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira – REVALIDA, desde sua  
1991 concepção. Relatou que o processo de revalidação de diplomas médicos foi oficializado por  
1992 meio da Portaria Interministerial nº 383, de 19 de fevereiro de 2009, envolvendo MEC-SESU,  
1993 MS-SGTES, MRE, ANDIFES, Procuradoria Federal (UFG) e dezesseis universidades públicas.  
1994 Destacou que o processo foi iniciado em março de 2008 e as bases estabelecidas em  
1995 sucessivas reuniões com CFM, AMB, ANDIFES, ABRUEM, CNE/CSE, conjunto de  
1996 universidades públicas, CNS, parlamentares, movimentos sociais, MPF. Além disso, em  
1997 interlocução com brasileiros graduados no exterior e entidades representativas. Salientou que  
1998 naquele momento observava-se a oportunidade de Rever o Processo de Revalidação de  
1999 Diplomas à Luz das Diretrizes Curriculares Nacionais. Tratava-se de oportunidade para  
2000 construir e avaliar processo de revalidação isonômico para todos os graduados por  
2001 estabelecimentos estrangeiros de ensino superior. Também destacou que era preciso inserir o  
2002 processo de revalidação de diplomas no conjunto de políticas de estado para a educação nas  
2003 profissões (de saúde). Também salientou que se observada a importância da Avaliação como  
2004 Balizadora do Treinamento, da Competência do Aprendiz. Sinalizou que havia a clara  
2005 necessidade de estabelecer-se nos hospitais de ensino, padrões e ferramentas de avaliação de  
2006 desempenho que indicassem de modo claro os estudantes aptos a assumir o (s) próximo (s)  
2007 patamar (es) superiores de responsabilidade e independência. Para ilustrar, mostrou quadro  
2008 sobre a demanda de Revalidação de Diplomas de Curso Médico, UFC, Edital de 2008,  
2009 destacando que foram 726 candidatos, sendo 717 de Medicina, a maioria da Bolívia (449),  
2010 Argentina (155), Cuba (29), entre outros. Destacou as bases do Projeto foram: novo paradigma  
2011 para o modelo de formação médica; transformações curriculares; novas concepções sobre as  
2012 práticas acadêmicas; novos conceitos: profissionalismo, papel balizador da avaliação. Com  
2013 isso, foram consideradas novas concepções sobre as práticas acadêmicas, considerando o  
2014 perfil “cinco estrelas” dos profissionais de saúde para aqueles: cuidador, capacidade de  
2015 decisão, comunicador, líder na comunidade, gestor, buscando o profissionalismo. Explicou que,  
2016 para definição da proposta, trabalhou-se com o conceito de Matriz (*Blueprint*), considerando:  
2017 Perfil do Profissional (central), Conjunto de competências, Objetivos de aprendizagem e  
2018 Objetivos instrucionais. Explicou, para construção da Matriz de Correspondência Curricular,  
2019 considerou-se "conceitos introduzidos pelas DCN impõem a reorientação de todos os  
2020 processos que definam aptidão ao exercício profissional, enfatizando a importância da  
2021 avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes, de onde decorre a necessidade de torná-la  
2022 elemento central no processo de revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior"  
2023 (Subcomissão de Revalidação de Diplomas, abril de 2009). Para construção da matriz,  
2024 considerou-se que: matriz diferente de currículo; DCN como referência; LDB – flexibilização:  
2025 opção por poucas “amarras” temporais (7200 h, 35% de carga horária no Internato); e  
2026 conteúdos: reflexo do percurso acadêmico e oportunidades para aquisição de conhecimentos,  
2027 conteúdos e habilidades (competência). Nesse processo, dezesseis universidades assinaram  
2028 termo de compromisso com o MS e partir iniciou-se a especificação de conteúdos, a definição  
2029 de competências, especificação de habilidades e definição dos níveis de desempenho.  
2030 Considerando as diretrizes curriculares nacionais, a matriz de correspondência curricular e as  
2031 diretrizes/instrumentos de avaliação definiriam o que seria aptidão para o exercício profissional.  
2032 Para Avaliação e objetivos da avaliação, utilizou o conceito SMAR(T)F: e específico; descreve o

2033 desempenho; Mensurável; Alcançável; Relevante; e (Targeted) Focado para o nível de  
2034 aprendizado. Também se considerou as Categorias de Objetivos Instrucionais: Domínio  
2035 Cognitivo (Bloom, 1956): avaliação, síntese, análise, aplicação, compreensão e conhecimento  
2036 da terminologia. Como orientação, considerou-se a pirâmide de Miller GE (faz, mostra como,  
2037 sabe como e sabe), com prioridade “sabe como” (manejo de pacientes). Disse que, ao final do  
2038 processo, a proposta de avaliação (feita até 2015), foi a seguinte: a) Prova escrita: 2 sessões -  
2039 50 questões; 5 discursivas, em cada sessão - 4 h de duração, 3 h de intervalo; e b) Avaliação  
2040 de habilidades clínicas: 10 estações, 2 examinadores em cada; *check list*. Salientou que, no  
2041 início, o nível de aprovação era baixo, mas progressivamente foi melhorando, considerando a  
2042 qualidade de formação. Finalizando, detalhou a matriz de correspondência curricular para fins  
2043 de revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior, com destaque para habilidades  
2044 específicas e níveis de desempenho esperado (compreender e aplicar conhecimento teórico,  
2045 Realizar sob supervisão e realizar autonomamente). Fechou destacando o caráter técnico do  
2046 REVALIDA, isento, com base em conceitos educacionais vigentes e manifestou preocupação  
2047 com a possibilidade de delegar essa avaliação para as universidades, pois algumas instituições  
2048 não estão preparadas para isso. A coordenadora da CIRHRT pontuou alguns aspectos para  
2049 justificar o debate desta pauta na Comissão e no Plenário do CNS. Recuperou que, em  
2050 novembro de 2018, após a eleição presidencial, encerrou-se o acordo de cooperação entre  
2051 Brasil e Cuba, gerando a saída abrupta dos médicos cubanos, devido à discordância do seu  
2052 governo às novas exigências feitas pelo Brasil, como a necessidade dos profissionais se  
2053 submeterem ao Revalida (última prova ocorreu em 2017). Nessa conjuntura, mais de dois mil  
2054 médicos cubanos optaram por permanecer no Brasil, por razões diversas, mas estão proibidos  
2055 de exercer medicina até realizarem o exame do Revalida, e isso impacta diretamente em suas  
2056 condições de vida e sobrevivência, enquanto se encontram na condição de refugiados. Além  
2057 disso, destacou a publicação da Portaria nº 17, de 15 de maio de 2019, que institui GT com a  
2058 finalidade de promover estudos e propor medidas visando o aperfeiçoamento do processo de  
2059 revalidação dos diplomas de graduação em Medicina, mas com representação questionável,  
2060 uma vez que integram o referido GT apenas dois representantes da Secretaria de Educação  
2061 Superior do MEC (SESU/MEC), dois representantes do Instituto Nacional de Educação e  
2062 Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e um representante do Conselho Federal de  
2063 Medicina (CFM). Também citou a Portaria nº 18, de 16 de maio de 2019, que designa membros  
2064 da Secretaria de Educação Superior do MEC (SESU/MEC), nos termos da Portaria nº 17/2019,  
2065 mas deixa dúvidas quanto a sua real finalidade, uma vez que designa a Secretária de Gestão  
2066 do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), como membro da SESU, além de incluir  
2067 três membros convidados, representantes da Associação Brasileira de Educação Médica  
2068 (ABEM), da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Academia Nacional de Medicina. Diante  
2069 desses aspectos, destacou que a Comissão aprofundou o debate desse tema e também  
2070 aprovou recomendação *ad referendum* a ser apreciada no CNS. Além disso, entendeu a  
2071 necessidade de debater no Plenário do CNS. Frisou a importância do compromisso do MEC e  
2072 do MS com os fatos/dados reais acerca do REVALIDA para nortear a construção de processo  
2073 democrático de revalidação de diplomas, valorizando a formação e graduação em todos os  
2074 aspectos e em todos os países. Concluída a explanação, foi aberta a palavra ao Pleno para  
2075 considerações. Nas falas, foram levantados os seguintes aspectos: é verdadeira a informação  
2076 sobre o baixo índice de aprovação no REVALIDA (apenas 5%, em 2017)?; o teste do  
2077 progresso pode ser aplicado no Brasil?; qual a origem do processo de avaliação, qual a sua  
2078 abrangência e o órgão responsável pela fiscalização?; como é tratada a questão da urgência e  
2079 emergência?; o último exame nacional de revalidação de diplomas ocorreu em 2017 e esse  
2080 tema não tem sido tratado de forma responsável nos últimos anos; neste debate, é preciso  
2081 levar em conta a dificuldade enfrentada pelos municípios para provimento de médicos;  
2082 CONASEMS defende a realização de exame para avaliar os profissionais, mas entende que é  
2083 preciso maior celeridade nesse processo; é preciso posição do CNS sobre a ausência  
2084 recorrente do MEC em debates importantes no Conselho e suas comissões; preocupação com  
2085 a instituição de GT para debater o tema sem a participação da sociedade civil; o REVALIDA é  
2086 importante, mas não a solução para fixar ou prover profissionais – para tanto, são necessárias  
2087 políticas de Estado como o Programa Mais Médicos; preocupação com a situação de lobby  
2088 para formação de médicos no exterior e o número de médicos formados fora do país (mais de  
2089 110 mil), em instituições questionáveis, sem hospital para prática, por exemplo; o CNS deve  
2090 participar/acompanhar o GT instituído com a finalidade de tratar do processo de revalidação  
2091 dos diplomas de graduação em Medicina; as universidades não conseguem formar  
2092 profissionais para responder as necessidades de saúde da população; qual alternativa para

