



1
2
3
4
5
6
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

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**ATA DA TRICENTÉSIMA DÉCIMA QUINTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE - CNS**

Aos catorze e quinze dias do mês de março de dois mil e dezenove, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Tricentésima Décima Quinta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Estabelecido o quórum, às 9h05, conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos com saudações aos presentes e aos internautas que acompanham a reunião pela transmissão em tempo real. Em seguida, convidou as integrantes da Mesa Diretora do CNS, **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, **Vanja Andréa Reis dos Santos** e **Elaine Junger Pelaez** para compor a mesa em homenagem à vereadora Marielle Franco, executada em março de 2018, junto com o seu motorista, Anderson Gomes. Nas considerações iniciais, o Presidente do CNS explicou que o CNS homenageava a vereadora por conta da sua luta em defesa do povo, contra a violência que assola a população nas periferias e em defesa dos Direitos Humanos. Além disso, em alusão ao dia internacional da mulher, informou que haveria debate sobre os índices de violência e feminicídio no Brasil. Conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira** salientou que a luta contra esse tipo de violência era de todos, homens e mulheres, pois representava uma violência contra a democracia. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** fez uma fala emocionada por conhecer a vereadora, uma militante socialista e frisou que esse assassinato tentou calar a voz de denúncia do extermínio da população negra no Rio de Janeiro. Salientou que a data era dolorosa e a sociedade não poderia deixar que outros crimes de ódio acontecessem. Finalizou destacando a necessidade de descobrir os responsáveis por este crime e exigir as devidas providências das autoridades competentes. Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** destacou o aumento nos índices de violência contra as mulheres, lembrando que esse segmento era atacado em vários ambientes. Disse que esse debate não poderia estar descolado dos temas da saúde e, nessa linha, sinalizou a necessidade de discutir o tema como uma questão de saúde pública. Fechou enfatizando a luta da vereadora Marielle contra a violência, a discriminação e a retirada dos direitos do povo brasileiro e afirmando que “vidas de mulheres negras importam”. Encerrando esse momento, foi reproduzido vídeo em homenagem à vereadora Marielle Franco. Em seguida, o Presidente do CNS apresentou os objetivos da 315ª Reunião Ordinária do CNS: **1) Socializar os informes e apreciar as indicações. 2) Apreciar a Recomendação proposta na 314ª Reunião Ordinária do CNS, na pauta das Comissões Intersetoriais e encaminhamentos do Pleno do CNS, a partir do debate realizado sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. 3) Assistir e apreciar o tema do Radar. 4) Debater e deliberar acerca da Violência contra as Mulheres e os Impactos na Saúde Pública. 5) Conhecer e apreciar as demandas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. 6) Discutir e deliberar sobre os efeitos da Reforma de Previdência na Saúde. 7) Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. 8) Assistir, conhecer e deliberar sobre a Campanha da Fraternidade 2019. 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 a da 16ª Conferência Nacional de Saúde. 11) Assistir e apreciar as demandas das Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho e encaminhamentos do Pleno. ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 313ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. APROVAÇÃO DA PAUTA DA 315ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Coordenação: conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. APROVAÇÃO DA ATA DA 313ª REUNIÃO**

53 **ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação: a ata foi aprovada por unanimidade. APROVAÇÃO**
54 **DA PAUTA DA 315ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação: a pauta foi aprovada**
55 **por unanimidade com inversão entre dois itens (3 e 8). ITEM 2 – EXPEDIENTE -**
56 **Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) e**
57 **Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Datas representativas para a**
58 **saúde no mês de março. Informes. Indicações - Coordenação: conselheira Elaine Junger**
59 **Pelaez, da Mesa Diretora do CNS; conselheiro Moysés Longuinho Toniolo de Souza, da**
60 **Mesa Diretora do CNS; e Ana Carolina Dantas Souza, Secretária-Executiva do CNS.**
61 **Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) e**
62 **Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Nova conselheira - 2º Suplente:**
63 **Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) - Adelina Almeida**
64 **Moreira de Araújo (em substituição a Analice Dantas Santos). Coordenadores de Plenária:**
65 **Julio César Bezerra da Silva – Pernambuco. Jose Nazareno Lima Tavares – Amapá.**
66 **Mansour Cadais Filho – Espírito Santo. Jeovania Rodrigues – Distrito Federal. Datas**
67 **representativas para a saúde no mês de março - 8/mar. - Dia Internacional da Mulher. 9/mar.**
68 **- Dia da Nefrologia. 14/mar. - Dia Mundial do Rim. 16/mar.- Dia Nacional da Conscientização**
69 **sobre as Mudanças Climáticas. 20/mar. - Dia Mundial da Saúde Bucal. 21/mar.- Dia Mundial da**
70 **Infância. 21/mar. - Dia Nacional da Síndrome de Down. 21/mar. - Dia Mundial do Sono. 21/mar.**
71 **- Dia Internacional contra a Discriminação Racial. 22/mar. - Dia Mundial de Água (OMS).**
72 **24/mar. - Dia Mundial de Combate à Tuberculose. 24/mar. - Dia Internacional do Direito à**
73 **Verdade sobre Graves Violações de Direitos Humanos. 26/mar. - Dia Mundial de**
74 **Conscientização da Epilepsia. Informes - 1) Conselheiro José Vanilson Torres apresentou os**
75 **seguintes informes da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em**
76 **Saúde – ANEPS e do Movimento Nacional de População de Rua – MNPR: disponível sala de**
77 **cuidados das práticas integrativas durante os dois dias de reunião do Pleno - 14 e 15 de março**
78 **de 2019; organização da Conferência Livre de Educação Popular e sua interface com as**
79 **práticas integrativas e complementares de saúde (data a ser confirmada); realização do 4º**
80 **Encontro Nordeste de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde, de 14 a 17 de**
81 **novembro, em Lagarto/Sergipe; reunião da comissão de infraestrutura e cultura, arte e saúde e**
82 **divulgação, no mês de abril, no campus de Saúde de Lagarto; e serão realizadas conferências**
83 **livres de saúde da população de rua. 2) Conselheira Marisa Furia Silva fez um informe sobre o**
84 **Dia Mundial de Conscientização do Autismo e solicitou item de pauta na próxima reunião do**
85 **CNS para tratar do tema. O Dia Mundial do Autismo é comemorado em 2 de abril e visa ajudar**
86 **a conscientizar a população mundial sobre o Autismo, um transtorno no desenvolvimento do**
87 **cérebro que afeta cerca de 70 milhões de pessoas em todo o mundo. Para 2019, o tema**
88 **escolhido foi “Tecnologias assistivas, participação ativa”. 3) Conselheira Lenir Santos falou**
89 **sobre o Dia internacional da Síndrome de Down comemorado em 21 de março. Em 2019, o**
90 **tema é “Não deixe ninguém para trás” para mostrar que todas as pessoas com síndrome de**
91 **Down devem ter oportunidades de viver vidas plenas, incluídas em condições igualitárias com**
92 **os outros, em todos os aspectos da sociedade. Informou que, na condição de**
93 **presidente Federação Down, participaria da Conferência do Dia Internacional da Síndrome de**
94 **Down em Nova York-EUA, organizado pela entidade DSI (Down Syndrome International) e**
95 **ONU, que entre outros aspectos, teria como foco o conceito e a prática da educação**
96 **plenamente inclusiva e programas inovadores que oferecem oportunidades para todas as**
97 **pessoas. 4) conselheira Gláucia Tamayo Hassler Sugai fez um informe sobre a Consulta**
98 **Pública para revisão do Plano Nacional de Saneamento Básico, até 8 de abril de 2019 e**
99 **solicitou a participação de todos (plansab@idades.gov.br). Também comunicou que seriam**
100 **realizadas duas audiências públicas, no mês de março (dia 22 e dia 29) sobre o tema. 5)**
101 **conselheiro Renato de Jesus Padilha informou o Pleno sobre o Dia Mundial do Rim,**
102 **comemorado em 14 de março, que visa aumentar a conscientização sobre a crescente**
103 **presença de doenças renais em todo o mundo e a necessidade de estratégias para a**
104 **prevenção e o gerenciamento dessas doenças. 6) Conselheira Priscilla Viégas Barreto de**
105 **Oliveira fez os seguintes informes do FENTAS: 6.1. Programa Farmácia Popular –**
106 **preocupação com o desmonte e enfraquecimento – seria apresentada proposta de**
107 **encaminhamento ao Pleno; 6.2. Proposta de Recomendação contra a PEC 06/2019 – seria**
108 **apresentada posteriormente para deliberação; e 6.3. Proposta de Recomendação contra a MP**
109 **873/2019 – seria apresentada posteriormente para deliberação. 7) Informe sobre terceirização**
110 **dos postos de saúde de Porto Alegre e ações do Conselho Municipal de Porto Alegre para**
111 **enfrentar essa situação. 8) Conselheiro Adalto Vieira de Almeida fez um informe sobre a falta**
112 **de medicamento para pessoas transplantadas e sugeriu a criação de GT do CNS para tratar**

113 deste tema. **Indicações - 1)** Fórum Internacional de Saúde Familiar e Comunitária; (*ad*
114 *referendum* por conta do prazo para emissão de passagem). Data: 28 e 29 de março de 2019.
115 Local: Managua - Nicarágua. *Indicação:* Conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira.**
116 **Aprovada por unanimidade. 2)** Oficina do Projeto de Articulação e qualificação do Controle
117 social em Saúde do Trabalhador e Trabalhadora; (*ad referendum*). Data: 3 e 4 de abril de 2019.
118 Local: São Paulo/SP. *Indicação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza. Aprovada por**
119 **unanimidade. 3)** O Ministério Público do Trabalho solicita a indicação de representante para
120 composição do Grupo de Trabalho de Proteção à Gestante e Lactante Trabalhadora. Obs.: A
121 próxima reunião que ocorrerá no dia 28 de maio de 2019 (Dia Internacional de Ação pela
122 Saúde da Mulher e Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna) em Brasília-DF.
123 *Indicação:* manter o nome da conselheira **Vanja Reis dos Santos. Aprovada a indicação por**
124 **unanimidade. I - Substituição de ex-conselheiros em representações externas: 4)**
125 Indicação para composição na suplência do Programa Nacional de Apoio à Atenção
126 Oncológica (PRONON) e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com
127 Deficiência (PRONAS/PCD) em substituição ao ex-conselheiro Antônio Muniz. *Indicação:*
128 **Vitória Bernardes Ferreira. 5)** Indicação para composição da Comissão Própria de Avaliação
129 da FIOCRUZ (CPA-FIOCRUZ) em substituição ao ex-conselheiro Gerdo Bezerra de Faria.
130 *Indicação:* conselheiro **Giancarlo de Montemor Quagliariello. 6)** Indicação para composição
131 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS em substituição ao
132 ex-conselheiro Douglas Vinicius Pereira. *Indicação:* conselheiro **Adalto Vieira de Almeida.**
133 **Deliberação: as indicações para substituição de ex-conselheiros em representações**
134 **externas foram aprovadas, em bloco, por unanimidade. II - Indicações internas. 7)**
135 Indicação para substituição do Conselheiro Wanderley Gomes da Silva na Coordenação da
136 Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN. *Indicação:* conselheiro **André**
137 **Luiz de Oliveira,** coordenação; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior,** coordenação
138 adjunta. **8)** Indicação para substituição do conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior** na 2ª
139 Coordenação Adjunta da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS. *Indicação:*
140 conselheiro **Wanderley Gomes da Silva. 9)** Indicação para substituição da ex-conselheira
141 Heliana Neves Hemetério dos Santos na Coordenação Adjunta da Comissão Intersetorial de
142 Políticas de Promoção da Equidade – CIPPE. *Indicação:* conselheira **Madalena Margarida da**
143 **Silva Teixeira. Deliberação: as indicações internas foram aprovadas, em bloco, por**
144 **unanimidade.** Definido esse ponto, houve inversão de pauta entre os itens 3 e 8, conforme
145 aprovado pelo Pleno. **ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E**
146 **RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT - Coordenação:** conselheiro **Neilton Araújo de**
147 **Oliveira,** da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira,** da
148 Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* conselheira **Nara Monte Arruda,** coordenadora adjunta
149 da CIRHRT/CNS. Antes de apresentar os pareceres elaborados pela CIRHRT/CNS, a
150 coordenadora adjunta da Comissão informou que naquela tarde seria realizada reunião da
151 CIRHRT/CNS com representantes da Secretaria de Educação Superior - SESu e
152 Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior - Seres, para aliar pautas
153 comuns entre CNS e MEC. Dito isso, procedeu à apresentação dos 24 pareceres elaborados
154 pela CIRHRT/CNS, destacando, inicialmente, os seguintes aspectos dos processos analisados:
155 20 relativos a faculdades e quatro a centros universitários; concentração de cursos na Região
156 Sudeste e no Ceará; grande maioria de autorização; predomínio dos Cursos de Psicologia,
157 Odontologia e Enfermagem. Após breve explanação sobre as principais recomendações para
158 os satisfatórios com recomendações e justificativas para os insatisfatórios, procedeu à
159 apresentação dos pareceres. **a) Satisfatórios com recomendações. 1)** Processo e-MEC nº.
160 201809029. Faculdade Metropolitana de Horizonte – FMH. Pessoa Jurídica de Direito Privado -
161 Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Ceará. Horizonte. Psicologia. **2)**
162 Processo e-MEC nº. 201808428. Faculdade FADAM. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com
163 fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Ceará. Maracanaú. Psicologia. **3)** Processo
164 e-MEC nº. 201501179. Centro Universitário da Amazônia. Pessoa Jurídica de Direito Privado -
165 Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Pará. Santarém. Psicologia. **4)**
166 Processo e-MEC nº. 201802367. Faculdade Arnaldo Horácio Ferreira. Pessoa Jurídica de
167 Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Bahia. Luís Eduardo
168 Magalhães. Psicologia. **5)** Processo e-MEC nº. 201807571. Faculdade Avantis de Florianópolis.
169 Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Santa Catarina.
170 Florianópolis. Odontologia. **6)** Processo e-MEC nº. 201805788. Faculdade Salesiana de Santa
171 Teresa. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos - Associação de Utilidade
172 Pública. Mato Grosso do Sul. Corumbá. Enfermagem. **7)** Processo e-MEC nº. 201709169.

173 Faculdade Batista Brasileira do Recôncavo. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins
174 lucrativos – Sociedade Civil. Bahia. Cruz das Almas. Enfermagem. Feita a apresentação dos
175 pareceres, conselheiro Neilton Araújo de Oliveira interveio para ressaltar a importância de
176 acompanhar o desdobramento das recomendações dos CNS aos cursos analisados.
177 **Deliberação: os sete pareceres satisfatórios foram aprovados, em bloco, por**
178 **unanimidade. b) Insatisfatórios. 1)** Processo e-MEC nº. 201716269. Centro Universitário
179 Salesiano de São Paulo – UNISAL. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos –
180 Sociedade Civil. São Paulo. Campinas. Psicologia. **2)** Processo e-MEC nº. 201809122.
181 Faculdade Uberlandense de Núcleos Integrados de Ensino, Serviço Social e Aprendizagem –
182 FAESSA. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos – Sociedade Civil. Minas
183 Gerais. Uberlândia. Odontologia. **3)** Processo e-MEC nº. 201809390. Faculdade Boas Novas
184 de Ciências Teológicas, Sociais e Biotecnológicas. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem
185 fins lucrativos – Fundação. Amazonas. Manaus. Psicologia. **4)** Processo e-MEC nº. 201809989.
186 Faculdade Integrada da Amazônia. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos -
187 Sociedade Civil. Pará. Belém. Odontologia, **5)** Processo e-MEC nº. 201713022 - Faculdade
188 Invest de Ciências e Tecnologia – INVEST. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins
189 lucrativos - Sociedade Civil. Mato Grosso. Cuiabá. Enfermagem. **6)** Processo e-MEC nº.
190 201808628. Faculdade de Colider. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos –
191 Sociedade Civil. Mato Grosso. Colíder. Odontologia. **7)** Processo e-MEC nº. 201808453.
192 Faculdades Integradas Rui Barbosa. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos -
193 Sociedade Mercantil ou Comercial. São Paulo. Andradina. Odontologia. **8)** Processo e-MEC nº.
194 201807710. Faculdade Embu das Artes -(FAEMA). Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com
195 fins lucrativos - Sociedade Civil. São Paulo. Embu. Enfermagem. **9)** Processo e-MEC nº.
196 201502664. Faculdade Presidente Antônio Carlos de Uberlândia. Pessoa Jurídica de Direito
197 Privado - Sem fins lucrativos – Fundação. Minas Gerais. Uberlândia. Psicologia. **10)** Processo
198 e-MEC nº. 201709265. Faculdade Novo Tempo de Fortaleza – FNT. Pessoa Jurídica de Direito
199 Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Ceará. Fortaleza. Enfermagem. **11)** Processo e-
200 MEC nº. 201715474. Faculdade do CEFI. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins
201 lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Psicologia. **12)**
202 Processo e-MEC nº. 201711538. Faculdade Univeritas Versus Veritas Anápolis – Veritas.
203 Anápolis. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Goiás.
204 Anápolis. Odontologia. **13)** Processo e-MEC nº. 201711814. Faculdade Pitágoras de Belo
205 Horizonte – FPAS. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil.
206 Minas Gerais. Belo Horizonte. Enfermagem. **14)** Processo e-MEC nº. 201712924. Faculdades
207 Integradas Aparício Carvalho Vilhena - FIMCA-Vilhena. Pessoa Jurídica de Direito Privado -
208 Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Rondônia. Vilhena. Psicologia. **15)** Processo e-MEC nº.
209 201713368. Faculdade Fidelis – FF. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos -
210 Sociedade Civil. Paraná. Curitiba. Psicologia. **16)** Processo e-MEC nº. 201713341. Centro
211 Universitário Joaquim Nabuco de Recife. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins
212 lucrativos - Sociedade Civil. Pernambuco. Recife. Odontologia. **17)** Processo e-MEC nº.
213 201712183. Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto. Pessoa Jurídica de Direito Privado
214 - Com fins lucrativos - Sociedade Civil. São Paulo. Ribeirão Preto. Odontologia. Concluída a
215 apresentação, conselheira **Gláucia de Fatima Barban Morelli** perguntou qual era o
216 desdobramento dos pareceres insatisfatórios emitidos pelo CNS, uma vez que os estudantes
217 não poderiam ser prejudicados. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que o
218 parecer do CNS no processo de abertura, renovação e reconhecimento de cursos possuía
219 caráter consultivo. Sendo assim, esses pareceres deveriam ser enviados aos conselhos
220 estaduais e municipais de saúde para acompanhamento. Disse ainda que o CNS possui
221 agenda de debate com o MEC sobre essa e outras questões. Além disso, comunicou que o
222 CNS estava tratando com o MEC a retomada do envio dos processos dos cursos de Medicina
223 para análise do CNS. Também destacou que as entidades devem acompanhar de perto as
224 instituições de ensino que recebem pareceres do CNS, a fim de fiscalizar o cumprimento das
225 recomendações do Conselho. A coordenadora adjunta da Comissão destacou o trabalho da
226 CIRHRT na defesa da garantia de uma educação de qualidade para os alunos. Conselheira
227 **Gláucia Tamayo Hassler Sugai** salientou que seria importante também orientar os estudantes
228 a realizar consulta prévia sobre a instituição na qual pretendiam estudar. Conselheira **Priscilla**
229 **Viégas Barreto de Oliveira** lembrou a competência do SUS de ordenar a formação de
230 recursos humanos na área de saúde, nos termos da Constituição Federal, artigo 200. Após
231 essas falas, a mesa procedeu à votação dos pareceres. **Deliberação: aprovados em bloco,**
232 **por unanimidade, os dezessete pareceres insatisfatórios, apresentados pela**