2093 avaliação – é possível utilizar o modelo do REVALIDA e descentralizar a avaliação?; os  
2094 profissionais médicos formados pelas instituições de ensino do Brasil suprem a necessidade  
2095 desses profissionais no país?; é preciso pautar debate sobre a formação e registro profissional  
2096 de médicos; e é importante retomar o REVALIDA mas sem o domínio corporativo, com matriz e  
2097 competências desenvolvidas no Programa mais Médicos, com acompanhamento do MS, MEC  
2098 e CNS. **Retorno da mesa.** O reitor da UFC, **Henry de Holanda Campos**, pontuou os  
2099 seguintes aspectos a partir das falas do Pleno: o processo de Revalida tem sido  
2100 descaracterizado nos últimos; o CFM segue agenda privatista e defende processo de  
2101 acreditação de escolas que não pode ser legitimado (acreditação não significa profissionais  
2102 qualificados); o teste do progresso é uma excelente alternativa porque é uma avaliação  
2103 formativa (deve ser feito ao longo do curso para possibilitar correção de rumo); o REVALIDA  
2104 não foi proposto como medida de provimento e fixação de médicos – fazia parte de conjunto de  
2105 política de formação de profissionais de saúde (Brasil servia de modelo para o mundo); no  
2106 governo da Presidente Dilma Rousseff, houve expansão da rede de ensino superior, com  
2107 criação de escolas médicas, principalmente em locais remotos e com vazios assistenciais e a  
2108 iniciativa teve resultados positivos; a projeção era de alcançar número suficiente de médicos no  
2109 Brasil até 2020, mas permaneceria o problema da concentração; o REVALIDA teve grande  
2110 alcance, com envolvimento de mais de 50 universidades e fiscalização de provas pelo CFM e  
2111 pela AMB; áreas de urgência e emergência eram contempladas na avaliação das habilidades  
2112 clínicas; sempre houve isenção de taxa da prova para quem não podia pagar; a partir de 2015,  
2113 iniciou-se processo de enfraquecimento e desmonte do processo de avaliação; o exame não  
2114 pode voltar para as universidades sob o risco da isonomia do país; o país não pode oferecer  
2115 médicos não qualificados à população, o que agrava a situação dos vazios assistenciais; é  
2116 preciso enfrentar o lobby para formação de médicos no exterior, com recrutamento de  
2117 candidatos - cidade de Cocha Bamba vive disso; o número máximo de inscrição no REVALIDA  
2118 foi 7 mil; nas últimas edições do REVALIDA, o índice de aprovação na primeira fase chegou a  
2119 50% e, na segunda, alcançou 90% de aprovação; número de 110 mil profissionais médicos  
2120 formados no exterior é superestimado; parceria entre MEC e MS funcionou nos governos do  
2121 Presidente Lula e da Presidente Dilma e é primordial, pois esses dois órgãos são responsáveis,  
2122 respectivamente, pela formação e ordenação. Na sequência, conselheira **Priscilla Viégas**  
2123 **Barreto de Oliveira** sintetizou os encaminhamentos alinhados às sugestões da CIRHRT: 1)  
2124 apreciar a recomendação *ad referendum* sobre o Revalida no item das comissões; 2) propor a  
2125 realização de audiência pública sobre o REVALIDA; e 3) solicitar informações e respostas à  
2126 SGTES/MS e ao MEC sobre o REVALIDA. Aproveitou para esclarecer que a CIRHRT/CNS  
2127 entendeu que o CNS não deveria compor o Grupo, mas acompanhar os debates deste espaço  
2128 e aprofundar as discussões a respeito no Pleno do CNS. Em que pese esse esclarecimento,  
2129 conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** defendeu a participação do Conselho no GT. Não  
2130 havendo consenso sobre este ponto, a coordenadora da mesa sinalizou que seria necessário  
2131 colocar em votação a proposta. Conselheira **Nara Monte Arruda** esclareceu que o Grupo foi  
2132 instituído em maio de 2019, com vigência de 60 dias, ou seja, até julho de 2019. Por essa  
2133 razão, a Comissão avaliou que o CNS não deveria solicitar a participação porque não esteve  
2134 presente nas reuniões do Grupo já realizadas. Após novas ponderações, a coordenadora da  
2135 mesa sintetizou os encaminhamentos, considerando a proposta de adendo “utilizar a Lei de  
2136 Acesso à Informação - LAI, se necessário, para assegurar a resposta do MS e do MEC aos  
2137 questionamentos do Pleno sobre o REVALIDA”. **Deliberação: o Pleno aprovou, com uma**  
2138 **abstenção, as seguintes propostas: 1) a Recomendação Ad Referendum, elaborada pela**  
2139 **CIRHRT/CNS, ao Ministério da Educação - MEC sobre o Exame Nacional de Revalidação**  
2140 **de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira –**  
2141 **Revalida seria apreciada no último item da pauta; 2) a CIRHRT articularia com a Câmara**  
2142 **dos Deputados, na Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público e na**  
2143 **Comissão de Educação, a realização de audiência pública sobre o REVALIDA; 3) serão**  
2144 **solicitadas informações e respostas à SGTES/MS e ao MEC sobre o REVALIDA,**  
2145 **utilizando, se necessário, a Lei de Acesso à Informação – LAI.** Seguindo, conselheira  
2146 **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira** pontuou outros assuntos debatidos na última reunião da  
2147 Comissão, com os devidos encaminhamentos: extinção da mesa nacional de negociação do  
2148 SUS – proposta: apreciar a recomendação elaborada pela Comissão (item das comissões),  
2149 articular audiência pública na Câmara dos Deputados, especificamente na Comissão de  
2150 Trabalho, Administração e Serviço Público sobre a extinção da Mesa e pautar o tema no Pleno  
2151 com ampla participação do FENTAS; e Programa Saúde na Hora – repautar o tema para  
2152 debate. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** solicitou a definição de agenda com o

2153 Ministério da Saúde para debater carreira do SUS e relações de trabalho no Sistema. Em  
2154 resposta, conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira** disse que não foi possível  
2155 aprofundar a discussão sobre as relações de trabalho no SUS no âmbito da CIRHRT por conta  
2156 do grande volume de pautas da Comissão e da ausência de convidados para tratar dessa  
2157 temática. Dito isso, passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno decidiu: apreciar a**  
2158 **recomendação sobre a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS - MNNP/SUS,**  
2159 **elaborada pela Comissão, no último item da pauta; delegar à CIRHRT a articulação na**  
2160 **Câmara dos Deputados, especificamente na Comissão de Trabalho, Administração e**  
2161 **Serviço Público (Deputada Marcivânia Flexa), pra realização de audiência pública sobre a**  
2162 **extinção da MNNP/SUS; pautar o tema da MNNP/SUS no Pleno do CNS em momento**  
2163 **oportuno; definir, em conjunto com o Ministério da Saúde, uma agenda política para**  
2164 **debater a extinção da MNNP/SUS; e debater novamente na Comissão o Programa Saúde**  
2165 **na Hora, com olhar acerca do impacto na saúde do trabalhador e trabalhadora e**  
2166 **posteriormente pautar o tema no Pleno do CNS.** Definido esse ponto, às 13h10, a mesa  
2167 suspendeu para o almoço. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras na  
2168 manhã do segundo dia de reunião: *Titulares* - **Albanir Pereira Santana**, Federação Nacional  
2169 das Apaes – FENAPAES; **Altamira Simões dos Santo de Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo  
2170 – Saúde da População Negra e Aids; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação  
2171 Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras – SUPERANDO; **André Luiz de**  
2172 **Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Magno de Sousa**  
2173 **Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde;  
2174 **Delmiro José Carvalho Freitas**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Dulcilene Silva**  
2175 **Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais – FBH; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de  
2176 Serviço Social – CFESS; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**, Conselho Federal de Enfermagem –  
2177 COFEN; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores –  
2178 CONAM; **Gerídice Lorna Andrade de Moraes**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças  
2179 Similares – ABRAZ; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas –  
2180 FNO; **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-  
2181 Administrativos das Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Lais Alves**  
2182 **de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos**  
2183 **Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal**  
2184 **Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Luiz Carlos Medeiros de**  
2185 **Paula**, Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes – FENAD; **Marisa Furia**  
2186 **Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**,  
2187 Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério  
2188 da Saúde; **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira dos Terapeutas  
2189 Ocupacionais – ABRATO; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos  
2190 Enfermeiros – FNE; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e  
2191 Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Solimar Vieira da Silva Mendes**,  
2192 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS;  
2193 **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA; **Valdenir**  
2194 **Andrade França**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB;  
2195 e **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM. *Suplentes* -  
2196 **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV;  
2197 **Alex Gomes da Motta**, Pastoral da Saúde Nacional; **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho  
2198 Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Casemiro dos Reis Júnior**,  
2199 Federação Médica Brasileira – FMB; **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos Portadores  
2200 de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Debora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos  
2201 Farmacêuticos – FENAFAR; **Evalcilene Costa dos Santos**, Movimento Nacional das Cidades  
2202 Positivas – MNCP; **Fabiana Raynal Floriano**, Ministério da Saúde; **Francisca Valda da**  
2203 **Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN; **Geordeci Menezes de Souza**, Central  
2204 Única dos Trabalhadores – CUT; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira de  
2205 Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP; **Giancarlo de Montemor Quagliarello**,  
2206 Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Jacildo de Siqueira Pinho**, Confederação Nacional  
2207 dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar no Brasil – CONTRAF BRASIL;  
2208 **Joana Indjaian Cruz**, Associação de Controle do Tabagismo Promoção da Saúde e dos  
2209 Direitos Humanos – ACT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS; **Karla Larica**  
2210 **Wanderley**, Ministério da Saúde; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos  
2211 Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos  
2212 Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDNAPI/FS; **Manuelle Maria Marques Matias**,