233 **CIRHRT/CNS.** Com essa deliberação, a mesa encerrou esse ponto. **ITEM 4 – RADAR -**
234 **Panorama da Tuberculose no Brasil. Impacto da Medida Provisória nº 868/2018 -**
235 **Apresentação: Denise Arakaki,** Coordenadora Geral do Programa Nacional de Controle da
236 Tuberculose - CGPNCT/DEVIT/SVS/MS; e **Marcos Helano Fernandes Montenegro,** Frente
237 Nacional pelo Saneamento Ambiental – FNSA. **Coordenação: conselheiro Fernando Zasso**
238 **Pigatto,** Presidente do CNS; e conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos,** da Mesa Diretora
239 do CNS. **Panorama da Tuberculose no Brasil –** A Coordenadora Geral do Programa Nacional
240 de Controle da Tuberculose/MS, **Denise Arakaki,** fez uma exposição sobre o panorama da
241 tuberculose no Brasil e as medidas adotadas para enfrentar esse grave problema de saúde
242 pública. Começou explicando que, em 1993, a OMS declarou o retorno da tuberculose como
243 emergência mundial e o MS fez essa declaração nacional em 2003, após o surgimento dos
244 Objetivos do Desenvolvimento do Milênio – ODM. Inclusive, disse que o Brasil alcançou a meta
245 do ODM 2000-2015 de reduzir incidência e mortalidade. De 2016-2030, a OMS lançou o ODS –
246 2016-2030 com a meta ambiciosa de acabar com a epidemia de tuberculose (no Brasil, 10
247 casos para 10 mil hab.). Diante dessa meta, a OMS apresentou estratégia para acabar com a
248 tuberculose (*The end TB strategy*) – 2016-2035 e o Brasil lançou o plano “Brasil livre da
249 tuberculose” – 2017 a 2020 (no final deste ano, será feita revisão do Plano). No que se à
250 situação do Brasil no contexto global da tuberculose, destacou que é o único país das
251 Américas presente em duas listas de países prioritários: tuberculose (alta carga); e tuberculose
252 - HIV; 46% de todos os casos novos de tuberculose no mundo; 40% de todos os óbitos por
253 tuberculose; e 1/3 de todos os casos da América. Em 2017, disse que foram 4.500 mortes por
254 tuberculose no Brasil; 73.000 pessoas com tuberculose - 10,4% da população privada de
255 liberdade; e 8,7% de pessoas vivendo com HIV/AIDS (1ª causa de morte nessa população). Do
256 total de 73.000, a situação é a seguinte: 71% de cura; 10% de abandono; 76% testados para
257 HIV; 54% dos contatos examinados. Em síntese, explicou, o Brasil consegue fazer grande
258 número de detecção, mas muitas pessoas morrem durante o tratamento. Seguindo, disse que
259 o país apresenta pequena tendência de queda no número de casos, mas é preciso acelerar –
260 34,8%. Para ilustrar, destacou, de um lado, Amazonas e Rio de Janeiro que possuem
261 altíssimas incidências e, de outro, Tocantins e Distrito Federal com índices próximos da
262 eliminação. No que se refere ao coeficiente de incidência de tuberculose por raça, Brasil, 2013,
263 destacou: 65% dos pacientes são pretos e pardos e 32,6% brancos. Fez um destaque ainda
264 aos povos indígenas, pois a cada 100 mil indígenas, 94 tiveram tuberculose. Citou ainda
265 percentual de casos novos de tuberculose por escolaridade, Brasil, 2001 a 2018, com destaque
266 para queda no grupo de analfabetos até 2016 e posterior elevação, o que pode ser reflexo da
267 crise econômica. No que se refere ao coeficiente de mortalidade, disse que em 2015, o Brasil
268 alcançou as metas do ODM, com tendência de queda. Sobre o coeficiente de mortalidade por
269 tuberculose, por Estado, destacou Rio de Janeiro e Amazonas que possuem incidência e
270 mortalidade altas e Pernambuco incidência menor, mas mortalidade alta (situação mais grave).
271 Fez questão de destacar ainda que a tuberculose é uma doença mais social do que biológica.
272 Diante desse quadro, apresentou as principais atividades realizadas de acordo com as três
273 estratégias do Plano: prevenção e cuidados integrados centrados na pessoa com tuberculose;
274 políticas arrojadas e sistemas de apoio; e intensificação das pesquisas e inovação. Detalhou as
275 linhas de atividades: Workshop sobre proteção social; em 2017, Plano Nacional pelo fim da TB,
276 lançamento do 1º boletim epidemiológico TB-HIV; lançamento de rede de pesquisa na BRICS;
277 avaliação de produtos da Índia; estudo para acompanhar as crianças vacinadas com vacinas
278 fabricadas na Índia; 2018 – curso análise dados p CPC (UnB, USP, UFBA), parceria
279 DEPEN/Fiocuz “Prisões livres de TB”, implantação INH 300g, implantação vigilância das
280 pessoas infectadas e lançamento de protocolo de transferência. Também elencou as
281 fortalezas: TB na agenda prioritária do governo; Frente Parlamentar de luta contra a TB;
282 Articulação com Sociedade civil (Comitês, Parceria Brasileira, Rede TB, CCAP/Brasil);
283 diagnóstico e tratamento padronizado no SUS; ampliação da rede de teste rápido molecular;
284 publicação de novos protocolos de vigilância (óbito, infecção latente, transferência);
285 reconhecimento internacional; parcerias intra e intersetoriais; e parcerias internacionais. Por
286 fim, apresentou os principais desafios: melhoria dos sistemas de informação; fortalecimento da
287 capacidade laboratorial; incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas; e
288 fortalecimento das ações em populações vulneráveis, incluindo imigrantes. **Manifestações.**
289 Conselheira **Marisa Furia Silva** perguntou que estratégias de outros países para eliminar a
290 tuberculose poderiam ser adotadas pelo Brasil. Conselheira **Evalcilene Costa dos Santos**
291 quis saber quais as estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para eliminar a tuberculose
292 nas populações em situação de vulnerabilidade como negra e privada de liberdade.

293 Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** fez um destaque ao Projeto Verão sem AIDS –
294 Valorizando a Vida, idealizado pelo conselheiro Donizetti Scaboli, uma referência nacional e
295 internacional, com orientações sobre as formas para evitar o contágio da doença, bem como
296 informações sobre teste do HIV e tratamento e sugeriu que iniciativas como essa fossem
297 adotadas para o enfrentamento da tuberculose. Conselheira **Lais Alves de Souza Bonilha**
298 solicitou olhar atencioso do Ministério da Saúde para a situação dos pacientes diagnosticados
299 que não conseguem ter acesso ao tratamento. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de**
300 **Souza** solicitou que o CNS atualize a Resolução nº 444, de 6 de julho de 2011, que trata do
301 enfrentamento da tuberculose no Brasil e destacou a importância de maior reforço da rede de
302 saúde para enfrentar essa grave situação. Conselheiro **José Vanilson Torres** chamou a
303 atenção para altos índices de tuberculose na população em situação de rua e solicitou maiores
304 informações sobre o recorte e ações específicas voltadas a esse segmento. Conselheira **Vânia**
305 **Lúcia Ferreira Leite** destacou a importância do debate deste tema no CNS, inclusive para
306 enfrentar o estigma acerca da doença. Também aproveitou para denunciar que um posto de
307 saúde em Anápolis/GO não estava vacinando recém-nascidos contra a BCG por falta da
308 caderneta da criança e solicitou ao MS providências para que isso não continuasse a ocorrer.
309 Conselheira **Geridice Lorna Andrade de Moraes** solicitou maiores informações sobre o perfil
310 da população em situação de rua e de jovens e reforçou a importância do cuidado
311 supervisionado e da ampliação dos consultórios de rua para atendimento. Conselheira **Gláucia**
312 **de Fatima Barban Morelli** perguntou por que os Estados não estavam alcançando a meta de
313 eliminação da tuberculose. Conselheira **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, em relação
314 aos testes de diagnóstico da tuberculose, perguntou se foi incluída a diferenciação entre os
315 bacilos (*Mycobacterium tuberculosis* ou *Mycobacterium Bovis*). Também chamou a atenção
316 para o problema da transmissão da tuberculose por meio do consumo de leite cru e queijos e
317 reiterou a necessidade de fazer levantamento dos pacientes contaminados. Conselheira **Sueli**
318 **Terezinha Goi Barrios** avaliou que a tuberculose é uma das doenças mais negligenciadas no
319 Brasil, que acomete prioritariamente a população preta e parda, que moram em áreas com
320 grande vulnerabilidade. Avaliou que essa situação e outras se agravarão por conta das atuais
321 políticas de governo, inclusive de desmonte do PSF e do Programa mais Médicos e perguntou
322 se o Ministério da Saúde vinha debatendo essa situação com outros órgãos. Conselheira
323 **Francisca Valda da Silva** disse que a categoria da enfermagem enfrentava o problema de
324 doenças negligenciadas e avaliou que no país paira a ameaça de voltar a situação de epidemia
325 ocorrida na década de 70. Conclamou a todos a lutar contra a PEC da desvinculação total de
326 receita, inclusive para assegurar mais recursos à prevenção e ao tratamento. Conselheiro
327 **Antônio César Silva Mallet** destacou que os dados da situação de saúde eram essenciais
328 para formulação da política e frisou que era preciso incluir a atenção básica, na linha da
329 capilaridade, para o enfrentamento da tuberculose no Brasil. Conselheira **Michele Seixas de**
330 **Oliveira** sentiu falta de dados sobre pessoas que moram em favelas e fez um destaque à
331 situação crítica do Rio de Janeiro em número de casos de tuberculose. **Retorno da mesa.** A
332 Coordenadora Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose/SVS/MS, **Denise**
333 **Arakaki**, respondeu, de forma abrangente, as questões colocadas: o Brasil é heterogêneo e
334 esse é um fator considerado na definição das ações; na linha da capilaridade, em 2019, será
335 feito treinamento de mais de 100 mil agentes comunitários para diversos agravos, inclusive
336 tuberculose; é feito trabalho em bloco com a SVS e SAS, para enfrentamento de um conjunto
337 de doenças; não há tuberculose nos países com alto IDH, como Canadá, Japão, Estados
338 Unidos; a tuberculose é uma doença social e o Brasil realizou workshop internacional a
339 respeito; será feito estudo sobre as necessidades da população com tuberculose para subsidiar
340 a definição de políticas a esse segmento; já é feita interlocução entre SUS e SUAS, com
341 debate inclusive para que pessoas com tuberculose consigam acessar, de forma mais rápida,
342 os benefícios de proteção social e há articulação com IPEA, Sistema de Assistência Social e
343 Ministério de Segurança Pública para definição de ações; é preciso fiscalizar para fazer cumprir
344 as recomendações sobre vacinação; ainda que não seja possível diferenciar os bacilo da
345 tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis* ou *Mycobacterium Bovis*), o tratamento é o mesmo
346 para ambos; será lançada campanha pelo dia 24 de março e será enviada mensagem para
347 central única das favelas com vistas a incluir esse segmento - estudo na Rocinha mostra que
348 ações de prevenção são eficazes; o sistema de informação não possui georreferenciamento,
349 mas alguns municípios já conseguem identificar onde são os *hot pots* da tuberculose; no Portal
350 da Saúde estão disponíveis informações sobre situação epidemiológica da tuberculose e há
351 também *Blog* da tuberculose, que não é um canal oficial do MS, mas possui selo de qualidade
352 da FIOCRUZ; agradecimento à categoria da Enfermagem pelos resultados eficazes no

353 combate à tuberculose; e sobre a situação da população em situação de rua e em albergue, o
354 MS dialoga com a Secretaria de Assistência Social para garantir atendimento a essa população
355 e tem tentado avançar nas ações de diagnóstico, tratamento (apesar de ser uma pequena
356 parcela, é complexa e precisa de maior atenção). Após essa fala, a mesa agradeceu a
357 presença da convidada e passou ao outro item do radar. **Impacto da Medida Provisória nº**
358 **868/2018** - O representante da FNSA, **Marcos Helano Fernandes Montenegro**, fez uma
359 explanação sobre a Medida Provisória nº. 868, de 27 de dezembro de 2018, que “atualiza o
360 marco legal de saneamento básico”. Começou pontuando os antecedentes: MP nº. 844, de 6
361 de julho de 2018 - não foi votada e perdeu sua eficácia em novembro de 2018; e MP nº. 866,
362 de 27 de dezembro de 2018 - reedição da MP nº. 844. No que diz respeito a MP nº. 868/2018,
363 explicou que a maior preocupação refere-se ao principal objetivo que era privatizar,
364 entendendo tratar-se de ofensa à autonomia estatal. Sobre a regulação do saneamento, a MP
365 define que: “Art. 4º- C: A Agência Nacional de Águas estabelecerá normas; e Art. 4º-D: O
366 acesso aos recursos públicos federais ou à contratação de financiamentos com recursos da
367 União ou com recursos geridos ou operados por órgãos ou entidades da administração pública
368 federal, quando destinados aos serviços de saneamento básico, serão condicionados à
369 aderência as normas da ANA”. Sobre Gestão associada, a Lei nº. 11.107 determina: “§
370 5º Mediante previsão do contrato de consórcio público, ou de convênio de cooperação, o
371 contrato de programa poderá ser celebrado por entidades de direito público ou privado que
372 integrem a administração indireta de qualquer dos entes da Federação consorciados ou
373 conveniados; e § 6º O contrato celebrado na forma prevista no § 5º deste artigo será
374 automaticamente extinto no caso de o contratado não mais integrar a administração indireta do
375 ente da Federação que autorizou a gestão associada de serviços públicos por meio de
376 consórcio público ou de convênio de cooperação”. Destacou que a MP 868/2018 facilita a
377 venda das Estatais, definindo que: “Art. 8º-D. Excetuam-se da hipótese prevista no § 6º do art.
378 13 da Lei nº 11.107, de 2005, os casos de alienação do controle acionário de companhia
379 estatal prestadora de serviços públicos de saneamento básico.” Detalhou que a Lei nº 11.107,
380 nos §§ 5º e 6º, determina que: “Mediante previsão do contrato de consórcio público, ou de
381 convênio de cooperação, o contrato de programa poderá ser celebrado por entidades de direito
382 público ou privado que integrem a administração indireta de qualquer dos entes da Federação
383 consorciados ou conveniados; e “O contrato celebrado na forma prevista no § 5º deste artigo
384 será automaticamente extinto no caso de o contratado não mais integrar a administração
385 indireta do ente da Federação que autorizou a gestão associada de serviços públicos por meio
386 de consórcio público ou de convênio de cooperação”. Disse ainda que a Medida promoverá o
387 desmonte das Companhias Estaduais ao definir que “Art. 10-C. Nas hipóteses legais de
388 dispensa de licitação, anteriormente à celebração de contrato de programa, previsto na Lei nº
389 11.107, de 2005, o titular dos serviços publicará edital de chamamento público com vistas a
390 angariar a proposta de manifestação de interesse mais eficiente e vantajosa para a prestação
391 descentralizada dos serviços públicos de saneamento.” Detalhou que, se mantido, esse
392 dispositivo permitiria à iniciativa privada disputar com as companhias públicas apenas os
393 municípios superavitários. Com isso, as companhias públicas poderão perder o equilíbrio
394 financeiro e serão obrigadas a atender os municípios com mais problemas, o que limitará a
395 capacidade de investimento do setor público e levará ao sucateamento dos serviços. No artigo
396 11, acrescentou, a MP define que são condições de validade dos contratos que tenham por
397 objeto a prestação de serviços públicos de saneamento básico (§§ 5º-A a 7º revogados). A
398 esse respeito, destacou que o planejamento é condição substancial para se buscar a
399 universalização e uma prestação de serviços eficientes. Desde modo, não faz sentido que
400 somente com o estudo, diagnóstico e comprovação da viabilidade se possa decidir por uma
401 concessão. Aliás, é nos instrumentos de planejamento que o titular fará estas escolhas. Por
402 fim, após a elaboração, as metas e o contrato serão revistos. Saliou ser necessário focar
403 para que todos os municípios brasileiros tenham os seus planos. As possibilidades de
404 simplificação dos planos de saneamento básico já estão contempladas no artigo 19. Diante
405 disso, detalhou as propostas enviadas ao governo federal: **1)** ampliação dos subsídios:
406 subsidiar tarifas sociais de água e esgoto com vistas a promover o acesso dos serviços à
407 população que realmente precisa e que se enquadre dentro dos critérios estabelecidos para
408 outros benefícios sociais do governo, e incluir o subsídio para saneamento na política social do
409 Governo Federal - criar Fundo Nacional de Saneamento Básico para prestadores públicos; **2)**
410 mecanismos de transparência e de informação: estruturar e fortalecer o Sistema Nacional de
411 Informações Sobre Saneamento Básico — SINISA, inclusive na função de portal nacional para
412 acompanhamento das metas de universalização dos planos municipais de saneamento básico;

413 3) redução dos custos: desonerar o setor da cobrança do PIS/COFINS, cujos valores estariam
414 vinculados a investimentos para a universalização da prestação dos serviços de saneamento
415 básico; e 4) apoio aos prestadores de serviços: criar programa nacional de apoio e assistência
416 técnica aos prestadores públicos. Finalizando, disse que foram protocoladas 501 emendas à
417 Medida e várias entidades manifestaram-se contrárias, entre elas, FNSA, FNU, ASSEMAE,
418 AESBE, ABES, ABAR, ABM e FNP. Por fim, disse que a expectativa era que o CNS apoiasse e
419 fortalecesse a luta para derrotar essa Medida. **Manifestações.** Conselheiro **Moysés**
420 **Longuinho Toniolo de Souza** perguntou quais seriam os impactos da Medida e como ficaria a
421 conexão com as agências regulatórias das bacias hidrográficas. Também manifestou
422 preocupação com a possibilidade de privatização da água, o bem mais precioso do planeta.
423 Como encaminhamento, sugeriu que CNS apoie a luta contra essa Medida Provisória.
424 Conselheira **Gláucia Tamayo Hassler Sugai** fez um contraponto à fala do expositor, na
425 condição de representante do Ministério das Cidades. Falou sobre o Projeto Regulação,
426 desenvolvido pelo Ministério das Cidades, realizado sob sua coordenação, que capacitou cinco
427 agências beneficiárias sobre assuntos diversos. Antes desse projeto, verificou-se que as
428 Agências careciam de critérios técnicos, de informações, de conhecimento, além do apoio do
429 governo federal. Disse que não se manifestaria sobre o mérito da Medida, mas esclareceu que
430 esse dispositivo determinava, entre outros aspectos, que a ANA editaria diretrizes regulatórias,
431 que foram a base dos estudos do Projeto Regulação. Além disso, a Medida assegurava a
432 participação social e a integração dos planos de saneamento, além de determinar a criação de
433 conselho interministerial. Finalizando, disse que desejaria analisar mais profundamente a fala
434 do expositor. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto** manifestou satisfação com a presença do
435 expositor, porque possibilita articulação e troca de saberes entre os espaços de controle social.
436 Entendendo a necessidade de posicionamento do CNS a respeito da Medida que, entre outros
437 aspectos, ataca a construção coletiva baseada na Constituição Federal e nas leis do país,
438 disse que seria elaborada minuta de recomendação para apreciação do Pleno. **Retorno da**
439 **mesa.** O representante da FNSA, **Marcos Helano Fernandes Montenegro**, fez as seguintes
440 considerações acerca das falas: a visão que embasa a Medida Provisória é a de que o serviço
441 público de saneamento básico é mais um negócio que precisa ser desestatizado e precisa ter
442 menos investimento do Estado; negócio não visa garantir equidade, expandir atendimento às
443 populações mais necessitadas e integrar outras políticas públicas; será feito trabalho de
444 esclarecimento e tentativa de convencimento dos parlamentares que irão votar a Medida; a
445 Associação Brasileira das Agências de Regulação é contra a Medida; é preciso refletir: “qual é
446 a urgência que se justifica que seja tratado como MP ao invés de lei?”; e lembrando que o
447 debate da Lei 11.445 durou três anos, ouvindo os diferentes posicionamentos, não há
448 justificativa para urgência desta Medida (este dispositivo ofende a autonomia que a
449 Constituição Federal garante aos Estados e Municípios). Após essa fala, o Presidente do CNS
450 passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno decidiu elaborar recomendação sobre**
451 **a Medida Provisória nº. 868/2018 a ser apresentada e apreciada no último item da pauta.**
452 Com esse encaminhamento, a coordenação da mesa agradeceu o expositor e encerrou o item.
453 Na sequência, o Presidente do CNS justificou que não estaria presente à reunião no período da
454 tarde porque participaria de cerimônia para receber, em São Paulo, o Prêmio “100 Mais
455 Influentes da Saúde 2019”, organizado pelo Grupo Mídia premiação. Com essa fala, às 12h45,
456 suspendeu para o almoço. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras na
457 manhã do primeiro dia de reunião: *Titulares* - **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**,
458 Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras – SUPERANDO;
459 **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Lacerda**
460 **Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares
461 – CONTAG; **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
462 Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de
463 Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social –
464 CFESS; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN;
465 **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;
466 **Geridice Lorna Andrade de Moraes**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares
467 – ABRAZ; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados,
468 Pensionistas e Idosos - SINTAPI/CUT; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos
469 Odontologistas – FNO; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **Laís Alves de**
470 **Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos**
471 **Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Anibal**
472 **Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marisa Furia Silva**,

473 Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de
474 Psicologia – CFP; **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra
475 a AIDS – ANAIDS; **Nara Monte Arruda**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Neilton**
476 **Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, Associação
477 Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação
478 Brasileira de Nutrição – ASBRAN; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos
479 Enfermeiros – FNE; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema
480 Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**,
481 Associação Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA; **Valdenir Andrade França**, Coordenação
482 das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; e **Vanja Andréa Reis dos**
483 **Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM. *Suplentes* - **Adauto Vieira de Almeida**,
484 Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais – MBHV; **Adolorata Aparecida**
485 **Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Ana Clébea Nogueira**
486 **Pinto de Medeiros**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio a Saúde da
487 Mama – FEMAMA; **Antônio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde; **Carlos Alberto Eilert**,
488 Conselho Federal de Educação Física - CONFECF; **Casemiro dos Reis Júnior**, Federação
489 Médica Brasileira – FMB; **Dirceu Bartolomeu Greco**, Sociedade Brasileira de Bioética – SBB;
490 **Elias Marques Ferreira**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Erivelto Fernandes do**
491 **Nascimento**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena – FPCONDISI;
492 **Evalcilene Costa dos Santos**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas – MNCP;
493 **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca**
494 **Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geovanny Costa Silva**,
495 Movimento Negro Unificado – MNU; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos
496 Trabalhadores – CUT; **Getúlio Pereira de Oliveira Júnior**, Conselho Federal de Biologia –
497 CFBio; **Giancarlo de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia – CFO;
498 **Gláucia de Fatima Barban Morelli**, Confederação das Mulheres do Brasil – CMB; **Gláucia**
499 **Tamayo Hassler Sugai**, Ministério das Cidades; **Ilda Angélica Corrêia**, Confederação
500 Nacional dos Agentes Comunitário de Saúde – CONACS; **João Donizeti Scaboli**, Força
501 Sindical – FS; **José Vanilson Torres**, Movimento Nacional de População de Rua – MNPR;
502 **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência
503 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos
504 Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDNAPI/FS; **Manuelle Maria Marques Matias**,
505 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Marlene Pereira dos Santos Oliveira**,
506 Instituto Lado a Lado pela Vida; **Maria do Carmo Andrade Filha** - Carmem Pankararu,
507 Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena - SINDCOPSI; **Michele Seixas**
508 **de Oliveira**, Articulação Brasileira de Lésbicas – ABL; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**,
509 Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; **Renato de Jesus Padilha**, Federação Nacional das
510 Associações de Pacientes Renais do Brasil – FENAPAR; **Rodrigo César Faleiros de Lacerda**,
511 Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Rodrigo dos Santos**
512 **Santana**, Ministério da Saúde; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos
513 do Brasil – CNBB; **Vitória Bernardes Ferreira**, Associação Amigos Múltiplos pela Esclerose –
514 AME; e **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia - CFF. Retomando
515 às 14h10, a mesa foi composta para o item 5 da pauta. **ITEM 5 – VIOLÊNCIA CONTRA AS**
516 **MULHERES: QUESTÕES PARA A SAÚDE** - *Apresentação:* **Olgamir Amância**, Decana de
517 Extensão da Universidade de Brasília – UnB; **Mônica Neri**, Coordenadora Geral da Saúde das
518 Mulheres - CGSM/DAPES/ MS; e **Renata Sakai**, Departamento de Vigilância de Doenças e
519 Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTPS/SVS/MS. *Coordenação:*
520 conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Elaine**
521 **Junger Pelaez**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, conselheira **Vanja**
522 **Andréa Reis dos Santos** saudou as expositoras e, para embasar a discussão, apontou os
523 seguintes dados sobre violência contra as mulheres: a cada 11 minutos, uma mulher é
524 estuprada; 85% das mulheres não gostam de ser assediadas; 56% das mulheres entre 16 e 24
525 anos, já sofreram assédio; alto índice de violência contra meninas e mulheres dentro das suas
526 casas; grande parte das violências domésticas não são notificadas; e parte dos leitos de saúde,
527 destinados a parturientes, é destinada a mulheres em situação de abortamento. Além desses
528 dados alarmantes, fez um destaque à queda drástica do número de exames para mulheres
529 realizados no país, nos últimos dois anos e às dificuldades enfrentadas pelas mulheres para
530 entrar no mercado do trabalho, serem promovidas e permanecerem. Por fim, disse que toda a
531 situação vivenciada pela mulher por conta de uma cultural patriarcal e machista resulta
532 negativamente em sua saúde, portanto, o CNS deve debater e definir encaminhamentos para