2213 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação  
2214 Nacional da Indústria – CNI; e **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de  
2215 Farmácia - CFF. Retomando, às 14h10, a mesa foi composta para o item 11 da pauta. **ITEM 11**  
2216 **– 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA E 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL**  
2217 **DE SAÚDE -** *Coordenação:* conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e  
2218 conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. **6ª CONFERÊNCIA**  
2219 **NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA -** *Apresentação:* **Sílvia Waiãpi**, secretária da SESAI; e  
2220 **Zaira Tronco Salerno**, da Comissão Organizadora da 6ª CNSI. Iniciando, o Presidente do  
2221 CNS informou que no dia anterior a Mesa Diretora do CNS reuniu-se com a secretária da  
2222 SESAI, **Sílvia Waiãpi**, para tratar sobre a 6ª CNSI. Como resultado do debate, a Secretária  
2223 comprometeu-se a participar da 319ª Reunião Ordinária e a apresentar, na reunião ordinária do  
2224 mês de agosto ou setembro de 2019, a estrutura e o plano de trabalho da Secretaria. Também  
2225 disse que está negociando com o Secretário de Atenção Primária à Saúde a vinda dele para  
2226 apresentar o plano de trabalho da Secretaria. Feitas essas considerações iniciais, abriu a  
2227 palavra à Secretária da SESAI/MS, **Sílvia Nobre Waiãpi**, que iniciou sua fala agradecendo o  
2228 convite para participar da reunião do CNS, órgão máximo de deliberação do SUS. Falou um  
2229 pouco da sua formação, explicando que integra o Exército Brasileiro e possui experiência em  
2230 gestão pública, com diversas formações na área da saúde, além de especialização em  
2231 política e estratégia. Disse que foi a primeira mulher indígena a integrar o Exército Brasileiro,  
2232 tendo entrado na corporação para o corpo de saúde e integra o Colégio Brasileiro de  
2233 Medicina de Desastres e Catástrofes (CBMDC). Antes de assumir a Secretaria, foi Chefe do  
2234 Serviço de Medicina Física e Reabilitação em Fisioterapia do Hospital Central do Exército.  
2235 Fisioterapeuta integrante da equipe pioneira do Brasil com formação específica de  
2236 emergência em defesa química, biológica, radiológica e nuclear do Exército Brasileiro  
2237 habilitados para ações em caso de sinistros ou atentados bioterroristas. Feitas essas  
2238 considerações iniciais, falou sobre a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, avaliando  
2239 que será um marco para a história e luta dos povos indígenas e espera contar com o  
2240 envolvimento de todos os setores da sociedade para alcançar esse objetivo. Disse que o  
2241 Ministro de Estado da Saúde defende que a Conferência seja um marco de gestão e  
2242 participação social e, para isso, solicitou o apoio do Conselho. Por fim, informou que seria  
2243 realizada reunião no dia 25 de julho para pactuar o planejamento a fim de assegurar a  
2244 realização da Conferência. Conselheira **Zaira Tronco Salerno** saudou a Secretária e  
2245 manifestou satisfação com a informação de que haverá reunião para redefinir ações e garantir  
2246 a realização da Conferência. Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** saudou a Secretária  
2247 e manifestou o seu orgulho com a realização da 6ª CNSI, coordenada por uma mulher  
2248 indígena. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** manifestou sua satisfação com a presença  
2249 da Secretária e com a notícia de que está assegurada a realização da Conferência, o que  
2250 reforça o compromisso de todos com o processo preparatório. Conselheiro **Moysés**  
2251 **Longuinho Toniolo de Souza** cumprimentou a Secretária e agradeceu a reafirmação do  
2252 compromisso com a realização da Conferência. Também solicitou a presença dela nos debates  
2253 sobre questões relacionadas à saúde indígena. Conselheira **Adolorata Aparecida Bianco**  
2254 **Carvalho** solicitou atenção especial da SESAI/MS para o manual, em elaboração, sobre  
2255 educação em saúde nas comunidades indígenas, com destaque para o controle de zoonose.  
2256 Conselheira **Elaine Junger Pelaez** destacou a importância da reafirmação do compromisso  
2257 com a realização da Conferência e a manutenção da SESAI/MS no organograma do Ministério.  
2258 Conselheiro **Valdenir Andrade França** destacou que a 6ª CNSI será um espaço democrático  
2259 de debate das questões de saúde indígena e sinalizou a disposição dos povos indígenas para  
2260 contribuir com as ações da Secretaria. As falas seguintes reiteraram a importância da  
2261 realização da 6ª CNSI e do fortalecimento da SESAI/MS. **Retorno da mesa.** Secretária da  
2262 SESAI/MS, **Sílvia Nobre Waiãpi**, agradeceu as falas de apoio às ações de saúde indígena e  
2263 destacou que é preciso dar voz às mulheres indígenas e enfrentar situações vividas por elas  
2264 tais como estupro coletivo, meninas levadas a garimpos e outras mulheres esquecidas.  
2265 Agradeceu o Conselho pela acolhida e reafirmou o seu compromisso com a saúde indígena e a  
2266 6ª CNSI. Ao final dessa fala, a Secretária foi aplaudida pelo Plenário. **Encaminhamento:**  
2267 **pautar apresentação da nova estrutura da SESAI e do planejamento das ações e serviços**  
2268 **para o próximo período na reunião de agosto ou setembro, a depender da agenda da**  
2269 **Secretária Sílvia Waiãpi. A próxima reunião da Comissão Organizadora da 6ª CNSI será**  
2270 **realizada em 25 de julho de 2019. 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – 16ª CNSI -**  
2271 *Apresentação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da comissão organizadora da 16ª  
2272 Conferência; **Ana Carolina Dantas**, secretária executiva do CNS; e conselheira **Francisca**

2273 **Valda da Silva**, da comissão organizadora da 16ª Conferência. A Secretária Executiva do  
2274 CNS, **Ana Carolina Dantas**, informou o Pleno sobre o processo de licitação para contratar  
2275 empresa para realização da Conferência. Disse que o processo de licitação fora aberto e, após  
2276 seleção de uma das empresas candidatas, a SAA passou à análise da documentação para  
2277 efetuar a contratação. Sendo assim, o processo de escolha da empresa possivelmente seria  
2278 concluído na próxima semana. Também informou que a Comissão de Relatoria da 16ª  
2279 Conferência se reuniria nos dias 17 e 18 de julho para concluir a sistematização das propostas  
2280 das conferências estaduais. Na sequência, conselheira **Francisca Valda da Silva** fez o  
2281 seguinte informe da Comissão de Relatoria da 16ª CNS: **1) Consolidação dos Relatórios das**  
2282 **Etapas Estaduais** - na 4ª Reunião, de 26 a 28/06/19, a Comissão de Relatoria realizou a  
2283 síntese dos relatórios de 21 etapas estaduais realizadas até 15 de junho. Os relatórios dos 6  
2284 estados restantes serão consolidados na próxima reunião, dias 17 e 18 de julho de 2019; e **2)**  
2285 **Pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª**  
2286 **Conferência Nacional de Saúde”**. Seleção dos monitores: foi realizada chamada pública para  
2287 seleção de 80 estudantes voluntários para realização da pesquisa durante a etapa nacional da  
2288 16ª CNS, com 197 inscritos, de 24 estados. Coleta de informações das etapas estaduais,  
2289 municipais e livres: está sendo enviado formulário eletrônico (FORMSUS) para obter  
2290 informações sobre o perfil dos participantes destas etapas, para que o resultado seja divulgado  
2291 durante a Etapa Nacional. 80 estagiários da pesquisa que ajudarão na coleta de dados da  
2292 etapa nacional. Neste ponto de pauta não houve encaminhamentos. **ITEM 12 – COMISSÕES E**  
2293 **ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Câmaras Técnicas. Coordenação de Plenária de**  
2294 **Conselhos de Saúde - Coordenação:** conselheira **Elaine Junger Pelaez**, da Mesa Diretora do  
2295 CNS; e conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS.  
2296 **Composição das comissões do CNS –** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** relatou como  
2297 se deu o processo de indicação do segmento dos gestores/prestadores de serviço para compor  
2298 as comissões do CNS. Disse que foi feito levantamento dos pleitos para as comissões e foi  
2299 solicitada a inscrição dos interessados. Destacou que a relação das entidades inscritas foi  
2300 entregue, com destaque para aquelas que não compõem o CNS (mais de 20% de entidades de  
2301 representação externa). Ao final desse processo, disse que todas as comissões pactuadas,  
2302 com exceção da Comissão de Saúde Suplementar. Feitas essas considerações, procedeu à  
2303 leitura das indicações apresentadas pelo segmento dos gestores/prestadores de serviço para  
2304 as comissões do CNS, com exceção da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar:  
2305 **Comissão Intersetorial de Saúde Bucal:** Ministério da Saúde: - Titular; Confederação  
2306 Nacional do Comércio – CNC: Titular; Ministério da Saúde: Suplente; Ministério da Saúde:  
2307 Suplente; Ministério da Saúde: Suplente; Ministério da Saúde: Suplente. **Comissão**  
2308 **Intersetorial de Saúde Indígena –** Conselho Nacional de Secretarias de Saúde – CONASS:  
2309 coordenação adjunta; Ministério da Saúde: Titular; Ministério da Saúde: Titular; Conselho  
2310 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS: Titular. **Comissão Intersetorial**  
2311 **de Saúde da Mulher:** Ministério da Saúde: Titular; Confederação Nacional do Comércio –  
2312 CNC: Titular; Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres – SNPM: Titular; Associação  
2313 Brasileira de Planos de Saúde - ABRAMGE: Suplente. **Comissão Intersetorial de Vigilância**  
2314 **em Saúde:** Ministério da Saúde: Titular; Conselho Nacional de Secretarias de Saúde –  
2315 CONASS: Titular; Ministério da Saúde: Suplente; Conselho Nacional de Secretarias Municipais  
2316 de Saúde – CONASEMS: Suplente; Confederação Nacional da Indústria – CNI: Suplente;  
2317 Confederação Nacional de Saúde – CNSaúde: Suplente; Instituto Lado a Lado pela Vida:  
2318 Suplente. **Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição:** Ministério da Saúde: Titular;  
2319 Ministério da Saúde: Titular Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde –  
2320 CONASEMS: Titular; Ministério da Saúde: Suplente; Ministério da Saúde: Suplente; Ministério  
2321 da Saúde: Suplente; Ministério da Saúde: Suplente; Confederação Nacional da Indústria – CNI:  
2322 Suplente; Confederação Nacional do Comércio – CNC: Suplente. **Comissão Intersetorial de**  
2323 **Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência:** Ministério da Saúde: Titular; Ministério da  
2324 Saúde: Titular; Ministério da Saúde: Titular; Ministério da Saúde: Suplente; Ministério da  
2325 Saúde: Suplente; Ministério da Saúde: Suplente; Ministério da Saúde: Suplente; Ministério da  
2326 Saúde: Suplente; Ministério da Saúde: Suplente. **Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde**  
2327 **de Pessoas com Patologias:** Ministério da Saúde: Titular; Ministério da Saúde: Titular;  
2328 Confederação Nacional do Comércio – CNC: Titular. **Comissão Intersetorial de Atenção à**  
2329 **Saúde nos Ciclos de Vida.** Ministério da Saúde: Titular; Ministério da Saúde: Titular; Ministério  
2330 da Saúde: Titular; Ministério da Saúde: Suplente; Associação Brasileira de Planos de Saúde –  
2331 ABRAMGE: Suplente. **Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência**  
2332 **Farmacêutica:** Ministério da Saúde: Titular; Conselho Nacional de Secretarias de Saúde –