533 melhorar a vida das brasileiras e do povo como um todo. Conselheira **Elaine Junger Pelaez**
534 destacou que este debate em alusão ao Dia Internacional da Mulher deve reforçar a luta e a
535 resistência em favor dos direitos das mulheres, considerando o acúmulo dos trabalhos
536 desenvolvidos pelo CNS nos últimos anos, com destaque para a 2ª Conferência de Saúde das
537 Mulheres e o trabalho da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMu. Salientou que
538 era preciso debater a inserção desigual das mulheres no cenário machista, patriarcal e
539 capitalista e as consequências para a saúde das mulheres. Para subsidiar a discussão,
540 apontou os seguintes dados: as mulheres ocupadas no mercado de trabalho dedicam 17,3
541 horas semanais a tarefas domésticas e os homens 8,5 horas; remuneração dos homens é
542 28,8% superior a das mulheres; e nas áreas de educação, saúde e social, em que a mulher é
543 maioria, a remuneração para homens é 67,2% maior que a das mulheres. Finalizando, disse
544 era preciso aprofundar o debate desta temática, considerando as suas diversas dimensões,
545 para modificar o quadro de exploração, opressão e violência contra as mulheres. Após essas
546 considerações iniciais, a mesa abriu a palavra para as expositoras. A Coordenadora da
547 CGSM/DAPES/ MS, **Mônica Neri**, iniciou agradecendo o convite para tratar do tema violência
548 contra as mulheres, entendendo que é preciso ampliar este debate para aprofundar o seu
549 enfrentamento. Também cumprimentou a todas pelo Dia Internacional da Mulher e frisou a
550 importância da luta para manter e ampliar os direitos. Informou o Pleno sobre a Campanha
551 Nacional de 80 dias de ações pela Saúde das Mulheres, de 8 de março (Dia Internacional da
552 Mulher) a 28 de maio (Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e Dia Nacional de Luta
553 pela Redução da Mortalidade Materna) que irá trabalhar as seguintes temáticas: mobilização
554 dos parceiros para organização das atividades; atenção à saúde das mulheres em situação de
555 violência; ações de imunização; atenção ao Pré-Natal; ações de prevenção e atenção às
556 doenças crônicas; fortalecimento das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento;
557 atenção à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; e ações para redução da mortalidade materna.
558 Dada a importância dessa iniciativa, solicitou o apoio do CNS na divulgação. Sobre violência
559 contra as Mulheres e as questões para a saúde, explicou que todos os serviços de saúde
560 devem atender de forma integral todas as mulheres em situação de violência, em consonância
561 com os princípios do SUS e a Constituição Federal, além de desenvolverem ações
562 intersetoriais para o enfrentamento a todas as formas de violência. No que diz respeito aos
563 contextos da violência, explicou que o Brasil é o quinto país do mundo com maior índice de
564 homicídios de mulheres, ficando atrás somente para El Salvador, Colômbia, Guatemala (três
565 países latino-americanos) e a Federação Russa e acrescentou que essas mortes representam
566 13 homicídios femininos diários (WAISELFSZ, 2015). Explicou que, de acordo com o Atlas da
567 Violência (2018), em 2016, 4.645 mulheres foram assassinadas no país, o que representa uma
568 taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras. Em 10 anos, observa-se um aumento de
569 15,3%. Com relação à violência sexual, disse que foram registrados 60.018 estupros em 2017,
570 uma média de seis a cada hora, um a cada 9 minutos (Anuário de Segurança Pública, 2018).
571 Apesar do alto número de casos registrados, é preciso destacar que a maioria das mulheres
572 que sofre violência sexual não registra denúncia na polícia. Acrescentou que as mulheres
573 negras são as maiores vítimas na violação dos direitos humanos, dentre elas, a violência. Das
574 notificações de violência doméstica contra mulheres, 58,9% referem-se a negras, segundo
575 registros do Ligue 180 – Central de Atendimento à Mulher, em 2015. Elas também são as mais
576 vitimizadas pela mortalidade materna (53,6%). Mostrou um quadro com número de casos
577 notificados de Violência – Brasil – SINAN: **a)** 2014 – feminino: 14.127; masculino: 1.959; **b)**
578 2015 – feminino: 14.183; e masculino: 1.906; **c)** 2016 – feminino: 15.682; e masculino: 2.187;
579 **d)** 2017 - feminino: 18.099, masculino: 2.338; e **e)** 2018 - feminino: 19.568; e masculino: 2.701.
580 Seguindo, explicou que, de 2005 a 2015, a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 -
581 realizou quase 5 milhões de atendimentos, sendo pedido de informações a maior demanda,
582 seguido do encaminhamento para serviços da rede de Enfrentamento à Violência contra as
583 Mulheres e de relatos de violência. No Balanço de 10 anos do Ligue 180, explicou que a
584 análise dos relatos de violência aponta que em 67,36% dos casos as violências foram
585 cometidas por homens com quem as vítimas têm ou tiveram algum vínculo afetivo:
586 companheiros, cônjuges, namorados ou amantes; e 27% dos relatos de violência foram
587 cometidos por familiares, amigos, vizinhos ou conhecidos. Quanto à frequência da violência, a
588 análise dos relatos apontou que em 38,72% dos casos ocorre diariamente e em 33,86% a
589 frequência é semanal. Destacou que a análise dos dados aponta também que 77,83% das
590 vítimas possuem filhos (as) e que mais de 80% desses filhos (as) presenciaram ou sofreram a
591 violência. No que se refere aos tipos de Violências Relatadas (2006 a 2015) no Ligue 180,
592 disse que a violência física representa mais da metade dos relatos de violência (56,72%),

593 seguida da violência psicológica (27,14%). Também pontuou que, segundo dados do Atlas da
594 violência sobre feminicídio, em 2016, 4.645 mulheres foram assassinadas no país, o que
595 representa uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras. Em dez anos, observa-se
596 uma variação de 15,3%. Considerando os mesmos dados de 2016, desagregando a população
597 feminina por raça/cor, a taxa de homicídios é maior entre as mulheres negras (5,3%) que entre
598 as não negras (3,1%) – a diferença é de 71%. Considerando os 10 anos da série, a taxa de
599 homicídios das mulheres negras aumentou 15,4%, enquanto a taxa das mulheres não negras
600 diminuiu 8%. Continuando, destacou as consequências da violência para a saúde – OPAS:
601 problemas para a saúde física, mental, sexual e reprodutiva a curto e longo prazo para
602 sobreviventes e seus filhos; altos custos sociais e econômicos; homicídio e/ou suicídio;
603 gestações indesejadas, abortos induzidos, problemas ginecológicos e infecções sexualmente
604 transmissíveis, incluindo o HIV; depressão, estresse pós-traumático e outros transtornos de
605 ansiedade, dificuldades de sono, transtornos alimentares e tentativas de suicídio; dores de
606 cabeça, dor nas costas, dor abdominal, fibromialgia, distúrbios gastrointestinais, mobilidade
607 limitada e problemas de saúde em geral; e pode levar a um aumento no tabagismo, consumo
608 de drogas e álcool e comportamentos sexuais de risco na vida adulta. Nesse contexto, falou
609 sobre os compromissos do Ministério da Saúde, destacando, inicialmente, a Política Nacional
610 de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM que visa promover a melhoria das condições
611 de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente
612 constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência
613 e recuperação da saúde em todo território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e
614 mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida
615 e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; e ampliar,
616 qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS. Ainda nos compromissos
617 do Ministério da Saúde, em relação à igualdade de gênero, destacou a meta de alcançar a
618 igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas. Nessa linha, citou o ODS 5.2
619 “Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas
620 públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos”. No que se refere
621 à saúde e bem-estar, destacou assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para
622 todas e todos, em todas as idades. Nessa direção, citou o ODS 3.1 “Reduzir a taxa de
623 mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos”. Nas ações
624 da CGSMU, destacou “promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de
625 violência doméstica e sexual”. Nessa linha, destacou: Leis e portarias - critérios, diretrizes e
626 obrigatoriedades para organização dos serviços de referência, o atendimento às pessoas em
627 situação de violência, Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos de
628 aborto previstos em Lei, notificação e valores de procedimentos, habilitação de serviços,
629 integração intersetorial; apoio técnico aos estados para fortalecimento das redes de atenção e
630 enfrentamento às violências, habilitação e organização de serviços de referência para
631 atendimento, coleta de vestígios e interrupção legal da gestação; Projeto UFSC - Ações de
632 abrangência nacional para enfrentamento da violência doméstica: Oferta de curso EaD;
633 capacitação de 500 profissionais vinculados à rede de proteção e 300 lideranças comunitárias;
634 impressão de Guia para profissionais e cartilha para usuárias do SUS; 2ª. Etapa Pesquisa da
635 Ouvidoria do SUS “Acompanhamento dos Serviços de Referência para Atenção Integral às
636 mulheres em situação de violência sexual cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de
637 Estabelecimento de Saúde – SCNES”; Oferta de cursos presenciais e EAD sobre atenção
638 humanizada às mulheres em situação de violência, violência de gênero, implantação de
639 serviços, coleta de vestígios, interrupção da gravidez nos casos previstos em lei; elaboração de
640 normas técnicas; e articulação interinstitucional/Ministério da Justiça - ampliação da oferta da
641 coleta de vestígio. Citou ainda documentos do MS que normatizam a atenção à saúde das
642 pessoas em situação de violência sexual. Sobre o “8 de março de 2019”, disse que a data
643 remete à luta pelos direitos das mulheres, melhores condições de vida, trabalho e igualdade de
644 gênero. Na ONU, citou o tema central “Pensemos em igualdade, construção com inteligência e
645 inovação para a mudança” - foco nas formas inovadoras para a defesa da igualdade de gênero
646 e empoderamento das mulheres, em especial aquelas relativas aos sistemas de proteção
647 social, acesso aos serviços públicos e infraestrutura sustentável. No caso do Ministério da
648 Saúde, destacou novamente a estratégia “80 Dias de Ações pela Saúde da Mulher” – de 8 de
649 março - Dia Internacional da Mulher – a 28 de maio, Dia Internacional de Luta pela Saúde da
650 Mulher e Dia Nacional de Luta pela Redução da Mortalidade Materna. Ao final, informou que
651 será realizado seminário sobre essas temáticas e o CNS está convidado. Acrescentou que
652 durante os 80 dias de mobilização para promoção da saúde será feita divulgação e

653 intensificação de ações do SUS nos territórios, com realização de iniciativas estratégicas em
654 todo país, envolvimento de profissionais e gestores de saúde e sociedade civil (pré-natal, parto,
655 imunização, infecções sexualmente transmissíveis, doenças crônicas, violência, mulheres
656 idosas), com olhar para a mulher em todo seu ciclo de vida. Também falou sobre o Aplicativo
657 *Ciclo de Vida* que oferta de orientações gerais para as mulheres sobre cuidados em saúde,
658 direitos, diversidade, alimentação, sexualidade e prevenção. O aplicativo também apresenta
659 conteúdos que possibilitam às mulheres a identificação dos ciclos e tipos de violência. Além
660 disso, traz um diferencial para as situações de emergência, por meio de acionamento e envio
661 de localização para sua rede de proteção previamente cadastrada. Além disso, traz
662 informações sobre a rede de serviços públicos disponíveis para atender mulheres em situação
663 de violência (serviços de saúde, assistência social, justiça e segurança pública) além de outros
664 conteúdos relativos à saúde das mulheres – cuidados em saúde, prevenção, alimentação
665 saudável, direitos, sexualidade e diversidade. Finalizando, disse que em momentos de “crise”
666 os direitos são questionados, portanto, é preciso continuar a luta para manter as conquistas.
667 Na sequência, expôs a representante do DANTPS/SVS/MS, **Renata Sakai**, que iniciou
668 pontuando os impactos da violência na vida das mulheres: comportamentos nocivos em saúde;
669 marcas profundas; tentativas de suicídio; ferimentos físicos; problemas de saúde física, mental
670 e reprodutiva; depressão; incapacitação; e morte prematura e evitável. Detalhou as referências
671 legais da notificação compulsória de violências: Portaria 737/2001 – Política Nacional de
672 Redução de Morbimortalidades por Acidentes e Violências; Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da
673 Criança e Adolescente; Lei nº 10.778/2003 - Notificação de Violência contra Mulher; Portaria nº
674 2.472/2010- Notificação de violências em serviços de referência; Lei nº 10.741/2003 - Estatuto
675 da Pessoa Idosa, modificada pela Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011; Portaria nº
676 1.876/2006. Diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio; Portaria nº 104/2011 –
677 notificação compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados; Portaria nº
678 1.271/2014 – Violência Sexual e Tentativa de Suicídio como notificação imediata (em até 24
679 horas pelo município); e Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 - lista de
680 doenças e agravos de notificação compulsória. Falou sobre o Sistema de Vigilância de
681 Violências e Acidentes – VIVA Sinan, explicando que exige legalmente a notificação de
682 violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas e pessoas com deficiência,
683 permitindo dar visibilidade ao problema e conhecer sua magnitude, gravidade e perfil. Trata-se
684 de elemento-chave na atenção integral às pessoas, permitindo que a rede de proteção e de
685 garantia de direitos seja acionada e se articule; instrumento de cuidado e não de denúncia.
686 Apresentou a definição de caso de violência, para melhor entendimento do tema: caso suspeito
687 ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas,
688 trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra
689 mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária,
690 somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres,
691 pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. No que diz respeito à
692 notificação de violências, explicou que, de 2011 (universalização no SUS) até 2017, foram
693 aproximadamente 1.500.000 notificações de violência no Brasil, o que representa crescimento
694 de 212,5% nesse período. Acrescentou que hoje 74% dos municípios brasileiros realizam a
695 notificação e aproximadamente 70% das violências são contra pessoas do sexo feminino.
696 Destacou dois capítulos da publicação “Saúde Brasil 2018” que trata sobre violência: risco de
697 óbito por causas externas em mulheres com notificação de violência no Brasil, 2011 a 2016; e
698 estudo exploratório da mortalidade feminina por doenças crônicas não transmissíveis com
699 notificação anterior de violência. Mostrou fluxograma do linkage com os dados do Sinan e SIM
700 e distribuição dos óbitos por causas externas e doenças crônicas não transmissíveis. Brasil,
701 2011-2016: SINAN - 812.157 notificações de violências de todos os tipos, mulheres de todas as
702 idades; e SIM - 3.196.446 óbitos - todas as causas básicas de óbito, mulheres de todas as
703 idades; 16.405 Mulheres identificadas nos dois sistemas; Doenças Crônicas não
704 transmissíveis. SINAN: SIM - 4.457 pares verdadeiros; Causas Externas - SINAN:SIM: 6.393
705 pares verdadeiros. No que diz respeito às características das mulheres com notificação de
706 violência e óbito por causas externas (acidentes e violências), explicou que no período de 2011
707 a 2016, três mulheres com notificação de violência morreram por causas externas a cada dia,
708 em média; 54,5% brancas e 44,3% negras; 63,1% com ensino fundamental I ou II (9º ano);
709 58,0% solteiras e 27,6% casadas ou em união estável; e 78,4% residentes em municípios de
710 até 500 mil habitantes. Em relação às características das mulheres com notificação de
711 violência e óbito por causas não transmissíveis, disse que no período de 2011 a 2016, duas
712 mulheres com notificação de violência morreram por causas não transmissíveis a cada dia, em

713 média; 58,2% brancas e 41,0% negras; 60,9% com ensino fundamental I ou II (9º ano); 35,6%
714 solteiras e 32,7% viúvas; e 64,2% residentes em municípios de até 500 mil habitantes. A
715 respeito das características das violências em mulheres com óbito por causas externas, citou:
716 alto percentual de violência de repetição: 34,6% em mulheres adultas; residência: principal
717 local onde a violência ocorreu: 85,6% entre as idosas e 73,9% entre as adultas; importante
718 percentual de lesão autoprovocada: mais de 47,0% em adultas e idosas; predominância da
719 violência física (62,6%); entre crianças e idosas, os principais autores das violências foram os
720 familiares; e já no grupo de adolescentes, jovens e adultas foram os parceiros íntimos. Sobre
721 as características das mulheres com notificação de violência e óbito por causas não
722 transmissíveis, detalhou: alto percentual de violência de repetição: 65,2%; residência: principal
723 local onde a violência ocorreu: mais de 88,0% entre as idosas e 83,5% entre as adultas; e
724 predominância da violência física (35,4%) e negligência (28,3%). Mostrou ainda quadro com
725 taxas médias de mortalidade por causas violentas na população geral do sexo feminino e nas
726 pessoas do sexo feminino que foram notificadas por violência. Brasil, 2011 e 2015, com
727 destaque para os índices de mortalidade em vítimas notificadas por violência autoprovocada:
728 causas violentas: 368,9; e suicídio: 293,6; e na população geral do sexo feminino – causas
729 violentas: 28,7; e suicídio: 2,1. Diante desses dados, fez as seguintes considerações: a
730 residência é o principal local para a ocorrência de agressões, sendo os principais agressores
731 os familiares e parceiros íntimos, demonstrando o caráter íntimo e relacional das violências; o
732 elevado grau de repetição demonstra o caráter crônico e perverso das violências contra as
733 mulheres e a fragilidade da rede intersetorial em prover cuidados de saúde, de proteção e
734 justiça; os episódios de violência tendem a se tornar progressivamente mais graves com o
735 passar do tempo, especialmente quando há a denúncia ou separação do casal; e mulheres
736 com notificação de violência têm maior risco de morrerem por causas externas e por causas
737 não transmissíveis, em comparação com a população feminina geral, especialmente por
738 “violências interpessoais e autoprovocadas”. Finalizando, salientou que, em relação à
739 notificação de violências, destacou os seguintes aspectos: dispositivo disparador de processos;
740 instrumento de cuidado; visibilidade ao problema; articulação intrassetorial; organização dos
741 serviços de saúde; articulação intersetorial (Saúde, Assistência Social, Sistema de Justiça,
742 Segurança Pública, Educação, etc); formação de redes de atenção e proteção às pessoas em
743 situação de violências; e garantia de direitos e cidadania. A decana de Extensão da UnB,
744 **Olgamir Amância**, fez uma explanação sobre a temática com enfoque na luta das mulheres.
745 Disse que são inúmeras as formas de violências contra a mulher – assédio, estupro, tráfico,
746 turismo sexual – sem esquecer a violência do Estado que não cuida da dimensão do que é ser
747 mulher. Salientou que é impossível falar em desenvolvimento sem considerar a questão das
748 mulheres e, de outro lado, tratar da violência na dimensão da saúde. Disse que é essencial
749 compreender as interfaces, avaliando a complexidade da saúde da mulher e observar como é
750 tratada no âmbito da saúde. Também pontou a importância de ter atenção à formação dos
751 profissionais, considerando a dimensão social de modo a avaliar as relações sociais que
752 envolvem as violências e que não são tratadas nem enfrentadas. Além disso, frisou que é
753 necessário trabalhar perspectiva que supere a racionalidade técnica-científica. Explicou que
754 dados são resultados de pesquisas, portanto, é preciso estimular mais para compreender
755 melhor essa situação. Disse que foi possível avançar no âmbito das universidades e das
756 políticas em geral, com destaque para conselhos, conferências, delegacias das mulheres,
757 fortalecimento da rede de proteção à mulher. Finalizando, disse que a violência não pode ser
758 tratada de forma isolada da saúde, lembrando tratar-se de um problema de saúde pública que
759 impacta inclusive o PIB brasileiro. Por fim, frisou que era preciso pensar currículos mais de
760 acordo com a realidade e interesse das mulheres. **Manifestações.** Conselheira **Marisa Helena**
761 **Alves** falou sobre a dimensão da violência subjetiva em que a mulher não tem espaço para
762 verbalizar e destacou a importância de um local na rede de saúde para escuta das mulheres.
763 Salientou que os espaços da prevenção estão ainda mais fragilizados e a rede de saúde
764 mental está sofrendo forte desmonte. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** salientou a
765 necessidade de correlacionar o tema como problema de saúde pública em todas as áreas e
766 pontuou que as delegacias deveriam ter mais profissionais de saúde para acolhimento de
767 mulheres vítimas de violência. Também fez um destaque às mulheres provedoras de família,
768 que envolvem toda cadeia familiar e necessitam de cuidado extensivo. Por fim, disse que a
769 mulher é vítima do processo em todas as áreas e fez um destaque à previdência. Conselheira
770 **Sueli Terezinha Goi Barrios** perguntou como reduzir a mortalidade materna diante do
771 desmonte de importantes políticas públicas e do SUS. Conselheira **Francisca Valda da Silva**
772 ressaltou que as mulheres eram incansáveis na luta pela garantia de direitos e salientou que é

773 preciso definir estratégias para transformar as propostas das conferências de saúde em
774 políticas públicas, inclusive em diálogo com o MS. Conselheira **Ana Clébea Nogueira Pinto**
775 **de Medeiros** chamou a atenção para as altas taxas de câncer que acometem as mulheres e
776 destacou a importância da regulamentação do registro compulsório. Conselheira **Vânia Lúcia**
777 **Ferreira Leite** falou da situação de mulheres que, após denúncia, voltam ao convívio com os
778 agressores e retiram, muitas vezes, a denúncia feita. Também perguntou o que pode ser feito
779 em relação a mulheres tentam fazer a denúncia e são desestimuladas a fazer. Conselheira
780 **Michele Seixas de Oliveira** lembrou que “mulheres” são diversas e, nessa linha, sugeriu a
781 utilização do termo “sexo feminino” ao invés de gênero. Também chamou a atenção para a
782 situação de estupro “corretivo” de mulheres lésbicas e para o índice de suicídio nesse grupo.
783 Finalizou destacando que é preciso fortalecer a rede de proteção às mulheres. Conselheira
784 **Evalcilene Costa dos Santos** solicitou que o Ministério da Saúde assegure os direitos das
785 mulheres e frisou que a falta de informação significa morte de mulheres. Conselheira **Altamira**
786 **Simões dos Santos de Souza** lamentou que uma das primeiras ações do MS na área de
787 saúde da mulher tenha sido retirar do ar o pacto de enfrentamento da violência e lembrou que
788 a primeira porta de acesso das mulheres é a saúde. Conselheira **Geridice Lorna Andrade de**
789 **Moraes** manifestou satisfação com o ciclo de cuidados às pessoas idosas. Conselheiro
790 **Adauto Vieira de Almeida** destacou a importância de campanhas de esclarecimento sobre o
791 tema, inclusive com abordagem sobre as penalidades para o agressor. Nas delegacias, disse
792 que seria importante garantir profissionais mulheres para atender as mulheres. Por fim,
793 lamentou a gravidade da situação e o fato de ser necessário debater, em pleno século XX,
794 garantia de direitos das mulheres. Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello** também
795 fez referência aos casos de violência que as mulheres sofrem e não conseguem identificar.
796 Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** avaliou que a situação será modificada quando
797 houver ações integrativas, com trabalho conjunto entre diferentes órgãos. Como
798 encaminhamento, sugeriu a aprovação de recomendação ao Ministério da Saúde para que
799 realize atividade interministerial para tratar das ações voltadas à saúde das mulheres e reforce
800 a Estados e Municípios a importância do registro adequado de mulheres que buscam os
801 serviços de saúde e faça articulação com as delegacias para busca de casos de violência
802 contra a mulher. Conselheira **Marisa Furia Silva** fez um destaque à violência do Estado que
803 não garante atendimento às mães das pessoas com autismo (quase 4 milhões de pessoas com
804 autismo, grande parcela comprometida). Além disso, salientou que era preciso pensar como
805 ficariam as pessoas com autismo após a morte de seus pais ou responsáveis. Por fim,
806 destacou a importância de ações conjuntas e intersetoriais, para garantir atendimento às
807 famílias das pessoas com autismo. **Retorno da mesa.** A decana de Extensão da UnB, **Olgamir**
808 **Amância**, pontuou os seguintes aspectos a partir das intervenções do Pleno: é preciso avançar
809 para reverter a situação da violência contra as mulheres; não existe perfil de vítima, nem de
810 agressor, pois a condição de ser mulher é suficiente para ser submetida à lógica da violência
811 nessa sociedade patriarcal, todavia, há grupos sociais mais suscetíveis; não há perfil de
812 agressor, pois, forçados pelo pensamento de dominação, acabam praticando violência; muitas
813 vezes, a mulher vítima de violência não identifica que é vítima, portanto, é preciso fortalecer as
814 redes para ajudar as mulheres a identificarem práticas de violência; e é preciso realizar
815 trabalho de desconstrução da cultura machista porque mata. A Coordenadora/CGSM/DAPES/
816 MS, **Mônica Neri**, inicialmente, manifestou satisfação por participar desse momento rico de
817 debate e apontou que as falas reafirmam a complexidade do tema e a responsabilidade do MS
818 e de cada um dos espaços. Sobre as questões levantadas nas falas: a mortalidade materna
819 ainda é um desafio a ser enfrentado – como resposta, MS, junto com CONASS e CONASEMS,
820 está construindo plano para enfrentamento da mortalidade materna, buscando integração da
821 rede; o MS sabe dos desafios da rede, mas irá trabalhar de forma intersetorial, transdisciplinar
822 – apresentará plano para ser referência aos gestores para adequação nos seus territórios; a
823 vigilância da violência é essencial, inclusive com registro adequado – profissionais devem estar
824 alertas para identificar e acolher vítimas; é de suma importância proteger as mulheres em
825 situação de vulnerabilidade – há eixos a serem seguidos e as coordenações trabalham
826 integradas; mulheres negras são mais vulneráveis por conta das condições sociais; o tema
827 “penalidades aos agressores” tem sido trabalho nas capacitações e será tratado no Programa
828 Saúde da Mulher; é preciso avançar e manter os avanços; violência psicológica é subnotificada
829 e naturalizada, portanto, é importante vigiar (essa questão aponta para a amplitude da
830 violência); há um movimento de integração de ações dos Ministérios, inclusive de aproximação
831 com o Ministério da Justiça e Segurança Pública; e a proposta é seminário após os “80 dias de
832 mobilização para promoção da saúde” com vistas a integrar temáticas e o CNS está convidado

833 a participar. A representante do DANTPS/SVS/MS, **Renata Sakai**, agradeceu as falas e
834 pontuou os seguintes aspectos: a capacitação visa, entre outros aspectos, orientar para
835 identificação de todas as formas de violência; Ministério Público precisa ser acionado no caso
836 de delegacia recusar-se a receber denúncia de violência; será elaborado boletim sobre
837 violência contra pessoas com deficiência – 13.900 pessoas com deficiência sofreram violência.
838 Após essas falas, a mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno aprovou,**
839 **por unanimidade, as seguintes propostas: a) sugerir ao Ministério da Saúde a**
840 **convocação de reunião técnica interministerial para tratar das ações voltadas à saúde**
841 **das mulheres; b) solicitar ao Ministério da Saúde que reforce a Estados e Municípios a**
842 **importância do registro adequado de mulheres que buscam os serviços de saúde e faça**
843 **articulação com as delegacias para busca de casos de violência contra a mulher; e c)**
844 **solicitar a inclusão de representação do CNS no Grupo responsável pela construção do**
845 **plano de enfrentamento da mortalidade materna.** Após a votação das propostas, a mesa
846 agradeceu a presença das convidadas e encerrou este ponto de pauta. **ITEM 7 – OS EFEITOS**
847 **DA REFORMA DA PREVIDÊNCIA NA SAÚDE - Apresentação: Narlon Gutierre Nogueira,**
848 **Secretário Adjunto de Previdência do Ministério da Economia; Diego Monteiro Cherulli,** diretor
849 **do Instituto Brasileiro de Direito Previdenciário; e Bráulio Santiago Cerqueira,** Secretário
850 **Executivo do Sindicato Nacional dos Analistas e Técnicos de Finanças e Controle – UNACON**
851 **Sindical. Coordenação: conselheira Elaine Junger Pelaez,** da Mesa Diretora do CNS; e
852 **conselheiro Neilton Araújo de Oliveira,** da Mesa Diretora do CNS. O Secretário Adjunto de
853 Previdência do Ministério da Economia, **Narlon Gutierre Nogueira,** representando o secretário
854 Rogerio Marinho, fez uma apresentação detalhada sobre a proposta da nova previdência - PEC
855 nº 6/2019. Começou pelos pilares da proposta da nova previdência - PEC 06/2019, combate a
856 fraudes; projeto dos militares; e cobrança da dívida - e pelos princípios - sistema justo e
857 igualitário (rico se aposentará na idade do pobre); quem ganha menos paga menos; garantia
858 da sustentabilidade do sistema; maior proteção social ao idoso: assistência física; garantia de
859 direitos adquiridos; separação entre assistência e previdência; e opção pela capitalização.
860 Detalhou que a estrutura da PEC é a seguinte: I - Alterações na Constituição Federal; II –
861 Alterações no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; III – Regras de transição
862 relacionadas aos RPPS; IV – Disposições transitórias relacionadas aos RPPS; V – Regras de
863 transição relacionadas ao RGPS; VI – Disposições transitórias relacionadas ao RGPS; VII -
864 Disposições transitórias relacionadas à assistência social e a outras matérias; e VIII –
865 Disposições finais e revogações. No que diz respeito ao diagnóstico, citou os seguintes fatores:
866 **a) demografia - redução da taxa de fecundidade: impacto sobre a receita futura do sistema**
867 **(financiado por repartição simples) e aumento da expectativa de sobrevida: impacto sobre a**
868 **despesa (maior duração dos benefícios); evolução da razão de dependência dos idosos no**
869 **Brasil: 2000 a 2060 – de 13,3% para 42,5%, de 10% para 20% da população; b) situação**
870 **financeira do Sistema Previdenciário, pensão militares e SBPC: rurais representam 32% dos**
871 **benefícios e respondem por 58% do déficit do RGPS; e todos os sistemas apresentam déficits**
872 **crescentes – em 2018, total de R\$ 265,2 bilhões de déficit e, em 2019, a projeção é de R\$**
873 **294,9 em 2019; c) Perfil de Renda dos Beneficiários do INSS (RGPS e BPC): 66,5% dos**
874 **beneficiários recebem salário mínimo; e 83,4% recebem menos de dois salários mínimos. Em**
875 **relação à regra geral, explicou que o impacto da proposta seria uma economia em 4 anos será**
876 **de R\$ 189 bilhões e, em 10 anos, de R\$ 1.164,7 trilhão. Detalhou que a proposta é unificação**
877 **das alíquotas do RGPS e RPPS, sendo que, quem ganha mais, paga mais: Faixa Salarial (R\$):**
878 **Até 1 Salário Mínimo (SM) - Alíquota efetiva 7,5%; Faixa salarial: 998,01 a 2.000,00 - Alíquota**
879 **efetiva: 7,5% a 8,25%; Faixa Salarial: 2.000,01 a 3.000,00 - Alíquota efetiva: 8,25% a 9,5%; e**
880 **Faixa Salarial (R\$): 3.000,01 a 5.839,45 - Alíquota efetiva: 9,5% a 11,69% (alíquota efetiva**
881 **resulta da aplicação da alíquota progressiva sobre cada faixa salarial). Para o RPPS União, a**
882 **proposta é a seguinte: Até 1 Salário Mínimo (SM) - 7,5%; de R\$ 998,01 a R\$ 2.000,00 - 7,5% a**
883 **8,25%; R\$ 2.000,01 a R\$ 3.000,00 - 8,25% a 9,5%; R\$ 3.000,01 a R\$ 5.839,45 – de 9,5% a**
884 **11,69%; de R\$ 5.839,46 a R\$ 10.000,00 - 11,69% a 12,86%; de R\$ 10.000,01 a R\$ 20.000,00 -**
885 **12,86% a 14,68%; de R\$ 20.000,01 a R\$ 39.000,00 - 14,68% a 16,79%; e acima de R\$**
886 **39.000,00 - + de 16,79% (alíquota efetiva resulta da aplicação da alíquota progressiva sobre**
887 **cada faixa salarial). Sobre a Nova Regra Geral (RGPS), explicou que, do total de 53% das**
888 **pessoas se aposentam por idade, 95% ganham menos de 2 salários mínimos. Fez um**
889 **comparativo entre a regra atual (1) e a nova proposta (2): 1) Regra atual – aposentadoria por**
890 **idade: Idade Mínima: 60 anos mulher e 65 anos homem, com contribuição mínima de 15 anos;**
891 **aposentadoria por tempo de contribuição: Idade Mínima: não há; Tempo de Contribuição: 30**
892 **anos mulher e 35 anos homem; 2) Nova proposta – aposentadoria por idade: idade mínima: 62**

893 anos mulher e 65 anos homem, com contribuição mínima de 20 anos; aposentadoria por tempo
894 de contribuição: não há idade mínima, nem tempo de contribuição. Sobre a aposentadoria
895 rural, destacou: a) Regra hoje: idade mínima – 55 anos mulher e 60 anos homem, com tempo
896 mínimo de atividade rural de 15 anos; b) Regra proposta - Idade mínima: segurados rurais
897 empregados, contribuintes individuais e avulsos - contribuição: 60 anos para mulher e homem;
898 e contribuição sobre a produção: 20 anos (Para segurados especiais. Os empregados e
899 contribuintes individuais devem comprovar 15 anos de contribuição. O valor mínimo anual de
900 contribuição previdenciária do grupo familiar será de R\$ 600,00. Não havendo comercialização
901 da produção rural durante o ano civil, ou sendo esta insuficiente, o segurado deverá realizar o
902 recolhimento da contribuição pelo valor mínimo ou a complementação necessária até o dia 30
903 de junho do exercício seguinte). Em relação a professores, a regra atual e as Novas Regras
904 Gerais (RGPS) são: **a)** atual - idade mínima – não há; tempo de contribuição: 25 para mulher e
905 30 para homem; e **b)** Regra proposta - idade mínima – 60 anos para homem e mulher; tempo
906 de contribuição: 30 anos. Detalhou a regra de Cálculo de Benefício (RGPS): Benefício = 60% +
907 2% por ano de contribuição que exceder 20 anos x Média dos Salários de Contribuição (100%).
908 Na regra permanente, o percentual poderá ultrapassar 100%. Para a regra de transição será
909 limitado a 100%. Tanto para o RGPS como RPPS. O valor do benefício não pode ser inferior a
910 1 salário mínimo (R\$ 998,00) ou superior ao teto do INSS (R\$ 5.839,45). Regra hoje: Idade
911 Mínima – ATC: 55/60 anos, mulher e homem, respectivamente, 30/35 anos de contribuição
912 mulher e homem, respectivamente, 10 anos de serviço público e 5 no cargo; Idade: 60/65 anos,
913 mulher e homem, respectivamente, não há tempo mínimo de atividade, 10 anos de serviço
914 público e 5 no cargo; Professor: Idade mínima: 50/55 anos, mulher e homem, respectivamente.
915 Tempo mínimo de atividade: 25/30 anos, mulher e homem, respectivamente. Tempo Serviço
916 Público: 10 anos. Tempo de Cargo: 5 anos. Regra proposta: Idade mínima: 62/65 anos, mulher
917 e homem, respectivamente. Tempo de contribuição: 25 anos. Tempo Serviço Público: 10 anos.
918 Tempo de cargo: 5 anos. Professor: Idade mínima: 60/60 anos. Tempo de contribuição: 30
919 anos. Tempo de serviço público: 10 anos. Tempo de cargo: 5 anos. Regra de cálculo: mesmo
920 critério do RGPS. Aposentadoria Compulsória (mudança apenas na regra de cálculo). Idade
921 Máxima: 75 anos. Regra de Cálculo – Compulsória: critério do RGPS x proporcional ao tempo
922 de contribuição. Também sintetizou as regras de transição, explicando que as regras de
923 aposentadoria e pensão permanecem as mesmas para os que já recebem o benefício ou já
924 cumpriram os requisitos. Sobre RGPS, são quatro regras de transição, três para Aposentadoria
925 por Tempo de Contribuição; e uma para Aposentadoria por Idade. O segurado poderá optar
926 pela forma mais vantajosa. Sobre RPPS, explicou que é uma regra de transição. Detalhou a
927 regra de transição RGPS: (Aposentadoria por Tempo de Contribuição -1): a regra da soma do
928 tempo de contribuição com a idade passa a ser regra de acesso. Tempo de contribuição –
929 homem – 35; mulher – 30 Pontos (Idade + Tempo de Contribuição). O valor do benefício será
930 definido de acordo com a nova regra de cálculo. Professores terão redução (bônus) de cinco
931 pontos: a soma do tempo de contribuição com a idade inicia-se, em 2019, com 81 para
932 mulheres e 91 para homens, desde que comprovem, exclusivamente, tempo de efetivo
933 exercício das funções de magistério na educação infantil e no ensino fundamental e médio. Os
934 pontos sobem até atingir 95 pontos, para professoras, e 100 pontos, para professores. Regra
935 de transição RGPS (Aposentadoria por Tempo de Contribuição -2). As normas exigem tempo
936 de contribuição e idade mínima como regra de acesso. Tempo de contribuição – 35 anos
937 homem e 30 mulher. Referencial: idade mínima. Valor do benefício será definido de acordo
938 com a nova regra de cálculo. Professores terão redução (bônus) de cinco anos na idade,
939 desde que comprovem, exclusivamente, tempo de efetivo exercício das funções de magistério
940 na educação infantil e no ensino fundamental e médio. As idades sobem até 60 anos, para
941 ambos os sexos. Regra de transição RGPS (Aposentadoria por Tempo de Contribuição -3):
942 quem está a dois anos de cumprir o tempo de contribuição mínimo para aposentadoria –30
943 anos, se mulher, e 35, se homem – poderá optar pela aposentadoria sem idade mínima,
944 aplicando-se o Fator Previdenciário, após cumprir pedágio de 50% sobre o tempo faltante.
945 Exemplo: mulher com 29 anos de contribuição poderá se aposentar pelo Fator Previdenciário
946 se contribuir mais um ano e meio. Regra de transição RGPS (Aposentadoria por Tempo de
947 Contribuição -3). Sobre a regra de transição do RPPS: homem: idade mínima de 61, em 2019 e
948 62, em 2022, com tempo de contribuição de 35 anos, mulher: idade mínima de 56, em 2019 e
949 57, em 2022, com tempo de contribuição de 30 anos – mais 20 anos de serviço público e cinco
950 no cargo e pontos (idade + tempo de contribuição) Regra de Cálculo de Benefício: Ingresso até
951 31/12/2003 - mantida integralidade e paridade aos 65 anos (homem) e 62 (mulher). Se
952 professor (ambos os sexos), aos 60 anos. Ingresso após 31/12/2003 - média e reajuste pelo

953 INPC (mesmo critério do RGPS). Aplica-se o teto do RGPS para quem ingressou após
954 previdência complementar ou migrou. Regra atual para Policiais Civis, Federais – não há idade
955 mínima para homem e mulher. Tempo de contribuição - 30 anos homem e 25 anos mulher.
956 Tempo de exercício - 20 anos homem e 15 anos mulher. Regra proposta para Policiais Civis,
957 Federais e Agentes Penitenciários e Socioeducativos: Policiais - 55 anos, tempo de
958 contribuição: homem: 30 anos e mulher: 20 anos; tempo de exercício: mulher: 25 anos e
959 homem: 15 anos; Agentes: idade mínima: 55 anos, tempo de contribuição: homem: 30 anos e
960 mulher: 25 anos, tempo de exercício: 20 anos. Aposentadoria por Incapacidade Permanente:
961 proposta: Benefício = 60% + 2% por ano de contribuição que exceder 20 anos x Média dos
962 Salários de Contribuição. Pensão por morte - proposta: taxa de reposição do benefício 60% (1
963 dependente) + 10% por dependente adicional. Taxa de Reposição do Benefício de 100% em
964 caso de morte por acidente do trabalho, doenças profissionais e doenças do trabalho (RPPS).
965 Pensões já concedidas terão seus valores mantidos. Dependentes de servidores que
966 ingressaram antes da criação da previdência complementar terão o benefício calculado sem
967 limitação ao teto do RGPS. Limitação de acumulação de Benefícios (cônjuge e companheiros)
968 No RGPS, mais de 80% dos pensionistas recebem menos que 2 SM: 100% do benefício de
969 maior valor + % dos demais (limitado a 2 salários mínimos para cada benefício adicional). No
970 caso de RPPS as aposentadorias em cargos acumuláveis não serão alvo de limitação (por
971 exemplo, para médicos e professores). Aposentadorias no RPPS ou Forças Armadas com
972 RGPS também não será alvo de limitação. Benefício de Prestação Continuada – BPC -
973 Assistência Social: BPC Deficientes: Renda mensal de 1 Salário Mínimo, sem limite de idade.
974 Mesma regra. BPC com renda antecipada (fásico) - Renda mensal que evoluirá ao longo das
975 idades: A partir dos 60 anos: R\$ 400,00; A partir dos 70 anos: um Salário Mínimo. Também
976 falou sobre o sistema de capitalização, destacando as principais premissas: alternativo ao
977 sistema atual; capitalização em regime de contribuição definida; garantia do salário mínimo,
978 mediante fundo solidário; livre escolha, pelo trabalhador, da entidade ou modalidade de gestão
979 das reservas, comportabilidade; gestão das reservas por entidades de previdência públicas e
980 privadas, habilitadas por órgão regulador, assegurada a ampla transparência; possibilidade de
981 camada “nocial” (contas virtuais), com maior proteção ao trabalhador e menor custo de
982 transição. Titulares de mandatos eletivos - regra atual (deputados federais e senadores): 60
983 anos de idade mínima para homens e mulheres; 35 anos de contribuição; e recebe 1/35 do
984 salário para cada ano de parlamentar. Regra de transição (deputados federais, senadores e
985 titulares de mandatos eletivos de outros entes que tenham regime especial): 65 anos de idade
986 mínima para homens e 62 anos para mulheres; e 30% de pedágio do tempo de contribuição
987 faltante. Novos eleitos estarão automaticamente no RGPS. Os regimes atuais serão extintos.
988 Forças Armadas, Policiais Militares e Bombeiros Militares - Policiais militares e bombeiros
989 militares terão as mesmas regras das Forças Armadas. Compensação Previdenciária
990 (contagem de tempo no INSS/RPPS); Militares na Reserva passam a poder trabalhar em
991 atividades civis; Possibilidade de contratação de militares temporários. Regras para Regimes
992 Próprios de Estados, Municípios e Distrito Federal: todas as novas regras de benefícios valem
993 de imediato para os RPPS dos Estados, Municípios e Distrito Federal. Aplica-se aos servidores
994 estaduais, distritais e municipais a alíquota dos servidores da União, mas Estados, DF e
995 Municípios deverão encaminhar leis no prazo de 18 dias (caso registrem déficit financeiro e
996 atuarial, deverão ampliar alíquota para no mínimo 14%). Limitação de incorporações de
997 gratificações aos benefícios de aposentadoria e pensões; obrigatoriedade de instituição da
998 Previdência Complementar em dois anos; e fortalecimento da supervisão dos RPPS.
999 Desoneração ao empregador: retira da obrigatoriedade prevista de pagamento de rescisão
1000 contratual (multa de 40% do FGTS), quando o empregado já se encontrar aposentado pela
1001 Previdência Social. Retirada da obrigatoriedade de recolhimento de FGTS para os empregados
1002 já aposentados pela Previdência Social. Transparência das contas públicas: segregação do
1003 orçamento da seguridade social entre saúde, previdência e assistência; e fim da DRU na
1004 seguridade social e redução para 28% das receitas do PIS/PASEP destinadas ao BNDES.
1005 Combate às fraudes (MP 871): regras mais rígidas para evitar fraudes; revisão de benefícios
1006 com indícios de irregularidades; perícias médicas em benefícios por incapacidade há mais de
1007 seis meses sem revisão, e no BPC, há mais de dois anos sem revisão; maior rigor na
1008 concessão de isenções a portadores de doenças graves. Impacto esperado: R\$ 9,8 bilhões no
1009 primeiro ano de vigência. Anistiados políticos: passarão a contribuir para a seguridade social
1010 nos mesmos termos da contribuição do aposentado e pensionista do RPPS da União. Fica
1011 vedado o recebimento simultâneo da reparação mensal do anistiado político com proventos de
1012 aposentadoria garantida a opção pelo maior benefício. Novos reconhecimentos de direito