2333 CONASS: Titular; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS:  
2334 Titular; Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil – ALFOB: Titular;  
2335 Ministério da Saúde: Suplente; Confederação Nacional da Indústria – CNI: Suplente;  
2336 Confederação Nacional do Comércio – CNC: Suplente; Instituto Lado a Lado pela Vida:  
2337 Suplente; Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – INTERFARMA: Suplente.  
2338 **Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS:**  
2339 Ministério da Saúde: Titular; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde –  
2340 CONASEMS: Titular; Ministério da Saúde: Titular. **Comissão Intersetorial de Orçamento e**  
2341 **Financiamento:** Ministério da Saúde: Titular; Conselho Nacional de Secretarias de Saúde –  
2342 CONASS: Titular; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS:  
2343 Titular Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa – INTERFARMA: Suplente Ministério  
2344 da Saúde: Titular. **Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade -**  
2345 Ministério da Saúde: Titular; Associação Brasileira de Planos de Saúde – ABRAMGE: Titular;  
2346 Ministério da Saúde: Suplente Ministério da Saúde: Suplente; Ministério da Saúde: Suplente.  
2347 **Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares**  
2348 **em Saúde -** Ministério da Saúde: Titular; Ministério da Saúde: Titular; Ministério da Saúde:  
2349 Suplente; Ministério da Saúde: Suplente; Ministério da Saúde: Suplente; Associação Brasileira  
2350 de Planos de Saúde – ABRAMGE: Suplente. **Comissão Intersetorial de Recursos Humanos**  
2351 **e Relações de Trabalho -** Ministério da Saúde: Titular; Ministério da Saúde: Titular; Ministério  
2352 da Saúde: Titular; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS:  
2353 Titular; Conselho Nacional de Secretarias de Saúde – CONASS: Titular; Confederação  
2354 Nacional do Comércio – CNC: Titular; Associação Brasileira de Empresas Prestadoras de  
2355 Serviços de Fisioterapia – ABEFI: Titular; Ministério da Saúde: Suplente; Ministério da Saúde:  
2356 Suplente; Ministério da Saúde: Suplente; Ministério da Saúde: Suplente; Federação Brasileira  
2357 de Hospitais – FBH: Suplente; Confederação Nacional de Saúde – CNSaúde: Suplente.  
2358 **Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora -** Ministério da Saúde:  
2359 Titular; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS: Titular  
2360 Confederação Nacional da Indústria – CNI: Titular; Conselho Nacional de Secretarias de Saúde  
2361 – CONASS: Suplente; Confederação Nacional do Comércio – CNC: Suplente; Associação  
2362 Brasileira de Empresas Prestadoras de Serviços de Fisioterapia – ABEFI: Suplente. **Comissão**  
2363 **Intersetorial de Saúde Mental -** Ministério da Saúde: Titular; Confederação Nacional da  
2364 Indústria – CNI: Titular; Ministério da Saúde: suplente. Sobre as indicações, destacou que a  
2365 Comissão de Patologias possui apenas três vagas para os gestores/prestadores e solicitou que  
2366 o CNS discuta essa situação posteriormente. **Deliberação: aprovadas, por unanimidade, as**  
2367 **indicações apresentadas pelo segmento dos gestores/prestadores de serviço para as**  
2368 **comissões do CNS, com exceção da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar, que**  
2369 **será apresentada posteriormente. Os segmentos dos usuários e dos trabalhadores de**  
2370 **saúde apresentarão as indicações na próxima reunião do CNS. As entidades externas**  
2371 **interessadas poderão participar da reunião do Fórum de Entidades de Usuários e do**  
2372 **Fórum de Entidades de Trabalhadores da Saúde. 1) Recomendação nº 026, de 17 de junho**  
2373 **de 2019. O texto é o seguinte: Recomendação nº 026, de 17 de junho de 2019. O Presidente**  
2374 **do Conselho Nacional de Saúde - CNS, no uso de suas competências regimentais e**  
2375 **atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de**  
2376 **setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº**  
2377 **141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as**  
2378 **disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação**  
2379 **brasileira correlata; e considerando o Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que define a**  
2380 **saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e**  
2381 **econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso**  
2382 **universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e**  
2383 **recuperação; considerando que o Brasil é o único país do mundo com mais de cem milhões de**  
2384 **habitantes que dispõe de um sistema de saúde público, universal e gratuito, o Sistema Único**  
2385 **de Saúde (SUS), criado por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; considerando**  
2386 **dados de 2009, da Organização Mundial de Saúde (OMS), que indicavam existir disparidades**  
2387 **na proporção de médicos para cada mil habitantes entre países que possuem sistemas de**  
2388 **saúde públicos universais e que, dentre eles, o Brasil (1,8 médicos por mil habitantes)**  
2389 **encontrava-se em desvantagem em relação ao Canadá (2,5 médicos por mil habitantes), Reino**  
2390 **Unido (2,8 médicos por mil habitantes), Espanha (3,8 médicos por mil habitantes), Portugal (4,4**  
2391 **médicos por mil habitantes) e Cuba (7,5 médicos por mil habitantes); considerando a Portaria**  
2392 **Interministerial nº 278, de 17 de março de 2011, que instituiu o Exame Nacional de Revalidação**



2393 de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida),  
2394 que tem como finalidade subsidiar os procedimentos conduzidos por universidades públicas;  
2395 considerando a Medida Provisória nº 621, de 9 de julho de 2013, posteriormente convertida na  
2396 Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos para o Brasil  
2397 (PMMB); considerando que a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, em seu Art. 13, §1º,  
2398 estabelece critérios de prioridade para seleção e preenchimento de vagas do PMMB;  
2399 considerando o Projeto de Cooperação para o Mais Médicos (PCMM), iniciativa inovadora de  
2400 cooperação trilateral entre a Organização Pan-americana da Saúde - OPAS e os governos do  
2401 Brasil e de Cuba, realizada por intermédio de seus Ministérios da Saúde, que trouxe ao Brasil  
2402 milhares de médicos cubanos, com formação voltada para a solidariedade internacional da  
2403 medicina e que, com demais médicos estrangeiros, ocuparam mais de 70% das vagas do  
2404 PMMB; considerando a Resolução CNE nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes  
2405 Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina, como norteadoras de um  
2406 processo necessário de qualificação da formação médica para o SUS; considerando que o  
2407 Programa Mais Médicos para o Brasil é um programa governamental que obteve reconhecido  
2408 êxito em seus objetivos até meados de 2018, quando alcançou resultados significativos no  
2409 provimento de médicos em municípios/regiões de maior necessidade, com ampliação da  
2410 cobertura da atenção básica, inclusive para a população indígena, com mais de 70% dos  
2411 municípios brasileiros atendidos pelo projeto, beneficiando 63 milhões de brasileiros;  
2412 considerando a Demografia Médica no Brasil 2018, em que 65% das vagas para cursos de  
2413 Medicina são ofertadas em escolas médicas privadas, nas quais o valor das mensalidades  
2414 pode variar de cinco a quinze mil reais, aliando-se a isto, a grande concorrência nos concursos  
2415 para ingresso nessa graduação; considerando que, em novembro de 2018, após a eleição do  
2416 Presidente Jair Messias Bolsonaro, foi encerrado o acordo de cooperação entre Brasil e Cuba,  
2417 gerando a saída abrupta dos médicos cubanos, devido a discordância do seu governo às  
2418 novas exigências feitas pelo Brasil, como a necessidade dos profissionais se submeterem ao  
2419 Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida), cuja última prova se deu em  
2420 2017; considerando que, nessa conjuntura, mais de 2.000 médicos cubanos optaram por  
2421 permanecer no Brasil, por razões diversas, mas estão proibidos de exercer medicina até  
2422 realizarem o exame do Revalida, e isso impacta diretamente em suas condições de vida e  
2423 sobrevivência, enquanto se encontram na condição de refugiados; considerando o Decreto nº  
2424 9.795, de 17 de maio de 2019, que aprova a nova estrutura regimental do Ministério da Saúde,  
2425 com alterações importantes na sua estrutura organizacional, tais como a extinção do  
2426 Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde da  
2427 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEPREPS/SGTES), onde  
2428 estavam inseridas as ações do PMMB, passando as mesmas, então, a integrar o recém criado  
2429 Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (DSF/SAPS), o  
2430 que gera um período de descontinuidade dos trabalhos, com consequências irreparáveis aos  
2431 serviços prestados à população brasileira; considerando a Portaria nº 17, de 15 de maio de  
2432 2019, que institui Grupo de Trabalho (GT) com a finalidade de promover estudos e propor  
2433 medidas visando o aperfeiçoamento do processo de revalidação dos diplomas de graduação  
2434 em Medicina, entretanto, com questionável representação, uma vez que integram o referido GT  
2435 apenas dois representantes da Secretaria de Educação Superior do MEC (SESU/MEC), dois  
2436 representantes do Instituto Nacional de Educação e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira  
2437 (INEP); e um representante do Conselho Federal de Medicina (CFM); considerando a Portaria  
2438 nº 18, de 16 de maio de 2019, que designa membros da Secretaria de Educação Superior do  
2439 MEC (SESU/MEC), nos termos da Portaria nº 17/2019, entretanto, deixando dúvidas quanto a  
2440 sua real finalidade, uma vez que designa a Sra. Secretária de Gestão do Trabalho e da  
2441 Educação na Saúde (SGTES/MS), Mayra Isabel Correia Pinheiro, como membro da SESU,  
2442 além de incluir três membros convidados, representantes da Associação Brasileira de  
2443 Educação Médica (ABEM), da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Academia Nacional de  
2444 Medicina; considerando a Recomendação nº 17, de 12 de abril de 2019, na qual o Conselho  
2445 Nacional de Saúde dirigindo-se ao Ministério da Saúde, recomenda que se garanta o  
2446 provimento das Áreas do Perfil 1, 2 e 3 do PMMB, em que permanecem vazios assistenciais;  
2447 que os novos editais contemplem profissionais formados no exterior, caso profissionais  
2448 brasileiros não preencham a totalidade das vagas; e que promovam a renovação de contrato  
2449 para profissionais do PMMB, que queiram permanecer no referido Programa; considerando a  
2450 200ª Reunião Ordinária da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de  
2451 Trabalho do CNS (CIRHRT/CNS), ocorrida em 4 e 5 de junho de 2019, que discutiu o Exame  
2452 Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior

2453 Estrangeira (Revalida) na atual conjuntura governamental, com a presença de representantes  
2454 da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESU/MEC); da Associação  
2455 Brasileira de Educação Médica (ABEM); da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de  
2456 Medicina (DENEM); da Rede de Médicos e Médicas Populares (RMMP); da Associação de  
2457 Médicos Formados no Exterior (AMBMFE), mas com a ausência da também convidada  
2458 Secretaria de Gestão, Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES/MS) e do Conselho Federal  
2459 de Medicina (CFM). Recomenda ao Ministério da Educação *ad referendum* do Pleno do CNS:  
2460 **1)** Que reconheça o histórico e o conseqüente amadurecimento dos programas  
2461 governamentais implementados até aqui, tendo em vista a resolubilidade para questões  
2462 estruturais da formação médica no Brasil, da distribuição e fixação dos profissionais pelo  
2463 território nacional, entre outros, visando a universalidade, equidade e integralidade da atenção  
2464 à saúde para todos os brasileiros e brasileiras; **2)** Que o Instituto Nacional de Educação e  
2465 Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira (INEP) seja protagonista no atual processo de  
2466 discussão, inclusive na elaboração e aplicação do Exame Nacional de Revalidação de  
2467 Diplomas Médicos, de forma que os resultados reflitam aspirações do Estado brasileiro; **3)** Que  
2468 amplie, democraticamente, assegurando a participação de entidades ou instituições  
2469 representativas de médicos estrangeiros das diversas nacionalidades, bem como de médicos  
2470 brasileiros formados no exterior, na discussão sobre o Exame Nacional de Revalidação de  
2471 Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) para  
2472 além do Grupo de Trabalho recém-criado; e **4)** Que o Conselho Nacional de Saúde (CNS),  
2473 enquanto órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura  
2474 regimental do Ministério da Saúde, composto por representantes do governo, de prestadores  
2475 de serviços, de profissionais de saúde e de usuários do SUS, possa participar ativamente da  
2476 atual discussão, com o conjunto de suas entidades representativas, enquanto representação  
2477 máxima do controle/participação social em saúde. **Deliberação: a recomendação foi**  
2478 **aprovada por unanimidade.** **2)** Minuta de recomendação. O texto é o seguinte:  
2479 “Recomendação nº 000, de 05 de julho de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde  
2480 (CNS), em suas Trecentésima Décima Oitava e Trecentésima Décima Nona reuniões  
2481 ordinárias, realizadas nos dias 02, 03, 04 e 05 de julho de 2019, e no uso de suas  
2482 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de  
2483 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de  
2484 janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da  
2485 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e  
2486 considerando o direito social à alimentação garantido no Art. 6º da Constituição Federal de  
2487 1988; Considerando o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e Soberania  
2488 Alimentar, contemplado no Art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no  
2489 Art. 227 da Constituição Federal de 1988 e no Art. 4º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990,  
2490 que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); considerando que, de acordo com  
2491 pesquisa Vigitel do Ministério da Saúde, mais da metade da população brasileira tem excesso  
2492 de peso (56,9%), o que equivale a cerca de 82 milhões de pessoas com 18 anos ou mais, e  
2493 que a obesidade já atinge mais de 20% da população; considerando que estudos comprovam  
2494 que a obesidade é um importante fator de risco para diversas doenças crônicas não  
2495 transmissíveis, como dislipidemia, hipertensão arterial, infarto agudo do miocárdio, diabetes  
2496 mellitus tipo 2, síndrome metabólica, alguns tipos de câncer (incluindo mama, ovários,  
2497 endométrio, próstata, rim e cólon) e outras repercussões graves a médio e longo prazo;  
2498 considerando que dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que o Brasil  
2499 consome 50% a mais de açúcar do que o recomendado, com impacto no aumento do diabetes  
2500 nos últimos anos e que, segundo a pesquisa Vigitel, o número de pessoas com diabetes no  
2501 Brasil cresceu 54% entre os homens e 28,5% entre as mulheres, de 2010 a 2016;  
2502 considerando a Pesquisa Nacional de Saúde, de 2013, que apresenta dados preocupantes no  
2503 que diz respeito à alimentação das crianças de até 2 anos, constatando que 32,3% fazem uso  
2504 de bebidas açucaradas/sucos artificiais e mais de 70% das crianças menores de 5 anos  
2505 consumiam essas bebidas pelo menos uma vez por semana; considerando que o consumo de  
2506 alimentos e bebidas não saudáveis tem impactos negativos sobre a saúde da população e  
2507 também apresentam custos econômicos, como a perda de produtividade e horas de trabalho,  
2508 com impactos sobre a renda e a economia do país; considerando o Plano de Ação 2014-2019  
2509 para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes da Organização Pan-Americana da  
2510 Saúde (OPAS), de 2014, referendado pelo Brasil, que prevê políticas fiscais e estratégias como  
2511 a inclusão de impostos sobre as bebidas açucaradas e de produtos com alto valor energético e  
2512 pobres em nutrientes; considerando que a OMS recomendou, em outubro de 2016, um

2513 aumento de 20% nos preços de refrigerantes e outras bebidas açucaradas com o objetivo de  
2514 reduzir seu consumo e salvar vidas; considerando os acordos 02/2015 e 03/2015 do Mercosul,  
2515 que contém, respectivamente, recomendações de políticas e medidas regulatórias para a  
2516 redução do consumo de sódio e recomendações de políticas e medidas regulatórias para a  
2517 prevenção e controle da obesidade, que inclui adoção de medidas regulatórias e fiscais para  
2518 reduzir o acesso a produtos não saudáveis; considerando as metas contidas no Plano Nacional  
2519 de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) 2016-2019, com vistas a deter o crescimento  
2520 da obesidade na população adulta até 2019, por meio de: políticas intersectoriais de saúde e  
2521 segurança alimentar e nutricional; redução do consumo regular de refrigerante e suco artificial  
2522 em pelo menos 30% da população adulta, até 2019; e ampliação de, no mínimo, 17,8%, do  
2523 percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente até 2019; considerando  
2524 estudo publicado em 2015 por Gortmaker, que avalia a relação custo-efetividade das ações  
2525 governamentais para o enfrentamento da obesidade infantil sendo a taxa de bebidas açucaradas  
2526 uma das medidas mais custo-efetivas; considerando que, entre 2005 e 2012,  
2527 dados da Pesquisa Industrial Anual (PIA) do IBGE indicam aumento expressivo tanto na  
2528 quantidade produzida de bebidas açucaradas, quanto no valor de suas vendas e que a  
2529 quantidade produzida aumentou 65%, passando de 10,6 bilhões de litros para 17,4 bilhões de  
2530 litros anuais e as vendas aumentaram 87,5% no mesmo período, passando de 10,1 bilhões de  
2531 reais para 19 bilhões de reais ao ano; considerando que as empresas do setor vêm recebendo  
2532 reduções de impostos e isenções fiscais como parte da estratégia de fortalecimento da  
2533 indústria nacional; considerando a política de redução do fumo no Brasil, que utilizou, entre  
2534 outras estratégias, a de aumento nos preços dos produtos, reduzindo a prevalência de  
2535 fumantes no Brasil entre 1989 e 2008 e mudando os padrões de iniciação e cessação no  
2536 consumo; considerando a experiência do México em taxar bebidas açucaradas desde 2014  
2537 para aumentar seus preços, que em um ano levou a redução de vendas de refrigerantes em  
2538 6% e aumento de consumo de água em 4%, segundo estudo publicado por Colchero em 2016;  
2539 considerando que o aumento de tributos de bebidas adoçadas, como os refrigerantes e os  
2540 sucos de caixa, a exemplo do que foi feito com os produtos de tabaco para reduzir a taxa de  
2541 fumantes, está entre as medidas recomendadas pela OMS para a redução da obesidade e que  
2542 o aumento dos preços desses produtos tem como tendência a queda do seu consumo, assim  
2543 como os problemas causados por esse tipo de produto; considerando o exemplo de países  
2544 como México, Reino Unido e África do Sul, que adotaram a tributação de bebidas adoçadas e  
2545 observam resultados positivos evidentes e que Portugal iniciou a taxa de refrigerantes em  
2546 fevereiro de 2017, a Espanha anunciou novo imposto em 2017 e pretende aumentar a  
2547 arrecadação em 200 milhões de euros/ano e o Reino Unido anunciou novo imposto em 2018;  
2548 considerando a Recomendação nº 21 do Conselho Nacional de Saúde ao Ministério da  
2549 Fazenda para que aumente a tributação dos refrigerantes e outras bebidas açucaradas em, no  
2550 mínimo, 20% por meio de tributos específicos com o objetivo de reduzir seu consumo e  
2551 prevenir doenças e que os recursos obtidos com o aumento de impostos sejam usados para  
2552 financiar políticas de enfrentamento à obesidade infantil; considerando que o Decreto nº  
2553 9.897/2019, publicado no Diário Oficial da União em 1º de julho de 2019, alterou a alíquota de  
2554 Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) sobre o xarope de refrigerantes para empresas  
2555 instaladas na Zona Franca de Manaus (ZFM) e, na prática, reduz a arrecadação fiscal e  
2556 prejudica a saúde da população, onerando o sistema de saúde; considerando que com o  
2557 Decreto nº 9.897/2019, a alíquota que seria de 8% entre 1º de julho e 31 de dezembro de 2019  
2558 passa a ser de 10% a partir de outubro até dezembro de 2019 e que apesar de haver isenção  
2559 de IPI para a compra de produtos fabricados na ZFM, as empresas adquirentes desses  
2560 produtos, em sua maioria localizadas fora da região têm direito ao crédito tributário respectivo  
2561 como se aquele imposto estivesse pago, o que favorece a cadeia de produção e contribui para  
2562 a redução do preço final e o aumento no consumo de um produto que causa malefícios à  
2563 saúde; considerando que o Ministério da Economia afirmou, segundo noticiado pela mídia  
2564 nacional, que a medida custará R\$ 18,5 milhões aos cofres públicos em 2019 e que, de acordo  
2565 com dados da Receita Federal o setor gerou, em 2016, prejuízos na arrecadação de IPI da  
2566 ordem de R\$ 767 milhões; e considerando que, de acordo com dados da Receita Federal, o  
2567 setor de refrigerantes tem incentivos fiscais estimados em R\$ 3,8 bilhões anuais e que a carga  
2568 tributária total de uma empresa de refrigerantes, que compra concentrados da ZFM,  
2569 descontando o conjunto desses subsídios ao longo da cadeia produtiva, fica em 4,77%.  
2570 Recomenda: à Presidência da República, que revogue o Decreto nº 9.897, de 1º de julho de  
2571 2019; ao Ministério da Economia, que atenda à Recomendação nº 21 do CNS no sentido de  
2572 aumentar a tributação dos refrigerantes e outras bebidas açucaradas em, no mínimo, 20%, por