1013 estarão limitados ao teto do RGPS. Medidas de combate ao grande devedor contumaz e de
1014 fortalecimento da cobrança da dívida ativa. Problemas identificados: contribuintes com grande
1015 capacidade de pagamento, utilizando benefícios fiscais para alongar o pagamento das dívidas
1016 (“Refis”); devedores contumazes que atuam no mercado, sem pagar tributos, desequilibrando a
1017 concorrência e estimulando igual comportamento; devedores em situação econômica deficitária
1018 (falidos, em recuperação judicial, empresas sem atividade operacional), sem efetivas condições
1019 de saldar a dívida; bens penhorados que não geram arrecadação. Medidas de combate ao
1020 grande devedor contumaz e de fortalecimento da cobrança da dívida ativa. O que muda:
1021 vedação a parcelamento sem prazo superior a 60 meses; adequado tratamento ao grande
1022 devedor contumaz; alternativas para recebimento de créditos considerados irrecuperáveis ou
1023 de difícil recuperação; e medidas para facilitação da alienação judicial de bens. Na sequência,
1024 o advogado e professor especialista no Direito Previdenciário e Tributário, **Diego Monteiro**
1025 **Cherulli** e o auditor federal de Finanças e Controle, **Bráulio Santiago Cerqueira**, fizeram uma
1026 explanação em defesa a ideia de modificar o sistema previdenciário e social brasileiro, porém
1027 contrários à reforma apresentada pelo governo federal. Em suas apresentações, abordaram a
1028 inconstitucionalidade da proposta, a questão demográfica, o aumento da expectativa de
1029 sobrevida e envelhecimento da população, os riscos da proposta de capitalização, a redução
1030 do valor dos benefícios, o aumento da idade mínima e do tempo de contribuição, entre outros
1031 pontos que compõem a PEC. O advogado e professor especialista no Direito Previdenciário e
1032 Tributário, **Diego Monteiro Cherulli**, agradeceu a apresentação da proposta, mas registrou
1033 discordância com o texto e a metodologia aplicada. Nas suas palavras, não se trata de uma
1034 nova proposta, porque não existe previdência (não há nada de novo) e, além disso, regras
1035 transitórias não eram permanentes. Salientou, inclusive, que os especialistas ainda não
1036 possuem posição definitiva a respeito. Ressaltou que o Brasil estabelece regras sobre a
1037 previdência na Constituição e a exclusão dessas regras da Carta Magna depende do prisma de
1038 análise – segurança jurídica e confiança legítima do cidadão no Estado. Todavia, o brasileiro
1039 não confia no Congresso Nacional e essa falta de confiança prejudica a proposta de
1040 desconstitucionalizar as regras previdenciárias. No seu ponto de vista, é necessário
1041 desconstitucionalizar (por Lei Complementar), mas isso somente poderia acontecer quando o
1042 povo brasileiro confiar no Estado. Sobre a saúde, disse que foi apresentada tabela do déficit,
1043 mas não havia consenso a respeito. Nas suas palavras, separar saúde, previdência,
1044 assistência é um prejuízo, pois se deixa de dar a cobertura integral necessária ao Sistema.
1045 Salientou que a nova proposta “transitória” traz aumento do tempo de contribuição, redução da
1046 renda média mensal, aumento da idade, o que terá impacto na saúde, pois as pessoas irão
1047 trabalhar por mais tempo. Além dessas questões, pontuou a dificuldade de discutir previdência
1048 sem estudos aprofundados locais e a ausência de grupos de atuários no governo federal para
1049 realizar esses estudos. Também lembrou que a PEC do teto dos gastos determina que não
1050 pode haver matéria legislativa que aumente ou diminua receita sem estudo de impacto, mas
1051 essa proposta não possui estudo nesse sentido (qual será o impacto da seguridade social?).
1052 Neste ponto, reiterou que a proposta exclui a seguridade como sistema associado. Finalizando,
1053 declarou posição favorável à reforma do sistema previdenciário, mas discordou da proposta
1054 apresentada porque destrói o sistema. Também manifestou preocupação com a Medida
1055 Provisória n.º. 871/2019, por entender que contribuiria para o aumento da judicialização. Por
1056 fim, defendeu modelo previdenciário uniforme, contemplando também os militares. O auditor
1057 federal de Finanças e Controle, **Bráulio Santiago Cerqueira**, na sua fala, fez uma avaliação
1058 geral da proposta, os seus efeitos e a relação com o setor saúde, regra de transição e
1059 questionamento sobre afirmações do governo. Disse que a lógica geral era a questão
1060 demográfica e a redução de despesas para crescer. Rebateu a tese do “apocalipse
1061 demográfico”, explicando que não existia, pois, em 2047, a razão de dependência (população
1062 idosa e economicamente ativa) seria a mesma de 2000. Além disso, pontou que era preciso
1063 considerar a questão da produtividade e espera-se que seja maior em 2047. Explicou que a
1064 economia de R\$ 1,1 trilhão significaria pessoas que não conseguirão se aposentar (31% das
1065 pessoas não vão conseguir cumprir 20 anos de contribuição, ou seja, não se trata de uma
1066 reforma para todos, conforme afirma o governo). Disse que essa economia significa exclusão
1067 previdenciária, diminuição de benefícios, redução do direito de aposentadoria, portanto, era
1068 preciso discutir o impacto na economia. Salientou que reduzir o valor da aposentadoria e
1069 fragilizar o sistema de proteção social não é o que garante o avanço econômico, ao contrário,
1070 pois esse crescimento é o que sustenta a seguridade social. Concluídas as exposições, foi
1071 aberta a palavra ao Plenário e a maioria dos conselheiros manifestou posição majoritariamente
1072 contrária à proposta. Das intervenções, destacam-se os seguintes aspectos: é o preciso ter

1073 maiores considerações sobre o crescimento da população idosa; a situação dos trabalhadores
1074 rurais é específica e precisa ser vista de forma diferente - enfrentam dificuldades relativas à
1075 escassez de chuva, falta de terra para produzir, falta de recursos para pagar a contribuição
1076 exigida; a proposta impedirá a população do campo de aposentar-se, portanto, é preciso ter
1077 sensibilidade às especificidades do Brasil; a proposta não é de reforma e sim de destruição da
1078 previdência, impossibilitando o trabalhador de se aposentar; a população precisa lutar
1079 enfaticamente contra a proposta e sensibilizar deputados e senadores para que não a
1080 aprovem; a economia do Brasil, uma das maiores do mundo, está sendo destruída pelas
1081 políticas adotadas pelo governo – disputa por fundos públicos, problema de gestão na
1082 previdência; é preciso fazer auditoria da dívida pública e realizar estudo sobre o impacto da
1083 proposta de reforma da previdência na saúde da população, apontando quem assumirá a
1084 responsabilidade social; observa-se no país movimento de destruição da seguridade social; o
1085 Brasil vive marcha da insensatez, com destruição de várias políticas de proteção social - é
1086 preciso dar um fim a esse processo; a proposta traz um sentimento de desesperança para o
1087 povo brasileiro; hoje se assiste no Brasil o desmonte e sucateamento de políticas públicas, com
1088 impactos devastadores a exemplo do aumento da mortalidade materna; se existe crise fiscal no
1089 país, por que não taxar as grandes heranças e as grandes fortunas?; é preciso considerar no
1090 debate a violência do Estado contra as mulheres; a classe trabalhadora sofre com a ausência
1091 de proteção previdenciária e o governo atende somente o interesse de bancos, fundos de
1092 pensões e empregadores; é preciso olhar com atenção aos trabalhadores que atuam em
1093 ambientes insalubres; a reforma da previdência será um retrocesso para os trabalhadores do
1094 país; as reformas trabalhista e previdenciária visam prejudicar o Brasil e precisam ser
1095 combatidas; é preciso compreender que não será possível contribuir de forma efetiva com a
1096 previdência por conta da escassez de empregos no país; bilhões foram retirados da
1097 previdência em relação à Desvinculação de Receitas da União - DRU; a proposta preocupa ao
1098 limitar pensão por morte; o modelo chileno de capitalização não deve ser a base para definição
1099 do modelo do Brasil, por conta dos prejuízos dessa proposta; os recursos da previdência
1100 podem ser utilizados para infraestrutura, todavia, devem ser devolvidos para a área; o Poder
1101 Legislativo precisa agir e recusar as várias medidas que trazem prejuízos ao povo brasileiro e à
1102 classe trabalhadora do país; a proposta é uma afronta à Constituição Federal porque retira
1103 direitos já adquiridos; é preciso ter atenção para os pensionistas e aposentados nesse
1104 processo de mudança; a reforma, nos moldes propostos, é uma contraproposta pois reduz o
1105 valor dos benefícios, aumenta a idade mínima e o tempo de contribuição, entre outros pontos;
1106 a reforma da previdência é importante, todavia, não deve ser esta apresentada; o povo
1107 brasileiro precisa conhecer os malefícios da proposta e lutar contra a aprovação; a reforma
1108 sugerida apresenta dados sem discussão profunda com a sociedade, desconsiderando fatores
1109 para garantir a dignidade da pessoa humana, portanto, precisa ser redefinida; a proposta
1110 prejudica os que têm pouco em benefício dos que têm muito – uma estratégia seria a taxaçaõ
1111 das grandes fortunas. Afora essas considerações, foram apresentadas as seguintes propostas
1112 durante o debate: aprovar recomendação ao Congresso Nacional solicitando a interrupção da
1113 tramitação da PEC 06/2019; divulgar documento com posicionamento do CNS sobre os efeitos
1114 da reforma da previdência na saúde para subsidiar o debate desta temática; e dar publicidade
1115 a documentos e materiais do CNS sobre o tema (documentos, recomendação do CNS, áudio
1116 do debate, entre outros), para que a população conheça os malefícios da proposta. A seguir, foi
1117 aberta a palavra aos convidados para considerações. **Retorno da mesa.** O Secretário
1118 Executivo do Sindicato Nacional dos Analistas e Técnicos de Finanças e Controle – UNACON
1119 Sindical, **Bráulio Santiago Cerqueira**, pontuou os seguintes aspectos na sua fala: a proposta
1120 irá prejudicar ainda mais aqueles que menos têm condições; as pessoas deixam de contribuir
1121 com a previdência por conta da precariedade do trabalho; as mulheres que conseguem se
1122 aposentar, ganharão menos ainda porque a dupla jornada não permite que elas trabalhem
1123 como os homens; é preciso repactuar o desenvolvimento inclusivo, soberano e sustentável do
1124 país; e o Brasil possui grande avenida de investimento e de infraestrutura e o SUS, um
1125 patrimônio do povo brasileiro. O diretor do Instituto Brasileiro de Direito Previdenciário, **Diego**
1126 **Monteiro Cherulli**, comentou as seguintes questões: sobre a pessoa idosa: no modelo
1127 previdenciária, manteve-se a idade de 65 anos para aposentadoria, mas foi extinta a
1128 possibilidade de aposentadoria por tempo (não é uma proposta definitiva e pode ser modificada
1129 pela lei complementar) e, no caso do benefício assistencial (BPC), a idade é de 65 para
1130 homem e mulher, com pagamento de um salário mínimo – a proposta adianta o pagamento
1131 para 60 anos, com valor menor (R\$ 400,00) e o valor relativo ao salário mínimo será pago
1132 apenas aos 70 anos; caso haja capitalização, não há garantia que o dinheiro ficará no país; o

1133 Ministério da Economia deve conhecer e considerar a realidade social do país; o dinheiro da
1134 previdência deve ser visto como investimento social e não despesa; essa é a primeira de
1135 outras reformas que virão – a intenção é igualar o sistema capitalizado ao americano em que a
1136 pessoa paga pela saúde pública; reajuste de planos privados de saúde – Supremo Tribunal de
1137 Justiça - STJ decidiu permitir reajuste de plano de saúde em razão da idade, possibilitando
1138 valores abusivos, distorcidos e excludentes (sem conseguir pagar os planos privados de saúde,
1139 a pessoa idosa irá buscar o SUS, aumento, assim, os gastos públicos em saúde). Finalizando,
1140 sugeriu que o CNS requeira à Comissão de Constituição e Justiça - CCJ e à comissão especial
1141 da Câmara dos Deputados a elaboração de estudo sobre o impacto da reforma da previdência
1142 na saúde da população brasileira. Por fim, disse que a reforma da previdência é necessária,
1143 mas deve ser definida em diálogo com o povo brasileiro e não imposta pelo governo. O
1144 Secretário Adjunto de Previdência do Ministério da Economia, **Narlon Gutierrez Nogueira**,
1145 agradeceu a oportunidade de ouvir diferentes visões acerca da temática e pontuou que era
1146 servidor público de carreira desde 1998 e trabalhava na área de previdência há mais de 20
1147 anos. Desde 2012, ocupava cargos de confiança, passando por diferentes governos. Dito isso,
1148 pontuou os seguintes aspectos: a necessidade de reforma da previdência não é ideológica,
1149 tanto que os anteriores apresentaram propostas nesse sentido (em 1998, 2003, 2008,
1150 2012/2013, 2014 (Medida Provisória nº 664/2014), em 2015 foi instituído GT para debater nova
1151 reforma, mas não caminhou por conta do impeachment da então Presidente Dilma Rousseff,
1152 nova proposta encaminhada em 2016 pelo governo Michel Temer e não foi aprovada); o
1153 problema da previdência não é conjuntural, mas sim estrutural - de fato, há o problema de
1154 diminuição de financiamento a partir de 2012 por conta das desonerações (não foram
1155 concedidas de forma adequada), crise que reduziu os níveis de emprego; ainda que a situação
1156 da previdência fosse equilibrada, seria necessária reforma por conta efeitos decorrentes do
1157 aumento da expectativa de vida e da queda da taxa de natalidade; o Brasil, apesar de não ter
1158 uma população envelhecida, gasta muito com previdência social (o país é o que mais gasta
1159 com pensão por morte); o orçamento da seguridade social, como um todo, é deficitário (a DRU
1160 não seria capaz de resolver esse déficit); as entidades que representam as categorias mais
1161 organizadas do serviço público deveriam ser mais transparentes e contribuir para o debate de
1162 forma efetiva; as solicitações feitas pela CPI da Previdência foram respondidas, mas o material
1163 técnico apresentado não foi incluído no relatório da CPI, sinalizando o entendimento prévio de
1164 que não havia déficit; modelo chileno de capitalização – não é favor e a proposta sugerida não
1165 sugere esse modelo, pois garante benefício de salário mínimo, entre outros aspectos; a
1166 sociedade precisa acompanhar o debate sobre qual o modelo de capitalização será adotado e
1167 a forma que será implantado; a PEC possui dispositivo que acaba com a isenção a exportação
1168 de produtos, incluindo o agronegócio; limitação de pensão – a restrição refere-se a cônjuge e
1169 não a filho; e exigência do patrimônio para fins do BPC – a ideia é corrigir distorções (na sua
1170 visão, houve um erro em relação ao parâmetro colocado – deveria ser definido valor em
1171 relação ao patrimônio, mas deveria ser mais elevado). Após esse retorno, a mesa agradeceu
1172 os convidados pela participação e colocou em votação as propostas que emergiram do debate.
1173 **Deliberação: o Pleno aprovou, com voto contrário e uma abstenção, as seguintes**
1174 **propostas: a) enviar requerimento do CNS à Comissão de Constituição e Justiça - CCJ e**
1175 **à comissão especial da Câmara dos Deputados solicitando a elaboração de estudo sobre**
1176 **o impacto da reforma da previdência na saúde da população; b) aprovar recomendação**
1177 **ao Congresso Nacional solicitando a interrupção da tramitação da PEC 06/2019 (foi**
1178 **constituído grupo e o texto foi apreciado no último item da pauta); c) elaborar e divulgar**
1179 **documento com posicionamento do CNS sobre os efeitos da reforma da previdência na**
1180 **saúde para subsidiar o debate desta temática nas conferências de saúde; e d) dar**
1181 **publicidade a documentos e materiais do CNS sobre o tema (documentos,**
1182 **recomendação do CNS, áudio do debate, entre outros).** Definido esse ponto, a mesa fez um
1183 breve intervalo para o lanche. Retomando, a mesa foi composta para o item 6 da pauta. **ITEM 6**
1184 **– COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP -** *Coordenação:* conselheiro
1185 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; conselheira **Vanja Andréa**
1186 **Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* conselheira **Francisca Valda**,
1187 coordenadora adjunta da CONEP/CNS. Neste ponto de pauta, conselheira **Francisca Valda**,
1188 coordenadora adjunta da CONEP/CNS, fez uma apresentação detalhada sobre o Projeto de
1189 Lei nº 7.082/2018 (originado do Projeto de Lei nº 200/2015 (Senado) e apresentou a proposta
1190 de substituto, sugerido pela CONEP/CNS. Explicou que o Projeto encontra-se em tramitação
1191 na Câmara dos Deputados, já apreciado, mas sendo distribuído para a apreciação das
1192 seguintes comissões da casa: 1) Ciência e Tecnologia, Comunicação e Informática (CCTCI); 2)

1193 Seguridade Social e Família (CSSF); 3) Constituição e Justiça e de Cidadania. Posteriormente,
1194 analisado pelo Plenário da Câmara dos Deputados. Após a avaliação das comissões, será
1195 analisado pelo Plenário da Foi avaliado e aprovado pela CCTCI (com modificações por
1196 emendas) no dia 18/04/2018. Câmara dos Deputados. Também foi avaliado e aprovado pela
1197 CCTCI (com modificações por emendas) em 18/04/2018. Atualmente, encontra-se na CSSF,
1198 tendo sido atribuída a relatoria ao Deputado Hiran Gonçalves, que emitiu dois pareceres, o
1199 primeiro em 30/10/2018 e outro, com correções e modificações, em 22/11/2018. Os pareceres
1200 do relator trouxeram modificações substanciais no texto original aprovado na CCTCI, sobretudo
1201 no que diz respeito à composição da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e às condições
1202 de acesso pós-estudo aos benefícios dele oriundos. Por esse motivo, o Deputado Hiran
1203 Gonçalves propôs documento substitutivo ao Projeto de Lei nº 7.082. Contudo, as modificações
1204 propostas pelo deputado preocupam o Conselho Nacional de Saúde, sobretudo em relação ao
1205 controle social e aos direitos dos participantes da pesquisa. Sobre o substitutivo em tramitação,
1206 destacou os seguintes aspectos: **1) Acesso ao medicamento pós-estudo:** a) fragilização do
1207 direito de acesso pós-estudo: favorecimento do patrocinador não contempla o fornecimento do
1208 medicamento experimental ao grupo controle no caso de benefício coletivo ao término da
1209 pesquisa; b) limitação significativa do acesso pós-estudo: decisão do médico condicionada por
1210 premissas que desfavorecem a manutenção do medicamento experimental; c) admite não
1211 assegurar o direito de acesso pós estudo aos participantes de pesquisa de forma gratuita; d) o
1212 medicamento experimental poderá ser descontinuado quando houver "alternativa terapêutica
1213 satisfatória disponível": libera o patrocinador da obrigação de manter o tratamento, mesmo
1214 havendo benefício; e e) prazo máximo de 2 anos de acesso pós-estudo (após a
1215 disponibilização comercial): risco elevado de judicialização para ter acesso ao medicamento
1216 transferindo para o SUS um ônus da indústria farmacêutica; **2) Uso de placebo em pesquisa**
1217 **clínica:** falta de especificidade sobre o que é o "documento equivalente" ao Protocolo Clínico e
1218 Diretrizes Terapêuticas – PCDT, do MS; **3) Composição da Conep:** não estava presentes no
1219 texto original aprovado: a) retira a participação do CNS passando a responsabilidade
1220 integralmente a para a SCTIE-MS pela escolha e nomeação de membros; b) redução de 55%
1221 da participação dos CEP e do CNS: amplia a participação do MS; c) insere representantes de
1222 entidades que não têm vínculo com o Sistema CEP/Conep; e d) aumento da representação
1223 política: explícita intenção do legislador em remover a independência da Comissão, anular o
1224 controle social e transformá-la inapropriadamente em uma comissão política, em detrimento
1225 dos direitos dos doentes que participam das pesquisas clínicas; **4) Armazenamento e uso de**
1226 **material biológico humano:** a) texto proposto é amplo e inespecífico, negligencia pressupostos
1227 das normas do CNS; b) Termo doação utilizado: transferência irreversível da amostra biológica
1228 para o pesquisador, participante passaria a não ter mais direitos sobre ela; e c) amostras
1229 mantidas em biorrepositório para uso em estudos futuros, sem consulta ao participante; **5)**
1230 **representantes de usuários:** a) definição: "pessoa capaz de expressar pontos de vista e
1231 interesses de indivíduos ou grupos de determinada instituição"; b) CEP deve ter "pelo menos
1232 um representante dos usuários da instituição na qual será realizada a pesquisa": atribui este
1233 papel a um representante da instituição, que pode ser ainda mais vulnerável a pressões
1234 oriundas de conflitos de interesse; e c) cria uma norma burocrática desnecessária que dificulta
1235 a participação de usuários nos CEP; e **6) Pesquisas de outras áreas:** a) pesquisas que
1236 envolvem seres humanos de outras áreas do conhecimento e outros delineamentos
1237 metodológicos fora do âmbito da pesquisa clínica, como os estudos epidemiológicos e os da
1238 área das CHS; e b) hiato jurídico na regulação das pesquisas realizadas com seres humanos
1239 no Brasil. Explicou que a CONEP/CNS entende que é necessário modificar substancialmente a
1240 atual versão do PL para fortalecer o sistema de avaliação da eticidade das pesquisas
1241 realizadas no Brasil, criado e edificado há mais de 22 anos, constituído atualmente por mais de
1242 800 CEP e reconhecido modelo para proteção dos indivíduos que se tornam participantes de
1243 pesquisa, o controle social da pesquisa e os direitos dos participantes, além de incluir no marco
1244 regulatório os delineamentos de pesquisa que vão além dos estudos clínicos. Nesse sentido,
1245 disse que elaborado substitutivo ao PL que considera os referenciais da Bioética: Respeito à
1246 autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade; Declaração Universal sobre o
1247 Genoma Humano e os Direitos Humanos (1997); Declaração Internacional sobre os Dados
1248 Genéticos Humanos (2003); Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2004); e
1249 Normativas e Resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Feitas essas considerações,
1250 passou a apresentar a proposta de texto substitutivo, elaborado pela CONEP/CNS, ao Projeto
1251 de Lei nº 7.082: "O Congresso Nacional decreta: dispõe sobre os princípios, diretrizes e regras
1252 para a realização de pesquisas científicas envolvendo seres humanos, em qualquer área do

1253 conhecimento, conduzidas em instituições públicas ou privadas nos limites do território
1254 brasileiro. **CAPÍTULO I - DISPOSIÇÕES GERAIS.** Dispõe sobre Termos e Definições já
1255 previstos em normativas anteriores do CNS. *Foram acrescentadas algumas novas definições,*
1256 *como por exemplo: Evento adverso grave ou reação adversa grave a medicamento; e*
1257 *Instituição coparticipante de pesquisa.* **CAPÍTULO II – DA ETICIDADE DAS PESQUISAS**
1258 **ENVOLVENDO SERES HUMANOS.** Apreciação do Sistema CEP/Conep envolve:
1259 corresponsabilidade para garantir a proteção dos participantes; respeito ao participante da
1260 pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade; ponderação entre
1261 riscos e benefícios; consideração sobre a relevância social da pesquisa; e garantia aos
1262 participantes da pesquisa das condições de acompanhamento, tratamento, assistência integral
1263 e orientação. Considerações sobre Riscos: cuidados dos pesquisadores para minimizá-los;
1264 análise de possibilidades de danos imediatos e ou posteriores, individuais e ou coletivos; e
1265 análise de risco é imprescindível à análise ética: plano de monitoramento que deve ser
1266 oferecido pelo Sistema CEP/Conep em cada caso específico. **CAPÍTULO III – DOS DIREITOS**
1267 **DOS PARTICIPANTES DE PESQUISA.** Prevê os principais direitos assegurados aos
1268 participantes de pesquisa: autonomia, privacidade e intimidade respeitadas; confidencialidade
1269 dos dados; decisão autônoma para participar da pesquisa; assistência integral e gratuita,
1270 custeadas pelo patrocinador; direito à indenização; ressarcimento de gastos decorrentes da
1271 participação na pesquisa; e receber gratuitamente tudo o que for necessário para a
1272 participação no estudo, sem onerar o Sistema Único de Saúde ou o Sistema de Saúde
1273 Suplementar. **CAPÍTULO IV – DAS RESPONSABILIDADES DO PESQUISADOR E DO**
1274 **PATROCINADOR.** **Responsabilidades do pesquisador:** qualificação e experiência para
1275 condução da pesquisa, manter equipe qualificada, obter TCLE, elaborar relatórios parciais e
1276 finais, publicar resultados. **Responsabilidades do patrocinador:** garantir os recursos
1277 adequados para a condução completa da pesquisa, assegurar toda forma assistência
1278 responsável em caso de danos aos participantes da pesquisa, assegurar aos participantes de
1279 pesquisa o acesso pós-estudo. **CAPÍTULO V - DO CONSENTIMENTO AUTÔNOMO, LIVRE E**
1280 **ESCLARECIDO.** Consentimento livre e esclarecido: participantes ou representantes legais;
1281 respeito à dignidade humana; deve conter justificativa, objetivos, métodos e procedimentos
1282 utilizados na pesquisa, explicitação de desconfortos e riscos decorrentes da participação na
1283 pesquisa, além dos benefícios; garante assistência; garante plena liberdade do participante da
1284 pesquisa; e garante a manutenção do sigilo e da privacidade. **CAPÍTULO VI – DO SISTEMA**
1285 **DE AVALIAÇÃO ÉTICA - Sistema CEP-Conep: Formação:** Integrado pela CONEP (comissão
1286 do CNS) e pelos CEP; utiliza resoluções e normas emitidas pelo CNS: trabalho cooperativo de
1287 inter-relação entre as partes e hierarquizado. **Objetivo:** proteção coordenada e descentralizada
1288 dos participantes de pesquisa por meio de um processo de acreditação. **Competência:** análise
1289 ética de protocolos de pesquisa em seres humanos, acompanhamento e fiscalização da
1290 execução dos estudos. **Composição:** membros dos CEP e Conep não serão remunerados por
1291 suas atividades relativas ao Sistema. **CAPÍTULO VI – DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO ÉTICA -**
1292 **Parecer Consubstanciado do relator:** produto da análise ética inicial; claro, objetivo,
1293 detalhado; e subsidia a decisão do Colegiado. **Composição do CEP:** deve atender à
1294 normativa do CNS, com no mínimo, 7 membros: um representante de usuários/participantes de
1295 pesquisa; proporcionalidade do número de membros; caráter multidisciplinar; e pode contar
1296 com consultores "ad hoc". **CAPÍTULO VI – DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO ÉTICA -**
1297 **Acreditação dos CEP:** certificado emitido pela CONEP após capacitação; e CEP acreditado:
1298 função de avaliar protocolos de risco elevado. **Certificado de acreditação:** validade de três
1299 anos; pode ser renovado; e pode ser cancelado: solicitação do CEP ou da Conep. **CAPÍTULO**
1300 **VI – DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO ÉTICA -** tramitação dos protocolos de risco elevado:
1301 critérios a serem definidos pelo CNS; e na análise de protocolos de pesquisa pelos CEP
1302 Acreditados a primeira instância recursal será o próprio CEP Acreditado que não aprovou o
1303 protocolo. A Conep será a próxima e última instância recursal. **CAPÍTULO VI – DO SISTEMA**
1304 **DE AVALIAÇÃO ÉTICA.** **Composição da Conep:** multidisciplinar: 30 membros titulares, 5
1305 suplentes; processo de indicação organizado pelo CNS, a cada biênio; componentes da
1306 Conep: 15 escolhidos por destaque na vida profissional - demais são representantes de
1307 diversas áreas; membros titulares/suplentes: análise curricular pelo CNS; indicados pelos CEP:
1308 analisados por uma comissão composta por 50% dos membros da Conep e 50% dos
1309 membros da SCTIE; equidade dos membros titulares/suplentes entre a área de CHS e as
1310 demais; CNS indica comissão eleitoral paritária: 2 membros da SCTIE, 2 conselheiros do
1311 segmento de trabalhadores e 4 conselheiros do segmento de usuários; e a Conep pode contar
1312 com consultores e membros "ad hoc". **Coordenação da Conep:** Colegiado composto pelo

1313 Coordenador e por 3 Coordenadores Adjuntos - membros da Conep; Coordenador e um
1314 Coordenador Adjunto: conselheiros do CNS; Coordenação Adjunta: uma indicada pelo MS e
1315 outra indicada pelo pleno da Conep; Mandato de Coordenador e das Coordenações Adjuntas:
1316 4 anos (pode ser interrompido por deliberação do pleno do CNS); e Secretário Executivo
1317 indicado pela SCTIE/MS e Secretário Adjunto indicado pelo CNS. **CAPÍTULO VII – DO**
1318 **PROTOCOLO DE PESQUISA E SUA SUBMISSÃO.** Os protocolos de pesquisa devem conter
1319 os mesmos documentos já previstos nas normativas anteriores do CNS. Enfatiza que tão logo
1320 constatada a superioridade de uma intervenção sobre outra, o pesquisador deverá adequar a
1321 proposição inicial ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos os participantes
1322 os benefícios do melhor regime de tratamento. **CAPÍTULO VIII - DAS PESQUISAS DE**
1323 **INTERESSE ESTRATÉGICO E DAS DESENVOLVIDAS EM INSTITUIÇÕES INTEGRANTES**
1324 **DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).** Pesquisas realizadas em instituições integrantes do
1325 SUS devem atender aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de
1326 interesse social. Não devem ser confundidas com as atividades de atenção à saúde. Devem
1327 ser desenvolvidas em consonância com as normas e resoluções do CNS referentes à ética em
1328 pesquisa em seres humanos. **CAPÍTULO IX – DAS PESQUISAS ENVOLVENDO GENÉTICA**
1329 **HUMANA.** A pesquisa em genética humana é a que envolve a produção de dados genéticos
1330 ou proteômicos de seres humanos e pode apresentar várias formas. **CAPÍTULO X –**
1331 **PARTICULARIDADES DAS PESQUISAS DA ÁREA DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS.**
1332 Registro e a tramitação de protocolos de pesquisa de CHS: eletrônico pela Plataforma Brasil.
1333 Avaliação ética norteadas pelas Resoluções e Normas do CNS, e princípios éticos comuns das
1334 pesquisas biomédicas e das CHS. Inviabilidade do Registro de Consentimento/Assentimento
1335 Livre: dispensa justificada pelo pesquisador responsável ao sistema CEP/Conep para avaliação
1336 e aprovação e dispensa do registro de consentimento/assentimento não isenta o pesquisador
1337 do processo de consentimento ou de assentimento. **CAPÍTULO XI - PARTICULARIDADES**
1338 **DAS PESQUISAS COM POVOS INDÍGENAS.** Benefícios e vantagens resultantes devem
1339 atender às necessidades de indivíduos ou grupos do estudo. Protocolo da pesquisa em
1340 comunidade indígena deve incluir: compromisso de obtenção da anuência das comunidades
1341 envolvidas e descrição do processo de obtenção e de registro do TCLE, assegurada a
1342 adequação às peculiaridades culturais e linguísticas dos envolvidos. **CAPÍTULO XI – DAS**
1343 **PESQUISAS ENVOLVENDO MATERIAL BIOLÓGICO HUMANO EM PESQUISA**
1344 **CIENTÍFICA.** O material biológico humano é do participante da pesquisa, cabendo à instituição
1345 sua guarda e ao pesquisador o seu gerenciamento. Vedados a utilização comercial e o
1346 patenteamento de material biológico humano armazenado em biorrepositório ou biobanco.
1347 **CAPÍTULO XII – DO FORNECIMENTO PÓS-ESTUDO.** Assegurado pelo patrocinador. Acesso
1348 gratuito e por tempo indeterminado, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e
1349 terapêuticos que se demonstraram eficazes. Garantido entre o intervalo do término da
1350 participação individual e o final do ensaio clínico. Especificidade de fornecimento de pós-estudo
1351 para pesquisas envolvendo indivíduos com doenças ultrarraras: acesso gratuito pelo prazo de
1352 5 anos após obtenção do registro na Anvisa; para medicamentos, o prazo de 5 anos será
1353 contado a partir da definição do preço em reais na Câmara de Regulação do Mercado de
1354 Medicamentos (CMED); e acesso garantido no intervalo entre o término da participação
1355 individual e o final do estudo. **CAPÍTULO XIII – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS.** Conduzir
1356 pesquisas científicas envolvendo seres humanos em desconformidade com o disposto nesta
1357 Lei constitui infração ética e autoriza o Sistema CEP - Conep a suspender o estudo e
1358 encaminhar notificações do ocorrido às instâncias competentes, tanto profissionais como
1359 jurídicas, para as averiguações complementares e as medidas cabíveis. Concluída a
1360 apresentação, houve algumas falas parabenizando e manifestando apoio ao substitutivo
1361 elaborado pela CONEP. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a proposta de texto**
1362 **substitutivo, elaborado pela CONEP/CNS, ao Projeto de Lei nº 7.082, para ser enviada ao**
1363 **Congresso Nacional. Além disso, a Comissão dará continuidade às ações políticas do**
1364 **CNS, já definidas na última reunião do Pleno, contra o PL nº. 7.082 e a favor da proposta**
1365 **de substitutivo elaborada pela CONEP.** Definido esse ponto, às 21h10, a mesa encerrou o
1366 primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras na tarde
1367 do primeiro dia de reunião: *Titulares* - **Altamira Simões dos Santo de Souza**, Rede Nacional
1368 Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e Aids; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**,
1369 Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras – SUPERANDO;
1370 **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Lacerda**
1371 **Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares
1372 – CONTAG; **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,

1373 Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira de
1374 Hospitais – FBH; **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia –
1375 ABRALE; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Elisabete**
1376 **Pimenta Araújo Paz**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Gerídice Lorna Andrade**
1377 **de Moraes**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Gilene José**
1378 **dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos -
1379 SINTAPI/CUT; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO;
1380 **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **Laís Alves de Souza Bonilha**,
1381 Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Luiz Aníbal Vieira Machado**,
1382 Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de
1383 Autismo – ABRA; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Moysés**
1384 **Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Neilton**
1385 **Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, Associação
1386 Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação
1387 Brasileira de Nutrição – ASBRAN; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos
1388 Enfermeiros – FNE; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema
1389 Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**,
1390 Associação Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA; e **Valdenir Andrade França**,
1391 Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB. *Suplentes* -
1392 **Adauto Vieira de Almeida**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais – MBHV;
1393 **Ana Clébea Nogueira Pinto de Medeiros**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas
1394 de Apoio a Saúde da Mama – FEMAMA; **Antônio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde;
1395 **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física - CONFEFC; **Elias Marques**
1396 **Ferreira**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Erivelto Fernandes do Nascimento**,
1397 Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena – FPCONDISI; **Evalcilene**
1398 **Costa dos Santos**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas – MNCP; **Fernanda Lou**
1399 **Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Geovanny Costa Silva**,
1400 Movimento Negro Unificado – MNU; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos
1401 Trabalhadores – CUT; **Giancarlo de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de
1402 Odontologia – CFO ; **Gláucia de Fatima Barban Morelli**, Confederação das Mulheres do Brasil
1403 – CMB; **Gláucia Tamayo Hassler Sugai**, Ministério das Cidades; **Joana Indjaian Cruz**,
1404 Associação de Controle do Tabagismo Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos – ACT;
1405 **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS; **José Vanilson Torres**, Movimento Nacional de
1406 População de Rua – MNPR; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos
1407 Bispos do Brasil – CNBB; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados,
1408 Pensionistas e Idosos – SINDNAPI/FS; **Marlene Pereira dos Santos Oliveira**, Instituto Lado a
1409 Lado pela Vida; **Maria do Carmo Andrade Filha** - Carmem Pankararu, Sindicato dos
1410 Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena - SINDCOPSI; **Michele Seixas de Oliveira**,
1411 Articulação Brasileira de Lésbicas – ABL; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho Federal
1412 de Nutricionistas – CFN; **Renato de Jesus Padilha**, Federação Nacional das Associações de
1413 Pacientes Renais do Brasil – FENAPAR; **Rodrigo César Faleiros de Lacerda**, Conselho
1414 Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**,
1415 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; e **Vitória Bernardes Ferreira**, Associação
1416 Amigos Múltiplos pela Esclerose – AME. Iniciando o segundo dia de reunião, conselheiro
1417 **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, sugeriu inversão de pauta para possibilitar
1418 maior prazo para negociação acerca do documento relativo à saúde indígena. A proposta foi
1419 acatada. **ITEM 9 – CAMPANHA DA FRATERNIDADE 2019: FRATERNIDADE E POLÍTICAS**
1420 **PÚBLICAS** - *Apresentação:* **Frei Olavio Dotto**, assessor da Comissão Episcopal Pastoral para
1421 a Ação Social Transformadora. *Coordenação:* conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa
1422 Diretora do CNS; e conselheira **Elaine Junger Pelaez**, da Mesa Diretora do CNS. **Frei Olavio**
1423 **Dotto** iniciou sua explanação explicando que a Campanha da Fraternidade é realizada
1424 anualmente pela Confederação dos Bispos do Brasil – CNBB, com o objetivo de despertar a
1425 solidariedade dos seus fiéis e da sociedade em relação a um problema concreto que envolve a
1426 sociedade brasileira, buscando caminhos de solução. A cada ano é escolhido um tema, que
1427 define a realidade concreta a ser transformada, e um lema, que explicita em que direção se
1428 busca a transformação. Explicou que as campanhas não eram estanques, sendo que em 2018
1429 o tema foi “Violência” e a primeira delas realizada pela primeira vez na quaresma de 1962, no
1430 Rio Grande do Norte. Das origens ao tema de 2018, destacou Nísia Floresta-RN –
1431 Arquidiocese de Natal pontuando os seguintes marcos: Movimento de Natal e as situações
1432 emergentes da década de 1950. (Dom Eugênio Sales); Fome e êxodo rural; escolas

1433 radiofônicas, sindicatos rurais e a CF; na CNBB, Dom Hélder e a Cáritas; e Concílio Vaticano II.
1434 Detalhando os objetivos da CF, disse que são: despertar a solidariedade nos fiéis e da
1435 sociedade em relação a um problema concreto que envolve a sociedade brasileira, buscando
1436 caminhos de solução à luz do Evangelho e educar para a vida em fraternidade, com base na
1437 justiça e no amor, exigências centrais do Evangelho. Pontuou também três pressupostos:
1438 tempo de Sensibilização_capaz de iniciar processos; conversão do coração”, que faz sentir
1439 como própria a dor do outro; e despertar o profetismo dos cristãos: traduzir os bons
1440 sentimentos em pequenas ações individuais e comunitárias. Nesse contexto, reiterou que a
1441 cada ano é escolhido um tema, que define a realidade concreta a ser transformada, e um lema,
1442 que explicita em que direção se busca esta transformação. Apresentou histórico das
1443 Campanhas da Fraternidade: 1ª Fase: 1964 – 1972 (Renovação da Igreja) - Igreja em
1444 Renovação. Lembre-se: você também é Igreja (70 Dioceses do Brasil); 2ª Fase: 1973 – 1984
1445 (Compromisso com um mundo mais humano e fraterno). Fraternidade e Libertação. O
1446 egoísmo escraviza, o amor liberta; 3ª Fase: 1985-2013 (Situações existenciais). Fraternidade e
1447 Fome. Pão para quem tem fome; e 4ª Fase: 2014 -2018 (Gritos da sociedade). CF 2014:
1448 Tráfego Humano – “ É para a liberdade...”; CF 2015: Igreja e Sociedade – “Eu vim para servir”;
1449 CF 2016: Casa Comum ... – “Quero ver ...”; CF 2017: Biomas Brasileiros e defesa da vida -
1450 “Cultivar e guardar a criação”; CF2018: Superação da Violência; e “Vós sois todos irmãos”; e
1451 CF 2019: “Fraternidade e vida: dom e compromisso”. “Viu, sentiu compaixão e cuidou dele” (Lc
1452 10,33-34). Seguindo, aprofundou sobre a Campanha da Fraternidade (CF) 2019 cujo tema é
1453 “Fraternidade e Políticas Públicas” e o lema “Serás libertado pelo direito e pela justiça” (Is
1454 1,27). Apontou os cenários da CF 2019: impeachment de Dilma Rousseff e efetivação de
1455 Michel Temer como presidente. (31/08/2016); congelamento dos gastos públicos por 20 anos
1456 (PEC 241/2016); março e abril de 2017 – Reforma Trabalhista (tercerização); greve dos
1457 caminhoneiros (21/05/2018); não há limites de gastos com a dívida pública; atinge os recursos
1458 sociais que financiam políticas públicas; recessão econômica; desemprego; aumento da
1459 informalidade – crescimento de 7,7%; eleição do Presidente Jair Bolsonaro; início confuso e
1460 desarticulado; 30 militares em postos-chave: 7 ministros; 20 secretários ou chefes de
1461 gabinetes; 3 em cargos de comandos de Estatais; extinção do CONSEA – um dos Conselhos
1462 mais antigos (1993) - dedicado à defesa e promoção do direito humano básico ao alimento e à
1463 nutrição; e volta do tema da reforma da previdência. Diante dessa situação, disse que as
1464 perspectivas são implantação de Estado pós-democrático neoliberal, terceira onda do Neo
1465 Liberalismo, primazia do mercado e novo “rosto” do Judiciário. No que se refere a políticas
1466 públicas, explicou que são ações e programas desenvolvidos pelo Estado para garantir e
1467 colocar em prática direitos que são previstos na Constituição Federal e em outras leis” (N 14
1468 Texto Base). Ou seja, uma intervenção em vista da solução de problemas que afligem
1469 determinada parcela da sociedade. Sobre Políticas Públicas e forma de intervenção, citou os
1470 seguintes exemplos: combate à fome - Merenda Escolar (PNAE); incentivo à agricultura familiar
1471 e urbana - Hortas comunitárias – PAA; tratamento e reaproveitamento de resíduos sólidos -
1472 reciclagem e eliminação de aterros; combate a seca - cisternas que recolhem água da chuva; e
1473 combate à violência contra a mulher - Lei Maria da Penha. Ainda sobre políticas públicas, disse
1474 que o desafio é encantar a população frente a um tema tão importante. No entendimento da
1475 CNBB, “Há necessidade de romper o preconceito comum de que a política é coisa suja, e
1476 conscientizar os leigos e leigas de que ela é essencial para a transformação da sociedade”.
1477 Além disso, “Será uma maneira de acordar nossa consciência, muitas vezes adormecida
1478 perante o drama da pobreza, e de entrar cada vez mais no coração do Evangelho, onde os
1479 pobres são os privilegiados da misericórdia divina” (Texto Base N 10). “É tarefa de todo o
1480 cristão participar na elaboração e concretização de ações que visem melhorar a vida de todas
1481 as pessoas. Fazer obras de misericórdia.” (Texto Base N 12). Detalhou que o objetivo geral da
1482 CF 2019 era estimular a participação em Políticas Públicas, à luz da Palavra de Deus e da
1483 Doutrina Social da Igreja para fortalecer a cidadania e o bem comum, sinais de fraternidade.
1484 Nessa linha, disse que os objetivos específicos são: conhecer como são formuladas e
1485 aplicadas as Políticas Públicas estabelecidas pelo Estado brasileiro; exigir ética na formulação
1486 e na concretização de Políticas Públicas; despertar a consciência e incentivar a participação de
1487 todo cidadão na construção de políticas públicas em âmbito nacional, estadual e municipal;
1488 propor políticas públicas que assegurem os direitos sociais aos mais frágeis e vulneráveis;
1489 trabalhar para que as políticas públicas eficazes de governo se consolidem como Políticas de
1490 Estado; promover a formação Política dos membros de nossa Igreja, especialmente dos
1491 jovens, em vista do exercício da cidadania; e suscitar cristãos católicos comprometidos na
1492 política como testemunho concreto da fé. Seguindo, falou sobre “Fé cristã e compromisso