2573 meio de tributos específicos com o objetivo de reduzir seu consumo e prevenir doenças; e que  
2574 utilize os recursos obtidos com o referido aumento de impostos para financiar políticas de  
2575 enfrentamento à obesidade infantil. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por**  
2576 **unanimidade. 3)** Recomendação nº 000, de 05 de julho de 2019. O texto é o seguinte:  
2577 “Recomendação nº 000, de 05 de julho de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde  
2578 (CNS), em suas Trecentésima Décima Oitava e Trecentésima Décima Nona reuniões  
2579 ordinárias, realizadas nos dias 02, 03, 04 e 05 de julho de 2019, e no uso de suas  
2580 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de  
2581 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de  
2582 janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da  
2583 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e  
2584 considerando a Medida Provisória nº 881, de 30 de abril de 2019, que institui a Declaração de  
2585 Direitos de Liberdade Econômica, estabelece garantias de livre mercado, análise de impacto  
2586 regulatório, entre outras providências; considerando que a liberdade econômica não pode se  
2587 sobrepôr ao direito constitucional à saúde garantido a todo cidadão e a toda cidadã deste país  
2588 desde a promulgação da Constituição Federal de 1988; considerando o que estabelece a Lei nº  
2589 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), no seu Art. 6º, em que há  
2590 expressa previsão da execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive  
2591 farmacêutica; considerando que a Lei nº 8.080/1990 define a vigilância como o conjunto de  
2592 ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e problemas decorrentes do meio  
2593 ambiente, da produção e circulação de bens e serviços de interesse da saúde; considerando  
2594 que a Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, cria o Conselho Federal e os Conselhos  
2595 Regionais de Farmácia, e dá outras Providências; considerando que a farmácia é um  
2596 estabelecimento de saúde e o local adequado para a comercialização de medicamentos,  
2597 conforme disposto pela Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014; considerando que a  
2598 recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que o uso responsável de  
2599 Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs) deve ser feito de forma segura e segundo  
2600 orientação de profissional habilitado, devendo seu controle e fiscalização se dar no âmbito dos  
2601 órgãos Reguladores; considerando que para a OMS o uso racional de medicamentos se dá  
2602 quando pacientes recebem os medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em  
2603 doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado; considerando  
2604 que o Estado, de acordo com a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, deve, por meio da  
2605 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), controlar a qualidade, segurança e eficácia  
2606 de produtos e serviços; considerando que as ações de Vigilância Sanitária (VISA) devem  
2607 promover e proteger a saúde da população e serem capazes de eliminar, diminuir ou prevenir  
2608 riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção,  
2609 da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde; considerando que o  
2610 controle e fiscalização do acesso a medicamentos necessitam de regulação, de acordo com  
2611 Política Nacional de Regulação do SUS; considerando que o medicamento é o instrumento do  
2612 fazer do farmacêutico voltado para atender as necessidades das pessoas e que este é o último  
2613 profissional da saúde a entrar em contato com o usuário no momento da distribuição do  
2614 medicamento; considerando que a saúde não é mercadoria e que o acesso a medicamentos é  
2615 um direito constitucional previsto no Art. 196 da Constituição Federal de 1988; considerando  
2616 que os conselhos profissionais são autarquias com o dever de proteger a sociedade, e para  
2617 tanto precisam ter a autonomia para fiscalização, conforme definido nos seus planos de  
2618 fiscalização; e considerando que o Conselho Nacional de Saúde prima pela defesa da saúde  
2619 como direito e respeito à vida com qualidade e dignidade. Recomenda ao Congresso Nacional:  
2620 que não aprove a MP nº 881 e respectivas emendas que ferem a dignidade humana e  
2621 desconsideram o direito à saúde, a assistência farmacêutica e os papéis dos órgãos  
2622 fiscalizadores; e que realize audiência pública para amplo debate democrático dos temas  
2623 abordados pela MP 881/2019. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por**  
2624 **unanimidade. 4)** Recomendação nº 000, de julho de 2019. O texto é o seguinte:  
2625 “Recomendação nº 000, de julho de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS),  
2626 em suas Trecentésima Décima Oitava e Trecentésima Décima Nona Reuniões Ordinárias,  
2627 realizadas nos dias 02, 03, 04 e 05 de julho de 2019, e no uso de suas competências  
2628 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº  
2629 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012;  
2630 pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da  
2631 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que  
2632 o CNS, conforme disposto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é uma instituição de

2633 caráter permanente e deliberativo e, enquanto órgão colegiado, detém em sua composição  
2634 representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando  
2635 na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde (PNS), bem como nas  
2636 estratégias e na promoção do processo de controle social, em toda sua amplitude, no âmbito  
2637 dos setores público, privado e filantrópico, com observância para os aspectos econômicos e  
2638 financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legitimamente constituído  
2639 na respectiva esfera de governo; considerando que os Conselhos de Saúde são instâncias  
2640 colegiadas, deliberativas e permanentes do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de  
2641 governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de  
2642 Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e  
2643 competência fixadas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e de exercício da  
2644 democracia participativa com a atuação da comunidade nas políticas públicas e na  
2645 administração da saúde (Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, primeira diretriz);  
2646 considerando que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena precisa ser aperfeiçoado e  
2647 fortalecido para atender às necessidades dos povos em suas diferenças e especificidades  
2648 étnicas, culturais, históricas e geográficas; considerando que a Política de Atenção à Saúde  
2649 dos Povos Indígenas, ao longo dos últimos 20 anos, foi caracterizada, pelo Ministério da  
2650 Saúde, como prioridade, inclusive orçamentária e de gestão; considerando que a Secretaria  
2651 Especial de Saúde Indígena está intrinsecamente vinculada aos Distritos Sanitários Especiais  
2652 Indígenas e, por conta disso, consegue atender as demandas e as especificidades da política;  
2653 considerando que a cada 4 anos o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi contemplado  
2654 dentro do Plano Plurianual (PPA) com previsão orçamentária e com objetivos e metas a serem  
2655 cumpridos; considerando que os povos indígenas são sujeitos de direitos e como tal devem  
2656 participar de todas as etapas da política de atenção à saúde, desde o seu planejamento,  
2657 passando pela execução e avaliação de todas as ações e serviços; e considerando o objetivo  
2658 nº 5 do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2016-2019 que prevê a necessidade de “promover a  
2659 atenção à saúde dos povos indígenas, aprimorando as ações de atenção básica e de  
2660 saneamento básico nas aldeias, observando as práticas de saúde e os saberes tradicionais, e  
2661 articulando com os demais gestores do SUS para prover ações complementares e  
2662 especializadas, com controle social”. Recomenda ao Ministério da Saúde que mantenha o  
2663 objetivo nº 5 no Plano Nacional de Saúde 2020-2024 e inclua a Política de Atenção à Saúde  
2664 dos Povos Indígenas no PPA 2020-2024, cumprindo-se, desta forma, a Constituição Federal de  
2665 1988 e a legislação do SUS. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade.**  
2666 **5)** Minuta de recomendação. O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, de 05 de julho de  
2667 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em suas Trecentésima Décima  
2668 Oitava e Trecentésima Décima Nona Reuniões Ordinárias, realizadas nos dias 02, 03, 04 e 05  
2669 de julho de 2019, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei  
2670 nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei  
2671 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de  
2672 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da  
2673 legislação brasileira correlata; e considerando que saúde e educação são direitos fundamentais  
2674 e que os artigos 196, 206, 208 e 214 da Constituição Federal de 1988 garantem os direitos à  
2675 saúde e à educação e que o Art. 198 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com provisão  
2676 de recursos, da mesma forma que o Art. 212 estabeleceu o piso de custeio e manutenção e  
2677 desenvolvimento do ensino; considerando que o CNS, conforme disposto na Lei nº 8.142, de  
2678 28 de dezembro de 1990, é uma instituição de caráter permanente e deliberativo e, enquanto  
2679 órgão colegiado, detém em sua composição representantes do governo, prestadores de  
2680 serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação e no controle da execução  
2681 da Política Nacional de Saúde (PNS), bem como nas estratégias e na promoção do processo  
2682 de controle social, em toda sua amplitude, no âmbito dos setores público, privado e filantrópico,  
2683 com observância para os aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão  
2684 homologadas pelo chefe do poder legitimamente constituído na respectiva esfera de governo;  
2685 considerando que os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas, deliberativas e  
2686 permanentes do SUS em cada esfera de governo, integrante da estrutura organizacional do  
2687 Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios,  
2688 com composição, organização e competência fixadas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de  
2689 1990 e de exercício da democracia participativa com a atuação da comunidade nas políticas  
2690 públicas e na administração da saúde (Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012,  
2691 primeira diretriz); considerando que ao longo dos 31 anos de construção do SUS enfrentamos  
2692 dificuldades históricas na consolidação do direito universal à saúde de brasileiras e brasileiros,