1493 social: Uma leitura da Campanha da Fraternidade 2019”. Explicou que, para compreender o
1494 engajamento social assumido pela Igreja, na promoção de políticas públicas, faz-se necessário
1495 analisar as situações vividas na sociedade do século XIX. As transformações sociais ocorridas
1496 a partir da revolução industrial provocaram as mais profundas explorações dos pobres, diante
1497 de uma total ausência do Estado Liberal. Isso conduziu fatalmente a uma luta de classes.
1498 Acrescentou que no centro desse conflito estava a disputa entre o capital e o trabalho e a Igreja
1499 Católica ainda não se havia pronunciado sobre esta situação. Contudo, grupos de pensadores
1500 católicos começaram a enfrentar a questão. O primeiro deles foi o grupo das Conferências dos
1501 Vicentinos, fundado por Frederico Ozanan. Além das atividades assistenciais, as conferências
1502 organizaram patronatos, escolas para a aprendizagem dos operários e caixas de mútuo
1503 socorro. No campo da formação Frederico Ozanan e o Pe. Lacordaire fundaram um jornal
1504 chamado, *Era Nova*, na França, em 1848, ano do Manifesto Comunista. O bispo de Mogúncia
1505 Dom Guilherme Von Ketteler, três anos antes da publicação do *Capital* de Karl Marx, editou o
1506 livro *Questão Operária e o Cristianismo*, como proposta de organização dos operários e
1507 artesãos em associações profissionais que evoluíram para o sindicalismo católico alemão.
1508 Além disso, na Alemanha os congressos dos operários católicos anuais contribuíram muito
1509 para se chegar, em 1880, a uma legislação trabalhista, aprovada em 1890, na Conferência
1510 Internacional do Trabalho, em Berlim. Fez um destaque especial ao cardeal Gioacchino Pecci
1511 na organização do corpo doutrinário social da Igreja católica. Ele foi nomeado núncio apostólico
1512 em Bruxelas em 1843 com apenas 33 anos de idade e conheceu ali o movimento social belga
1513 e as divergentes posições dos católicos liberais e sociais. Em 1845 foi escolhido para bispo da
1514 diocese de Peruggia, uma das primeiras cidades italianas a entrar no processo de
1515 industrialização. Depois de ter conhecido a realidade da diocese, em 1877, escreveu uma carta
1516 pastoral na qual reivindica a dignidade do trabalho e condena o tratamento desumano dado às
1517 crianças empregadas nas indústrias manufatureiras. Toda essa experiência foi levada ao
1518 coração da Igreja quando ele se tornou papa, em 1878, com o nome de Leão XIII. Saliu
1519 que foi nessa mistura de cultura que nasceu aos 15 de maio de 1891, a encíclica *Rerum*
1520 *Novarum* - das coisas novas - com a colaboração do Padre Liberatore, o cardeal Zigliara, o
1521 cardeal Mazzela, padre Volpini e padre Boccali. O Papa Leão XIII inaugura o que se
1522 convencionou a chamar de Doutrina Social da Igreja. Ele nos convidou a alargar o horizonte do
1523 nosso olhar para enxergar a Deus para além dos espaços religiosos e para encontrá-lo nas
1524 coisas novas que estavam acontecendo na sociedade contemporânea. Princípio este que deve
1525 orientar nosso ser cristão em todos os tempos. Continuando, falou sobre a Igreja Católica no
1526 século XXI e sua relevância social, começando pelas circunscrições católicas no mundo todo:
1527 12 patriarcados, 610 arquidioceses, 2.113 dioceses, 44 prelazias territoriais, 10 abadias nullius,
1528 25 exarcados de ritos orientais, 36 ordinariatos militares, 87 vicariatos apostólicos, 11
1529 prefeituras apostólicas, 8 administrações apostólicas e 8 missões independentes—sui iuris e
1530 uma rede de 132.642 centros missionários e 221.740 paróquias. Em relação ao número de fiéis
1531 congregados: 1,3 bilhão de batizados; 3.170.643 catequistas; 362.488 missionários leigos;
1532 54.559 irmãos religiosos; e 668.729 religiosas com votos perpétuos de vida consagrada.
1533 Detalhou que o clero é composto de 5.485 bispos, 414.313 presbíteros, 45.000 diáconos
1534 casados permanentes e 116.939 seminaristas maiores. No que diz respeito a entidades
1535 filantrópicas, detalhou que são: 5.167 hospitais católicos, 15.699 casas para pessoas idosas,
1536 10.124 orfanatos, 11.596 enfermarias, 14.744 consultórios de orientação familiar e 115.352
1537 institutos beneficentes e assistenciais. Falou ainda sobre o Programa reformador, destacando a
1538 seguinte afirmação do Papa Francisco na sua carta-programa “*Exige-se a toda a Igreja uma*
1539 *conversão missionária: é preciso não se contentar com um anúncio puramente teórico e*
1540 *desligado dos problemas reais das pessoas (AL 201)”. Falou ainda da ação social da igreja no*
1541 *Brasil, explicando que são 500 institutos e ordens religiosas e de vida apostólica distribuídos*
1542 *em 1.026 sedes em todo país, que desenvolvem de forma autônoma iniciativas e atividades de*
1543 *assistência social para atendimento de populações carentes. Em 2014, por exemplo, foram*
1544 *realizados 393,5 milhões de atendimentos. Considera-se 13 atendimentos por pessoa = 30,3*
1545 *milhões de pessoas = 88% dos pobres do país. Sobre as pastorais sociais, destacou a da*
1546 *Criança que está presente em todas as dioceses do País. Acrescentou que 26 Pastorais*
1547 *Sociais realizaram cerca de 106,4 milhões de atendimentos para um número de pelo menos*
1548 *8,9 milhões de indivíduos. Nestes números pode haver uma pequena parcela de duplicidade*
1549 *com os atendimentos das obras sociais. Em suma, afirmou que as Obras e as Pastorais*
1550 *Sociais da Igreja Católica do Brasil em 2014 realizaram quase 500 milhões de atendimentos*
1551 *para uma população de aproximadamente 39 milhões de brasileiros. Sobre o voluntariado,*
1552 *explicou que as obras sociais em todo país, além dos empregados permanentes e de um*

1553 número significativo de religiosos (as), mobilizam um contingente importante de pessoas
1554 (quase 300.000). As Pastorais Sociais mobilizam 430.000 voluntários. Acrescentou que os
1555 mais de 700 mil voluntários trabalham quase 200 milhões de horas/ano que convertidos em
1556 pessoa/ano a tempo completo equivalem a um contingente de quase 100.000 trabalhadores
1557 permanentes. Sobre as políticas públicas, no que se refere à Doutrina Social da Igreja, explicou
1558 que a CF quer trabalhar: participação - pessoas sejam protagonistas na vida social e sejam
1559 atendidas as exigências do bem comum; cidadania - doutrina social da Igreja pede que os
1560 cidadãos intervenham nas tarefas governativas, exercendo sua cidadania em prol do bem
1561 comum, sendo essa uma mediação concreta da caridade; e bem comum - qualquer Política
1562 Pública deverá levá-lo em conta, privilegiando os mais vulneráveis da população, pois “a
1563 existência de milhões de empobrecidos é a negação radical da ordem democrática... Os pobres
1564 são os juizes da vida democrática de uma nação”. Ou seja, atuar e participar, “superar a
1565 dualidade no campo da fé e da política”: consciente e ativa; nos conselhos paritários de Direito;
1566 e Escola de Fé e Cidadania (com utilização das mídias sociais). Destacou que o chamamento
1567 para participação se dá por: audiências públicas: espaços de diálogos para buscar soluções –
1568 específicas para determinados problemas; Conselhos Gestores ou de Direitos: são órgãos de
1569 controle e participação social, podem ser deliberativos (poder de decisão) - consultivos e/ ou
1570 fiscalizadores, com estrutura municipal, estadual e federal; conferências: espaços de debate e
1571 construção de pautas políticas - onde diferentes atores sociais se encontram para contribuir
1572 com a proposição de políticas públicas; fóruns e reuniões: espaços de encontro que podem ser
1573 realizados por iniciativa do poder público ou da sociedade com variados temas e propostas; e
1574 Organizações da Sociedade Civil e Movimentos Sociais (Terceiro Setor): se formam em torno
1575 de determinado tema e se especializam no atendimento e necessidades do mesmo. Disse que
1576 é necessário educar, para o humanismo solidário e a doutrina social da Igreja. Além disso, para
1577 que as políticas públicas despertem para a cultura do diálogo e para a globalização da
1578 esperança, verdadeira inclusão, redes de cooperação e honestidade. Também salientou que é
1579 preciso redescobrir o Bem Comum, Pastorais Sociais, Observatórios Sociais e Cidadania. No
1580 campo da atuação, destacou: Jornada Mundial dos Pobres (TB 254-261); e Encontro com
1581 Conselheiros Nacionais de Políticas Públicas – 24/04. Falou ainda sobre o Domingo de Ramos
1582 – 14 de abril de 2019, destacando a motivação – “a igreja que oferece sua solidariedade em
1583 favor de pessoas, grupos e comunidades necessitadas”. Do total arrecadado pela Coleta
1584 Nacional, esclareceu, 40% é enviado ao Fundo Nacional de Solidariedade (gerido pela CNBB)
1585 e 60% fica com a Diocese para atender projetos locais. Por fim, detalhou os projetos aprovados
1586 no período 2015-2018: 2015 – R\$ 6.902.853,12 – 230 projetos; 2016 – R\$ 6.594.378,91 – 209
1587 projetos; 2017 – R\$ 6.815.265,38 – 237 projetos; 2018 – ao redor de R\$ 6 milhões – 179
1588 projetos; 40% para Roraima (Caminhos de Solidariedade) – R\$ 2.365.591,21; e Total: 846
1589 projetos em 4 anos = +/- R\$ 26.000.000,00. **Manifestações.** Conselheiro **André Luiz de**
1590 **Oliveira** agradeceu a exposição e lembrou a importante atuação da CNBB na coleta de
1591 assinatura em favor do Projeto de Lei de Iniciativa Popular, que reivindica 10% da receita
1592 corrente bruta da União à saúde pública - Movimento popular Saúde +10. Conselheiro **Antônio**
1593 **Lacerda Souto** destacou a importância de fazer entender o objetivo da Campanha que é
1594 estimular a participação em Políticas Públicas. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** manifestou
1595 apoio à campanha que visa informar e conscientização a população e, além disso, destacou a
1596 importância de buscar as causas e as soluções diante da situação do país. Conselheira **Elaine**
1597 **Junger Pelaez** salientou que é fundamental debater a pauta das políticas públicas e, nessa
1598 linha, disse que a CF 2019 é de suma importância porque desperta a sociedade para cobrar do
1599 Estado a implementação dessas políticas. Também destacou a importância de incluir a pauta
1600 da 16ª Conferência na Campanha, que irá debater “Democracia e Saúde”. Conselheiro
1601 **Antônio César Silva Mallet** manifestou sua satisfação com o tema da Campanha da
1602 Fraternidade 2019, lembrando que a igreja é o povo de Deus em marcha. Além disso, lembrou
1603 que a igreja acontece em grupos e é essencial trabalhar a participação, a cidadania e o bem
1604 comum. Conselheira **Láís Alves de Souza Bonilha** cumprimentou o expositor pela riqueza da
1605 apresentação e perguntou como fazer chegar essa exposição aos pequenos municípios?
1606 Conselheira **Elisabete Pimenta Araújo Paz** também manifestou satisfação com a proposta
1607 uma vez que visa informar sobre a formulação e aplicação das políticas públicas estabelecidas
1608 pelo Estado brasileiro e estimular o acompanhamento da concretização. Conselheira **Vânia**
1609 **Lúcia Ferreira Leite** lembrou que a igreja vem se empenhado em defesa do SUS, SUAS e da
1610 seguridade social. Conselheiro **José Vanilson Torres** destacou a importância desta
1611 Campanha no momento que se vive no país e aproveitou para destacar a atuação da Pastoral
1612 do Povo de Rua. Sugeriu que haja orientação para que as pastorais sociais busquem

1613 conhecimento por meio de organizações sociais. Além disso, sugeriu que as arquidioceses do
1614 Brasil sigam o exemplo do Papa Francisco e “busquem justiça social e olhem para aqueles em
1615 situação de maior vulnerabilidade”. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** manifestou
1616 satisfação com a apresentação, com destaque para o objetivo de mobilizar a sociedade para a
1617 luta do bem estar e destacou o empenho da igreja na construção da cidadania e do
1618 empoderamento do sujeito. Também destacou a relação da Campanha com a 16ª Conferência
1619 - saúde e SUS como direito. **Retorno da mesa.** Frei **Olavio Dotto** fez um apanhado geral das
1620 falas, destacando a importância de deixar de lado as divergências e lutar para fortalecer a
1621 cidadania e o bem comum, dada a necessidade de estimular e superar o processo de apatia
1622 social. Disse que era preciso trazer nova motivação, a cada ano, a fim de evitar o
1623 enfraquecimento da luta. Finalizando, o coordenador da mesa agradeceu Frei Olavio Dotto pela
1624 presença e também dom Leonardo. **ITEM 3 – PENDÊNCIA DA 314ª REUNIÃO ORDINÁRIA**
1625 **DO CNS - Comissões Intersetoriais e encaminhamentos do Pleno do CNS:**
1626 **Recomendação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - Coordenação:** conselheiro
1627 **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:** conselheira **Priscilla Viégas**
1628 **Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheiro **André Luiz Oliveira**, da
1629 Mesa Diretora do CNS recuperou que, na última reunião do CNS, o Pleno decidiu elaborar
1630 minuta de recomendação visando assegurar que os povos indígenas sejam ouvidos nas
1631 questões que lhe digam respeito, todavia, o documento não pode ser votado por falta de
1632 quórum. Com isso, os segmentos puderam debater a minuta a fim de tentar chegar a consenso
1633 sobre o texto. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, indicado para elaborar o texto junto
1634 com a conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**, explicou que foi possível elaborar minuta de
1635 recomendação de forma consensual. Feitos esses esclarecimentos, conselheira **Priscilla**
1636 **Viégas Barreto de Oliveira** fez a leitura da minuta. O texto é seguinte: “Recomendação nº
1637 000, de 15 de março de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua
1638 Trecentésima Décima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de março de 2019,
1639 e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19
1640 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar
1641 nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
1642 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira
1643 correlata; e considerando o que dispõe a Constituição Federal da República Federativa do
1644 Brasil, em seus artigos 196, 197, 198 sobre a relevância pública das ações e os serviços de
1645 saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação,
1646 fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e,
1647 também, por pessoa física ou jurídica de direito privado; considerando o grande marco
1648 brasileiro que foi a inserção dos artigos 231 e 232 na CF/1988, nos quais “são reconhecidos
1649 aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos
1650 originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las,
1651 proteger e fazer respeitar todos os seus bens (art. 231) e que “os índios, suas comunidades e
1652 organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e
1653 interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo (Art. 232)”;
1654 considerando o disposto na Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que “acrescenta
1655 dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que ‘dispõe sobre as condições para a
1656 promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços
1657 correspondentes e dá outras providências’, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde
1658 Indígena” – SasiSUS e observando que “as ações e serviços de saúde voltados para o
1659 atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou
1660 individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei (Art. 19-A); considerando que o Subsistema
1661 de Atenção à Saúde Indígena, criado e definido pela Lei nº 9.836/1999 e pela Lei nº
1662 8.142/1990, é componente do Sistema Único de Saúde (SUS) e como tal deverá funcionar em
1663 perfeita integração e de forma articulada com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do
1664 País, cabendo à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à
1665 Saúde Indígena (Art. 19); considerando que, segundo a Lei nº 9.836/1999, os Estados,
1666 Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar
1667 complementarmente no custeio e execução das ações e que para tanto todas as esferas
1668 deverão “...obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da
1669 cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que
1670 se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de
1671 assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de
1672 terras, educação sanitária e integração institucional” (Art. 19); considerando que “as

1673 populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação,
1674 acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde
1675 e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso” (Lei nº 9.836/1999, Art.
1676 19-H); considerando que a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT),
1677 ratificada pelo governo brasileiro por meio do Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004,
1678 assegura aos povos indígenas o direito de serem consultados, “mediante procedimentos
1679 apropriados e, particularmente, através de suas instituições representativas, cada vez que
1680 sejam previstas medidas legislativas ou administrativas suscetíveis de afetá-los diretamente”;
1681 considerando que a Convenção 169 da OIT, recepcionada no Brasil pelo Decreto nº
1682 5.051/2004, determina que cabe ao governo “estabelecer os meios através dos quais os povos
1683 interessados possam participar livremente, pelo menos na mesma medida que outros setores
1684 da população e em todos os níveis, na adoção de decisões em instituições efetivas ou
1685 organismos administrativos e de outra natureza responsáveis pelas políticas e programas que
1686 lhes sejam concernentes”; considerando que a instituição da Secretaria Especial de Saúde
1687 Indígena (SESAI), em 20 de outubro de 2010, no âmbito do Ministério da Saúde, responsável
1688 pela coordenação política e gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS),
1689 significou uma das maiores e mais importantes conquistas dos povos indígenas desde a
1690 criação do SasiSUS, em 1999, cuja construção contou com a participação efetiva das
1691 organizações indígenas de todo o país e do controle social da saúde indígena; considerando
1692 que desde a realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada
1693 em novembro de 1986, os povos indígenas já reivindicavam a criação de um único órgão,
1694 vinculado ao Ministério da Saúde, para gerenciamento da saúde indígena e participação dos
1695 indígenas na formulação da política de saúde; considerando que a implementação da SESAI,
1696 desde a sua criação, vem produzindo melhorias significativas na qualidade dos serviços
1697 prestados na atenção básica de saúde e no saneamento básico nas aldeias, embora se
1698 reconheça que muito ainda precisa ser feito para assegurar a equidade e a integralidade,
1699 principalmente com relação à parceria de municípios e estados para assegurar os serviços de
1700 referência e contra referência de média e alta complexidades; considerando que a autonomia
1701 dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) foi outra conquista dos povos indígenas,
1702 cujo aperfeiçoamento se faz necessário em função da distribuição descentralizada das 305
1703 etnias, cujos limites dos territórios onde habitam esses povos não coincidem com os limites
1704 geográficos dos municípios e dos estados, e a maioria deles vive em mais de um município ou
1705 mais de um estado; considerando que a experiência do atendimento na atenção básica sob a
1706 responsabilidade dos municípios já foi utilizada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)
1707 quando esta era a responsável pela saúde indígena no Ministério da Saúde, mas não obteve
1708 êxito por múltiplos fatores, destacando-se: o fato da população indígena não morar apenas na
1709 jurisdição de um município; a não estruturação adequada do SUS nos municípios onde vivem
1710 os povos indígenas, geralmente municípios pequenos e com poucos recursos financeiros para
1711 assegurar uma cobertura universal extensível aos povos indígenas; a existência de conflitos de
1712 interesse entre prefeitos e comunidades indígenas como disputas por terras, madeiras e
1713 minérios; e o preconceito que ainda existe entre a sociedade envolvente e os povos indígenas;
1714 considerando que a opção pela contratação precarizada de trabalhadores não foi uma proposta
1715 dos povos indígenas, mas sim uma alternativa adotada pela União para suprir as demandas de
1716 recursos humanos para as ações de atenção básica e de saneamento básico nas aldeias; e
1717 considerando que o Pleno do CNS discutiu e aprovou a indicação desse colegiado como
1718 membro do GT aprovado pela CIT com a finalidade de debater a problemática da Política
1719 Nacional de Saúde Indígena e o fortalecimento de seu Subsistema. Recomenda: à Comissão
1720 Intergestores Tripartite - CIT: 1) Que o Grupo de Trabalho realize consulta pública, em suas
1721 diversas formas, com os povos indígenas, nas cinco regiões do país, para fortalecimento do
1722 modelo de atenção à saúde indígena, sendo considerado o tempo dos indígenas para o debate
1723 das propostas sugeridas pelo GT, considerando as resoluções oriundas da 6ª Conferência
1724 nacional de Saúde Indígena. 2) Que não pactue transferência do planejamento, financiamento
1725 e execução das ações de atenção básica de saúde e saneamento básico nas aldeias para a
1726 esfera municipal, sem ouvir os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) com a
1727 consulta prévia e informada aos povos indígenas, como assegura a Convenção 169 da
1728 Organização Internacional do Trabalho. Aberta a palavra ao Pleno, foram apresentadas as
1729 seguintes propostas ao texto: incluir nos considerandos a importante atuação do CNS para
1730 criação da SESAI/MS; substituir “índios” por “povos indígenas”; no terceiro considerando, incluir
1731 “fruto de amplo debate”. Conselheiro **Haroldo de carvalho Pontes** chamou a atenção para o
1732 processo de diálogo e debate até chegar ao texto apresentado ao CNS e destacou a

1733 importância de definir conjunto de ações que viabilizem a continuidade da discussão, com
1734 aprofundamento. Feitas essas considerações, a mesa colocou em votação a proposta.
1735 **Deliberação: aprovada, com uma abstenção e acréscimos ao texto (na forma e não no**
1736 **mérito), a recomendação do CNS à Comissão Intergestora Tripartite - CIT: 1) Que o**
1737 **Grupo de Trabalho realize consulta pública, em suas diversas formas, com os povos**
1738 **indígenas, nas cinco regiões do país, para fortalecimento do modelo de atenção à saúde**
1739 **indígena, sendo considerado o tempo dos indígenas para o debate das propostas**
1740 **sugeridas pelo GT, considerando as resoluções oriundas da 6ª Conferência nacional de**
1741 **Saúde Indígena. 2) Que não pactue transferência do planejamento, financiamento e**
1742 **execução das ações de atenção básica de saúde e saneamento básico nas aldeias para a**
1743 **esfera municipal, sem ouvir os Conselhos Distritais de Saúde Indígena – CONDISI com a**
1744 **consulta prévia e informada aos povos indígenas, como assegura a Convenção 169 da**
1745 **Organização Internacional do Trabalho.** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** interveio
1746 para registrar o esforço dos povos indígenas e da gestão para construir um texto de consenso a
1747 ser apreciado pelo Pleno do CNS. **ITEM 10 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
1748 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN -** *Coordenação:* conselheiro **André Luiz Oliveira**,
1749 da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Elaine Junger Pelaez**, da Mesa Diretora do CNS.
1750 *Apresentação:* **Francisco Funcia**, consultor técnico da COFIN/CNS. Como primeiro ponto
1751 deste item, o coordenador da COFIN/CNS explicou que a Comissão estava trabalhando na
1752 construção e efetivação das oficinas macrorregionais e concluindo a migração da Plataforma
1753 EAD. Também fez um destaque ao documento do CNS que trata sobre os efeitos negativos da
1754 Emenda Constitucional – EC n°. 95/2016. Nas suas palavras, ao retirar recursos federais para
1755 o financiamento do SUS, dentre outras áreas, para realizar um ajuste fiscal visando o superávit
1756 primário para o pagamento dos juros da dívida pública, a Emenda prejudica não
1757 exclusivamente o Ministério da Saúde, mas também o financiamento do SUS nos Estados e
1758 Municípios (visto que cerca de 2/3 das ações de custeio e investimento realizadas pelo
1759 Ministério da Saúde são destinadas para transferências aos Estados, Distrito Federal e
1760 Municípios), transformando, com isso, o crônico e histórico subfinanciamento em
1761 desfinanciamento do SUS. Após essas considerações, o assessor técnico da COFIN/CNS
1762 passou a apresentar documento com subsídios para “Análise do Relatório de Prestação de
1763 Contas do 3º Quadrimestre/2018 e do Relatório Anual de Gestão 2018 do Ministério da Saúde”
1764 e debate nas Oficinas Macrorregionais de Financiamento e Orçamento do SUS – rumo a 16ª
1765 Conferência Nacional de Saúde. Inicialmente, lembrou que, na última reunião do CNS,
1766 apresentara a primeira análise preliminar da execução orçamentária e financeira do MS.
1767 Primeiro, apresentou quadro com execução orçamentária e financeira consolidada - Ações e
1768 Serviços Públicos de Saúde e ASPS e não ASPS. 1) Orçamento 2018 – Lei nº 13.587 de 2 de
1769 janeiro de 2018. Ações e Serviços Públicos de Saúde – a) total executado em 2017:
1770 R\$ 126.912.364.625; empenhado: R\$ 130.476.436.848; Liquidado: R\$ 119.149.328.623; Pago:
1771 R\$ 117.102.441.239; Inscrição de Restos a Pagar: R\$ 13.373.995.608; b) Orçamento 2017 –
1772 Lei nº 13.414 de 10 de janeiro de 2017 - total executado em 2016: R\$ 116.813.073.629;
1773 Empenhado: R\$ 126.912.364.625; Liquidado: R\$ 112.553.801.943; Pago: 112.019.994.940;
1774 Inscrição em Restos a Pagar: R\$ 14.892.369.685; 2) ASPS E NÃO ASPS – Orçamento 2017 -
1775 Lei 13.414, de 10 de janeiro de 2017: a) Executado em 2016: R\$ 116.813.073.629.
1776 Empenhado: R\$ 126.912.364.625, Liquidado: R\$ 112.553.801.943, Pago: R\$ 112.019.994.940,
1777 Inscrição de Restos a Pagar: R\$ 14.892.369.685; b) Orçamento 2016 - Lei nº 13.255, de 14 de
1778 janeiro de 2016: a) Executado em 2015: R\$ 110.228.813.198. Empenhado: R\$
1779 116.813.073.629, Liquidado: R\$ 108.967.972.522, Pago: R\$ 108.689.063.122, Inscrição de
1780 Restos a Pagar: R\$ 8.124.010.507. Sobre os Restos a Pagar, destacou o volume ainda
1781 elevado, no montante de R\$ 11 bilhões. Em comparação a 2017, o valor foi menor, mas acima
1782 dos níveis anteriores de 2017. Sobre os empenhos de 2018, explicou que foi abaixo da inflação
1783 – 1,91%. No que diz respeito ao nível de empenhos a pagar em 31/dezembro (2008 a 2018)
1784 das ASPS, explicou que a série histórica mostrou queda, mas houve crescimento a partir de
1785 2016 por conta da EC n°. 95. No caso da saúde, havia um duplo problema: piso congelado e
1786 liberação relacionada ao teto da Esplanada. Também apresentou os principais pontos do
1787 Documento CNS, de 25 de fevereiro de 2019, apresentado pelo Presidente do CNS na
1788 audiência com o presidente do Supremo Tribunal Federal (Ministro Tofolli). Explicou que o CNS
1789 e entidades da sociedade civil têm alertado e apresentado estudos sobre os efeitos negativos
1790 das regras da EC 95/2016 para o financiamento das políticas sociais. No caso da saúde, são
1791 dois efeitos negativos: a) a mudança da regra do piso federal (desvinculação em relação à
1792 receita corrente líquida anual na proporção de 15%, que valeu para 2016 e 2017) congelou o

1793 parâmetro de aplicação mínima no valor monetário correspondente a 15% da receita corrente
1794 líquida (RCL) de 2017, atualizado anualmente tão somente pela variação do IPCA/IBGE, até
1795 2036, como se não houvesse crescimento demográfico e envelhecimento da população nesse
1796 período que, aliado ao desenvolvimento tecnológico de medicamentos e equipamentos,
1797 demandam gastos acima da inflação medida pelo IPCA; e b) a nova regra do “teto” de
1798 despesas primárias total (mas, “sem teto” para as financeiras, como por exemplo, para o
1799 pagamento de juros da dívida pública), baseada na atualização dos valores pagos em 2016
1800 pela variação anual do IPCA/IBGE até 2036, penalizou a saúde em 2017 e 2018, considerando
1801 os elevados valores de empenhos a pagar acumulados no final desses exercícios, com a
1802 consequente expansão dos valores dos restos a pagar inscritos e reinscritos (a quase
1803 totalidade não processados, ou seja, despesas não liquidadas), que nos últimos dois anos
1804 atingiu aproximadamente a casa dos R\$ 20 bilhões, contra os R\$ 14 bilhões que vigoravam
1805 antes da promulgação da EC 95/2016 (portanto, um aumento de 50%). Como se sabe, a
1806 ampliação dos restos a pagar não processados indica que as ações e serviços de saúde
1807 representam despesas empenhadas, mas que não foram efetivadas para o atendimento às
1808 necessidades de saúde população. Mostrou gráficos e tabelas extraídos de diversos estudos e
1809 publicações técnicas, inclusive realizados pela consultoria técnica do CNS, que comprovam e
1810 quantificam as perdas do financiamento federal do SUS principalmente a partir da EC 95/2016,
1811 com destaque para os seguintes: A receita federal cresce, mas o orçamento da saúde cai. O
1812 que fazer? Revogar a EC 95/2016 e Aprovar a PEC 01-D/2015 com revisão do ajuste fiscal
1813 (disponível em <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-02-janeiro-2019>). Na sequência,
1814 detalhou as propostas recentemente apresentadas pelo CNS para enfrentar o quadro de
1815 subfinanciamento e desfinanciamento do SUS, com base em deliberações do CNS: a) Revogar
1816 a Emenda Constitucional 95/2016, especialmente os seus dispositivos que diminuem os pisos
1817 federais da saúde e da educação, bem como o financiamento da seguridade social; b) Apoiar a
1818 tramitação da PEC 01/D de 2015, que foi aprovada em 1º turno na Câmara dos Deputados em
1819 abril de 2016, que aloca de forma escalonada (em sete anos) 19,4% da receita corrente líquida
1820 como piso federal do SUS (que expressa de forma similar as bases do Projeto de Iniciativa
1821 Popular “Saúde + 10”); c) Destinar os recursos adicionais para o financiamento do SUS para a
1822 mudança do modelo de atenção à saúde que estabeleça a atenção básica como a ordenadora
1823 de toda a rede de cuidados da saúde da população, bem como para a valorização dos
1824 servidores públicos de saúde e para o fortalecimento da rede própria de unidades de saúde
1825 federais, estaduais e municipais; d) Instituir a Contribuição sobre Grandes Transações
1826 Financeiras e a tributação sobre grandes fortunas para o financiamento da seguridade social,
1827 com rateio específico para a saúde, bem como aumentar as alíquotas da tributação sobre
1828 bebidas açucaradas, álcool, tabaco, motocicletas, como meio de fortalecer as fontes de
1829 financiamento exclusivas da seguridade social, e do SUS em particular; e e) Reduzir a renúncia
1830 de receita (gasto tributário) atualmente estimada em cerca de R\$ 400 bilhões, por meio de uma
1831 avaliação do efetivo cumprimento das contrapartidas legalmente estabelecidas para a
1832 sociedade por parte dos beneficiários das renúncias, bem como rever a isenção concedida no
1833 imposto de renda sobre os rendimentos das pessoas físicas oriundas de dividendos. Concluída
1834 a explanação, conselheiro **André Luiz de Oliveira** fez um agradecimento público à atuação
1835 dedicada do conselheiro Wanderley Gomes, que deixou a coordenação da COFIN, em defesa
1836 de maior financiamento para o SUS. Também agradeceu a assessoria da COFIN, Francisco
1837 Funcia e Lizandra Conte pelo apoio à Comissão. Além disso, registrou sua consternação com o
1838 atentado na Escola Estadual Professor Raul Brasil, em Suzano (SP), que resultou na morte de oito
1839 pessoas e outras feridas. O Pleno fez um minuto de silêncio em memória dos mortos na tragédia.
1840 Após, a mesa suspendeu para o almoço. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e
1841 conselheiras na manhã do segundo dia de reunião: *Titulares* - **Altamira Simões dos Santo de**
1842 **Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e Aids; **André Luiz de**
1843 **Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Lacerda Souto**,
1844 Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares –
1845 CONTAG; **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
1846 Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional
1847 do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC; **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira
1848 de Hospitais – FBH; **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia –
1849 ABRALE; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Elisabete**
1850 **Pimenta Araújo Paz**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Gerídice Lorna Andrade**
1851 **de Moraes**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Gilene José**
1852 **dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos -

1853 SINTAPI/CUT; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO;
1854 **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **Lais Alves de Souza Bonilha**,
1855 Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos Santos**, Federação
1856 Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal Vieira Machado**,
1857 Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação
1858 Nacional das Associações e Entidades de Diabetes – FENAD; **Marisa Furia Silva**, Associação
1859 Brasileira de Autismo – ABRA; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de Psicologia – CFP;
1860 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS –
1861 ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viégas Barreto de**
1862 **Oliveira**, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Ruth Cavalcanti**
1863 **Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN; **Solimar Vieira da Silva Mendes**,
1864 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS;
1865 **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA; e **Valdenir**
1866 **Andrade França**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB.
1867 *Suplentes* - **Adauto Vieira de Almeida**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites
1868 Virais – MBHV; **Ailson dos Santos**, Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do
1869 Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo – APOINME; **Ana Clébea Nogueira Pinto de**
1870 **Medeiros**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio a Saúde da Mama –
1871 FEMAMA; **Antônio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde; **Elias Marques Ferreira**,
1872 Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Erivelto Fernandes do Nascimento**, Fórum de
1873 Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena – FPCONDISI; **Evalcilene Costa dos**
1874 **Santos**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas – MNCP; **Geovanny Costa Silva**,
1875 Movimento Negro Unificado – MNU; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos
1876 Trabalhadores – CUT; **Giancarlo de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de
1877 Odontologia – CFO; **Gláucia de Fatima Barban Morelli**, Confederação das Mulheres do Brasil
1878 – CMB; **Gláucia Tamayo Hassler Sugai**, Ministério das Cidades; **Joana Indjaian Cruz**,
1879 Associação de Controle do Tabagismo Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos – ACT;
1880 **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS; **José Vanilson Torres**, Movimento Nacional de
1881 População de Rua – MNPR; **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Lenise Aparecida**
1882 **Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria do Carmo**
1883 **Andrade Filha** - Carmem Pankararu, Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde
1884 Indígena - SINDCOPSI; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas –
1885 CFN; **Renato de Jesus Padilha**, Federação Nacional das Associações de Pacientes Renais
1886 do Brasil – FENAPAR; **Rodrigo César Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretárias
1887 Municipais de Saúde – CONASEMS; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos
1888 Bispos do Brasil – CNBB; **Vitória Bernardes Ferreira**, Associação Amigos Múltiplos pela
1889 Esclerose – AME; e **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia - CFF.
1890 Retomando os trabalhos, às 13h50, a mesa foi composta para o item 11 da pauta. **ITEM 11 –**
1891 **6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA E 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE**
1892 **SAÚDE** - *Coordenação:* conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; conselheira
1893 **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; conselheiro **Geordeci**
1894 **Menezes de Souza**, da comissão organizadora da 16ª Conferência; e conselheiro **Ailson dos**
1895 **Santos** (“Ysso Truká”), da comissão organizadora da 6ª CNSI. Iniciando, o Presidente do CNS
1896 fez um informe sobre a reunião com o Secretário Executivo do Ministério da Saúde e a
1897 assessoria do Ministro da Saúde que, tratou, entre outros aspectos, do Planejamento
1898 estratégico do CNS. A esse respeito, apresentou a seguinte proposta de encaminhamento para
1899 deliberação: realizar o planejamento estratégico do CNS nos dias 14 e 15 de maio de 2019,
1900 com a participação de conselheiros titulares e suplentes; e mudar a data da reunião ordinária
1901 do CNS do mês de maio para os dias 16 e 17. **Deliberação: aprovada, com voto contrário e**
1902 **uma abstenção, a realização do planejamento estratégico do CNS nos dias 14 e 15 de**
1903 **maio de 2019; e a mudança da data da reunião ordinária do CNS do mês de maio para os**
1904 **dias 16 e 17.** Por conta dessa mudança, será necessário rever a data de reuniões de algumas
1905 comissões do CNS. **6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA – 6ª CNS -**
1906 *Apresentação:* conselheiro **Ailson dos Santos** (“Ysso Truká”); e **Marco Antônio Toccolini**,
1907 Secretário da Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS. Conselheiro **Ailson dos**
1908 **Santos** fez um breve informe sobre o processo preparatório da 6ª CNSI, destacando que foram
1909 sugeridos nomes para palestrantes, composição da mesa e homenagens. O Presidente do
1910 CNS anunciou a presença do Secretário da SESAI/MS, **Marco Antônio Toccolini** e lembrou
1911 que, conforme prevê o Regulamento da 6ª CNSI, participarão da etapa nacional os
1912 conselheiros titulares ou aqueles que estejam na condição de titular, em virtude da

1913 ausência/desistência do titular e/ou primeiro suplente. Portanto, seria necessário definir prazo
1914 para essa indicação. Conselheiro **José Vanilson Torres** lamentou que somente titulares ou
1915 suplentes na condição de titular poderão participar da etapa nacional. A esse respeito,
1916 conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** explicou que o trabalho das comissões temáticas
1917 vinha sendo realizado na linha de contenção de gastos. Portanto, seria difícil definir naquele
1918 momento pela ampliação de número de participantes da etapa nacional. O Secretário da
1919 SESA/MS, **Marco Antônio Toccolini**, destacou que a SESA/MS estava lutando para realizar
1920 a Conferência considerando a restrição financeira e aproveitou para informar que o Termo de
1921 Referência da Conferência fora ajustado, cumprindo as solicitações da CGMAB e da CONJUR,
1922 para lançar o edital. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Ailson dos Santos** explicou que não seria
1923 possível viabilizar a participação dos 144 conselheiros e conselheiras, por conta da limitação
1924 orçamentária. Além disso, solicitou que todos os conselheiros contribuíssem para realização da
1925 Conferência. Conselheiro **José Vanilson Torres** solicitou que, nas próximas conferências, o
1926 Plenário tentasse viabilizar a participação também dos conselheiros suplentes e não somente
1927 de titulares. **Deliberação: neste ponto, o Pleno deliberou, conforme prevê o Regulamento**
1928 **da 6ª CNSI, que participarão da etapa nacional os conselheiros titulares ou aqueles que**
1929 **estejam na condição de titular, em virtude da ausência/desistência do titular e/ou**
1930 **primeiro suplente. Sendo assim, cada composição no seu respectivo segmento deverá**
1931 **indicar até sexta-feira (22 de março de 2019), quem irá participar: se o titular (por**
1932 **Regulamento no direito), ou um de seus suplentes (se for preciso substituir). 16ª**
1933 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – 16ª CNS –** conselheiro **Geordeci Menezes de**
1934 **Souza**, da comissão organizadora da 16ª Conferência, atualizou o Pleno sobre o processo
1935 preparatório da 16ª Conferência. Informou que a comissão organizadora reuniu-se nos dias 27
1936 e 28 de fevereiro e, na oportunidade, definiu os critérios das atividades autogestionadas e dos
1937 participantes oriundos das conferências livres. Também solicitou a indicação de palestrantes
1938 para as três mesas de debate até o dia 1º de abril de 2019: mesa 1 - Saúde como direito – 4 de
1939 agosto; mesa 2 - Consolidação dos princípios do SUS - 4 de agosto; e mesa 3 - financiamento
1940 adequado e suficiente para o SUS – 5 de agosto (além do nome completo, é preciso enviar
1941 mini currículo, além de justificativa para indicação do nome). Conselheira **Priscilla Viégas**
1942 **Barreto de Oliveira** informou que foi instituído GT para elaborar ementa com vistas a subsidiar
1943 a indicação de nomes dos palestrantes e orientá-los (documento será enviado aos conselheiros
1944 no dia 19 de março). Além disso, informou que as comissões temáticas da 16ª Conferência se
1945 reuniram e definiram os seus planos de trabalho. Na sequência, fez uso da palavra o
1946 Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Betim/MG, **Augusto Viana**, que compartilhou
1947 as ações desenvolvidas pelo CMS de Betim para preparação da Conferência Municipal de
1948 Saúde, prevista para o próximo mês: realização de 70 atividades preparatórias; debate com o
1949 controle social e a sociedade de Betim sobre diversos temas como saúde da população negra,
1950 idosa, em situação de rua; saúde da mulher, refugiados, pessoas com deficiência; pessoas
1951 privadas de liberdade; saúde mental; financiamento do SUS; assistência farmacêutica,
1952 judicialização, hanseníase, além de outros temas. Também aproveitou para registrar o repúdio
1953 ao PL que tramita na assembleia Legislativa de Minas Gerais que aponta para o fim da escola
1954 de saúde pública de Minas Gerais. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** salientou que os
1955 conselheiros e conselheiras nacionais devem reforçar a solicitação aos Conselhos Estaduais
1956 ou Secretarias Estaduais de Saúde para que oficializem as datas das conferências estaduais
1957 (sete Estados ainda não tinham confirmado). Após breves comentários, a mesa passou aos
1958 encaminhamentos. **Deliberação: neste ponto de pauta, o Pleno decidiu: reforçar a**
1959 **solicitação para a SE/CNS de que sejam enviados aos CES os nomes dos conselheiros**
1960 **nacionais dos respectivos Estados na linha de sugerir a participação desses**
1961 **conselheiros nessas etapas; e solicitar a SE/CNS que envie aos conselheiros (titulares e**
1962 **suplentes) as ementas das mesas redondas dos três subeixos da Conferência,**
1963 **solicitando indicações para palestrantes (nome, contato, minicurículo e justificativa),**
1964 **com retorno até o dia 1º de abril de 2019. Além disso, os conselheiros e conselheiras**
1965 **nacionais devem reforçar nos seus estados a solicitação aos Conselhos Estaduais ou**
1966 **Secretarias Estaduais de Saúde para oficializarem as datas das conferências estaduais.**
1967 **ITEM 12 – COMISSÕES E ENCAMINHAMENTOS DO PLENO.** Câmaras Técnicas. Grupo de
1968 Trabalho - *Coordenação:* conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e
1969 conselheira **Elaine Junger Pelaez**, da Mesa Diretora do CNS. **1) Recomendação.** O texto é o
1970 seguinte: “Recomendação nº xxx, de 15 de março de 2019. O Plenário do Conselho Nacional
1971 de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias
1972 14 e 15 de março de 2019, e no uso de suas competências regimentais e atribuições

1973 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro
1974 de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de
1975 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do
1976 Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a edição da Medida Provisória
1977 873/2019, que altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-lei nº
1978 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre a contribuição sindical, e revoga dispositivo
1979 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; considerando que a mudança na forma de
1980 cobrança da contribuição sindical, através de alterações no Artigo 545 da CLT e no Estatuto do
1981 Servidor Público (Lei nº 8112/90), asfixia financeiramente as entidades afetando a defesa de
1982 direitos de trabalhadores e trabalhadoras; considerando que as centrais sindicais divulgaram
1983 nota conjunta repudiando a MP 873/19, que fragiliza o princípio da liberdade, da autonomia
1984 sindical e do direito de organização dos trabalhadores e trabalhadoras do setor público e
1985 privado, garantidos na Constituição Federal de 1988; considerando que a Ordem dos
1986 Advogados do Brasil (OAB) ajuizou uma ação direta de inconstitucionalidade no Supremo
1987 Tribunal Federal (STF) contra a MP 873/19, tendo em vista que a medida dificulta o processo
1988 de organização e manifestação da sociedade civil para representar os trabalhadores por meio
1989 dos sindicatos; considerando a ausência de relevância e urgência dessa pauta, que não
1990 justifica o seu tratamento por meio de medida provisória, já que as alterações propostas pela
1991 MP 873/19 fazem parte do exercício regular da competência legislativa do Congresso Nacional;
1992 considerando que, em dezembro de 2017, o Tribunal Superior do