2693 passando pelos entraves econômicos e administrativos e que, mesmo estando garantida na  
2694 Constituição Federal de 1988, a seguridade social nunca contou com um sistema de  
2695 financiamento sustentável, além de enfrentarmos grandes dificuldades para a gestão das  
2696 políticas que orientam o SUS nas três esferas de gestão; considerando que há uma crônica  
2697 insuficiência na alocação de recursos para políticas de saúde e de educação no Brasil, que o  
2698 país só aplica 4% do seu PIB em saúde e que a tendência é piorar já que os gastos em saúde  
2699 e educação estão dentro do limite do teto de gastos, impostos pela EC 95 de 2016;  
2700 considerando que a EC 95/2016 retirou as vinculações orçamentárias à receita das despesas  
2701 das áreas da saúde e educação a partir de 2018, estabelecendo tão somente a variação anual  
2702 pelo IPCA/IBGE para corrigir os valores da aplicação mínima ou piso de 2017, de modo que o  
2703 crescimento da receita no período 2018-2036 não será mais considerado para o  
2704 estabelecimento dos valores dessa aplicação mínima ou piso; considerando que os estudos  
2705 realizados pelo Grupo Técnico Interinstitucional de Discussão sobre o Financiamento do SUS,  
2706 então integrado pelo CNS, apontam para uma perda de R\$ 415 bilhões em recursos para o  
2707 SUS projetada para o período de vigência da EC 95/2016, em comparação ao que seria o piso  
2708 calculado pelas regras da EC 86/2015 para o mesmo período; considerando a Resolução nº  
2709 614, de 15 de fevereiro de 2019, em que o CNS definiu as prioridades para as ações e serviços  
2710 públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de  
2711 Diretrizes Orçamentárias de 2020 e, entre outras diretrizes, que seja garantida a aplicação de  
2712 recursos orçamentários e financeiros para além do piso de empenho e teto de pagamento  
2713 fixados pela Emenda Constitucional nº 95/2016 de modo a impedir a redução em 2020, em  
2714 termos de valores reais, da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde em  
2715 comparação aos maiores valores empenhados a partir de 2014, inclusive enquanto proporção  
2716 da receita corrente líquida, bem como para a integral disponibilidade financeira para o  
2717 pagamento em 2020 das despesas empenhadas no exercício e dos restos a pagar inscritos e  
2718 reinscritos, além do cumprimento de outras diretrizes estabelecidas nesta Resolução;  
2719 considerando a Resolução CNS nº 534, de 19 de agosto de 2016, em que o CNS posicionou-  
2720 se contrário à PEC 241 e demais medidas que visem reduzir os investimentos públicos em  
2721 saúde; considerando a Recomendação CNS nº 001, de 16 de março de 2016, que indicou à  
2722 Presidência da República e ao Ministério da Saúde que “seja mantido o compromisso do  
2723 governo federal com a continuidade e qualificação do SUS, e que nenhuma reforma seja feita  
2724 no sentido de retroceder aos direitos conquistados”; considerando o Movimento Nacional em  
2725 Defesa da Saúde Pública, o Saúde Mais 10, movimento que contou com o apoio de 44  
2726 entidades, entre elas o CNS, que coordenou o movimento, o Centro Brasileiro de Estudos de  
2727 Saúde (Cebes) e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e, em agosto de 2013, entregou 2  
2728 milhões de assinaturas à Câmara dos Deputados com a proposta de assegurar o repasse de  
2729 10% das receitas brutas da União para o SUS; considerando os efeitos negativos da Emenda  
2730 Constitucional nº 95/2016, que estabelece como parâmetro da aplicação mínima em ações e  
2731 serviços de saúde, até o exercício de 2036, o valor de 15% da Receita Corrente Líquida de  
2732 2017, em desacordo com a vontade popular manifestada no Projeto de Lei de Iniciativa Popular  
2733 (PLP no 321/2013), que obteve mais de 2,2 milhões de assinaturas auditadas em favor da  
2734 alocação mínima de 10% das receitas correntes brutas da União para o financiamento federal  
2735 das ações e serviços públicos de saúde, cujo percentual equivalente em termos de receita  
2736 corrente líquida consta de dispositivo da Proposta de Emenda Constitucional nº 01-D/2015,  
2737 aprovada em primeiro turno pela Câmara dos Deputados em 2016; considerando a  
2738 impossibilidade jurídico-constitucional de redução dos valores mínimos aplicados em saúde  
2739 pelas regras constitucionais anteriores, sob pena de violação da efetividade do direito à saúde  
2740 e da igualdade federativa, com aumento das desigualdades regionais; considerando a Proposta  
2741 de Emenda à Constituição nº 39 de 2019, que propõe alterar o Art. 20 da Constituição Federal  
2742 de 1988 e o Art. 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) para vincular  
2743 as rendas do petróleo à educação e saúde e excluir essas despesas do teto de gastos  
2744 instituído pelo Novo Regime Fiscal, assinada por mais de 32 senadores, que está em  
2745 tramitação na Comissão de Constituição e Justiça do Senado Federal; considerando que a  
2746 previsão dos royalties é de aumento ano a ano e que esse recurso pode compensar de alguma  
2747 forma a perda de recurso recorrente da EC 95; e considerando que, em consulta pública  
2748 realizada pelo portal E-cidadania do Senado Federal sobre a PEC 39/2019, 94% dos  
2749 respondentes foram favoráveis à aprovação da referida emenda à constituição. Recomenda ao  
2750 Senado Federal: **1)** que seja realizada audiência pública para debater o Projeto de Emenda  
2751 Constitucional 39/2019, em conjunto com a sociedade civil organizada, com vistas a ampliar a  
2752 legitimidade do processo legislativo e reforçar a democracia participativa por meio da

2753 representação de amplos setores da sociedade brasileira; e **2)** que aprove a Proposta de  
2754 Emenda Constitucional 39 de 2019, com vistas a vincular as rendas do petróleo à educação e  
2755 saúde e excluir essas despesas do teto de gastos instituído pelo Novo Regime Fiscal. Plenário  
2756 do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Décima Oitava e Trecentésima Décima  
2757 Nona Reuniões Ordinárias, realizadas nos dias 02, 03, 04 e 05 de julho de 2019. **Deliberação:**  
2758 **a recomendação foi aprovada por unanimidade. 6)** Recomendação nº 000, de 05 de julho  
2759 de 2019. O texto é o seguinte: Recomendação nº 000, de 05 de julho de 2019. O Plenário do  
2760 Conselho Nacional de Saúde (CNS), em suas Trecentésima Décima Oitava e Trecentésima  
2761 Décima Nona reuniões ordinárias, realizadas nos dias 02, 03, 04 e 05 de julho de 2019, e no  
2762 uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de  
2763 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº  
2764 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as  
2765 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira  
2766 correlata; e considerando o Projeto de Lei (PL) nº 3.589/2019, de autoria do Senador Flavio  
2767 Bolsonaro (PSL-RJ), que “Altera a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre  
2768 o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e  
2769 correlatos, e dá outras providências, para permitir a dispensação de medicamentos em todos  
2770 os estabelecimentos comerciais”; considerando que a saúde é um direito fundamental do ser  
2771 humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e que  
2772 sob tal premissa, o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de  
2773 políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos  
2774 e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e  
2775 aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; considerando o que estabelece a  
2776 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no seu Art. 6º onde estão incluídas ainda no campo  
2777 de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): a execução de ações de assistência terapêutica  
2778 integral, inclusive farmacêutica; considerando que a recomendação da Organização Mundial de  
2779 Saúde (OMS) de que o uso responsável de Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs) deve  
2780 ser feito de forma segura e segundo orientação de profissional habilitado; considerando que,  
2781 além das reações adversas inerentes a qualquer medicamento, os MIPs podem mascarar ou  
2782 retardar o diagnóstico de uma doença se utilizados de forma abusiva ou sem orientação;  
2783 considerando que tal medida poderá levar ao aumento dos casos de intoxicação por  
2784 medicamentos, contrariando as práticas recomendadas internacionalmente e o Programa  
2785 Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); considerando que, atualmente, pelo menos 3  
2786 pessoas se intoxicam com medicamentos no Brasil, sendo que um terço das intoxicações  
2787 ocorrem em crianças pequenas; considerando que no Brasil, no período de 2012 a 2017,  
2788 ocorreram 591 (quinhentos e noventa e um) mil casos de intoxicação, sendo que  
2789 medicamentos ocupam o primeiro lugar entre as principais causas de intoxicação, com 242  
2790 (duzentos e quarenta e dois) mil casos, entre raticidas, agrotóxicos, plantas tóxicas e outros;  
2791 considerando que a farmácia é um estabelecimento de saúde, conforme disposto pela Lei nº  
2792 13.021, de 08 de agosto de 2014, e que é o local adequado para a comercialização de  
2793 medicamentos; considerando que a medida proposta no PL nº 3.589/2019 representa um  
2794 retrocesso em todas as políticas públicas instituídas na área da saúde, em especial as que  
2795 buscam organizar e promover o uso racional de medicamentos; considerando o grande número  
2796 de posicionamentos contrários ao PL nº 3.589/2019, muito maiores do que os favoráveis,  
2797 manifestados na consulta pública, disponibilizada na página do Senado Federal; considerando  
2798 que o Conselho Nacional de Saúde já se manifestou sobre este tema, ao aprovar a  
2799 Recomendação nº 31/2018, recomendando ao Congresso Nacional que não aprovasse o  
2800 Projeto de Lei nº 9.482/2018, que acrescenta o §2º ao Art. 6º da Lei nº 5.991, de 17 de  
2801 dezembro de 1973, a possibilidade da autorização aos supermercados e estabelecimentos  
2802 similares a dispensarem medicamentos isentos de prescrição; e considerando os Objetivos de  
2803 Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), em especial o  
2804 de nº 3, que indica o dever de “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para  
2805 todos, em todas as idades”, visando “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a  
2806 proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso  
2807 a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis  
2808 para todos. Recomenda aos Senadores que compõem a Comissão de Assuntos Sociais (CAS)  
2809 e a Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do Senado Federal: que não  
2810 aprovem o PL nº 3.589/2019, que tramita nestas comissões, em decisão terminativa, em  
2811 consonância com a recomendação da OMS, de que o uso responsável de Medicamentos  
2812 Isentos de Prescrição (MIPs) deve ser feito de forma segura e segundo orientação de

2813 profissional habilitado, já que os altos índices de intoxicação por medicamentos no Brasil  
2814 podem ser agravados com a referida medida normativa. **Deliberação: a recomendação foi**  
2815 **aprova** **por unanimidade.** 7) Recomendação nº 000, de 05 de julho de 2019. O texto é o  
2816 seguinte: “Recomendação nº 000, de 05 de julho de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de  
2817 Saúde (CNS), em suas Trecentésima Décima Oitava e Trecentésima Décima Nona Reuniões  
2818 Ordinárias, realizadas nos dias 02, 03, 04 e 05 de julho de 2019, e no uso de suas  
2819 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de  
2820 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de  
2821 janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da  
2822 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e  
2823 considerando que o CNS, conforme disposto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é  
2824 uma instituição de caráter permanente e deliberativo e, enquanto órgão colegiado, detém em  
2825 sua composição representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e  
2826 usuários, atuando na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde  
2827 (PNS), bem como nas estratégias e na promoção do processo de controle social, em toda sua  
2828 amplitude, no âmbito dos setores público, privado e filantrópico, com observância para os  
2829 aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder  
2830 legitimamente constituído na respectiva esfera de governo; considerando que os Conselhos de  
2831 Saúde são instâncias colegiadas, deliberativas e permanentes do Sistema Único de Saúde  
2832 (SUS) em cada esfera de governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da  
2833 Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com  
2834 composição, organização e competência fixadas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990  
2835 e de exercício da democracia participativa com a atuação da comunidade nas políticas públicas  
2836 e na administração da saúde (Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, primeira  
2837 diretriz); considerando a Resolução CNS nº 052, de 06 de maio de 1993, na qual o Plenário do  
2838 CNS instituiu uma Mesa Nacional de Negociação, com o objetivo de estabelecer um fórum  
2839 permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS sobre todos os pontos  
2840 pertinentes a força de trabalho em saúde; considerando a Resolução CNS nº 331, de 04 de  
2841 novembro de 2003, por meio da qual o Plenário do CNS ratifica o ato de reinstalação da Mesa  
2842 Nacional de Negociação Permanente do SUS-MNNP-SUS, ocorrida na 131ª Reunião Ordinária,  
2843 em 04 e 05 de junho de 2003; considerando os objetivos das Resoluções de nº 52 e 229 e as  
2844 deliberações do pleno do Conselho para estabelecer negociação sobre os seguintes temas  
2845 contidos no documento: Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos  
2846 Humanos para o SUS-NOB/RH; Plano de Cargos e Carreira da Saúde-PCCS (Carreira/SUS);  
2847 Formação e Qualificação Profissional; Jornada de Trabalho no SUS; Saúde do Trabalhador da  
2848 Saúde; Critérios para Liberação de dirigentes para exercer mandato sindical; Seguridade de  
2849 Servidores; Precarização do trabalho, formas de contratação e ingresso no Setor Público;  
2850 Instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação; Reposição da força de trabalho no  
2851 SUS; e outros temas sugeridos; e considerando a 200ª Reunião Ordinária da Comissão  
2852 Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do CNS (CIRHRT/CNS), ocorrida  
2853 em 03 e 04/06/2019, com a pauta “Roda de Conversa: Perspectivas sobre a Carreira Federal  
2854 do SUS e Informações sobre a extinção da Mesa Nacional Permanente do SUS (MNNP-SUS),  
2855 de acordo com o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, entre outros”, onde foi manifestada  
2856 a insatisfação de diferentes categorias com a extinção da MNNP-SUS. Recomenda à  
2857 Procuradoria Geral da República: Que interceda, no âmbito de suas competências, no  
2858 processo de reinstalação da MNNP-SUS, conforme Resolução CNS nº 331, de 04 de  
2859 novembro de 2003; e às entidades que compõem o Pleno do Conselho Nacional de Saúde:  
2860 que avaliem a possibilidade de ingressarem com Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI)  
2861 acerca do Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, tendo em vista que limita a participação  
2862 social, compromete a autonomia do controle social e a gestão democrática no Sistema Único  
2863 de Saúde.” Sugestão: incluir “ao Congresso Nacional que proponha e aprove decreto legislativo  
2864 que revogue o Decreto nº. 9.759/2019”. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por**  
2865 **unanimidade, com um acréscimo.** 8) Minuta de Recomendação. O texto é o seguinte:  
2866 “Recomendação nº 000, de 05 de julho de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde  
2867 (CNS), em suas Trecentésima Décima Oitava e Trecentésima Décima Nona Reuniões  
2868 Ordinárias, realizadas nos dias 02, 03, 04 e 05 de julho de 2019, e no uso de suas  
2869 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de  
2870 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de  
2871 janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da  
2872 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e



2873 considerando que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de  
2874 iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à  
2875 saúde, à previdência e à assistência social; e competindo ao Estado Brasileiro, nos termos da  
2876 lei, organizar a seguridade social, com base nos objetivos de universalidade da cobertura e do  
2877 atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e  
2878 rurais e irredutibilidade do valor dos benefícios, conforme incisos I, II e IV do Art. 194 da  
2879 Constituição Federal de 1988; considerando que a Emenda Constitucional 93/2016 aumentou a  
2880 alíquota da DRU (Desvinculação das Receitas da União) de 20% para 30%, bem como criou a  
2881 Desvinculação das Receitas dos Estados e a Desvinculação das Receitas dos Municípios,  
2882 ambas com a alíquota de 30%; considerando que o financiamento da seguridade social e de  
2883 outras políticas sociais tem sido prejudicado pela DRU desde quando foi instituída;  
2884 considerando que a Emenda Constitucional 95/2016 retirou as vinculações orçamentárias à  
2885 receita das despesas das áreas da saúde e da educação a partir de 2018, estabelecendo tão  
2886 somente a variação anual do IPCA/IBGE para atualizar os valores da aplicação mínima de  
2887 2017, de modo que o crescimento da receita no período 2018-2036 não será mais considerado  
2888 para o estabelecimento dos valores dessa aplicação mínima ou piso federal; considerando que  
2889 foi divulgado pela imprensa que a área econômica do governo federal está estudando a  
2890 desvinculação geral das despesas da União, o que significaria extinguir os pisos federais da  
2891 saúde e da educação estabelecidos na Constituição Federal de 1988, no caso da saúde, pela  
2892 Emenda Constitucional 95/2016 (até 2036) e pela Emenda Constitucional 86/2015 (após 2036);  
2893 e considerando a decisão liminar proferida pelo Ministro Ricardo Levandowski, do Supremo  
2894 Tribunal Federal (STF), em relação à Emenda Constitucional 86/2015, fundamentada no  
2895 princípio da vedação do retrocesso no processo de financiamento do Sistema Único de Saúde  
2896 (SUS), especialmente no que diz respeito aos valores do piso federal. Recomenda ao  
2897 Congresso Nacional que: **1)** revogue imediatamente a Emenda Constitucional 93/2016, que  
2898 aumentou a Desvinculação das Receitas da União de 20% para 30% e que criou a  
2899 Desvinculação das Receitas dos Estados e dos Municípios, bem como a Emenda  
2900 Constitucional 95/2016 que alterou as regras dos pisos federais em saúde e educação para  
2901 desvincular da receita, dentre outras; e **2)** reprove quaisquer Propostas de Emenda  
2902 Constitucional (PEC) e/ou Projetos de Lei de natureza infraconstitucional (PL), que sejam  
2903 encaminhados pelo Poder Executivo com o objetivo de promover a desvinculação das  
2904 despesas às receitas atualmente em vigor, inclusive se tratar da extinção do piso federal em  
2905 saúde. Sugestão: excluir o termo “imediatamente”. **Deliberação: a recomendação foi**  
2906 **aprovada por unanimidade, com uma modificação. Informe da Coordenação de Plenária**  
2907 **de Conselhos de Saúde** – informe sobre a participação da coordenação de plenária nas  
2908 conferências municipais de saúde e dificuldade de participação nas etapas estaduais.  
2909 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de**  
2910 **Souza**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou os trabalhos da 319ª Reunião Ordinária do CNS.  
2911 Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras na tarde do segundo dia de  
2912 reunião: *Titulares* - **Albanir Pereira Santana**, Federação Nacional das Apaes – FENAPAES;  
2913 **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças  
2914 Reumáticas e Raras – SUPERANDO; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos  
2915 Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de  
2916 Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Delmiro José Carvalho Freitas**,  
2917 Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Gerídice Lorna Andrade de Moraes**, Associação  
2918 Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação  
2919 de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino Superior  
2920 Pública do Brasil – FASUBRA; **Lais Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino  
2921 em Fisioterapia – ABENFISIO; **Luiz Anibal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de  
2922 Trabalhadores – NCST; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Shirley**  
2923 **Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Solimar Vieira da Silva**  
2924 **Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS –  
2925 Unasus/sindical/SINAUS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida –  
2926 REDEUNIDA; **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina  
2927 Veterinária – CFMV; **Casemiro dos Reis Júnior**, Federação Médica Brasileira – FMB;  
2928 **Evalcilene Costa dos Santos**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas – MNCP;  
2929 **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Giancarlo de**  
2930 **Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Joana Indjaian Cruz**,  
2931 Associação de Controle do Tabagismo Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos – ACT; e  
2932 **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS.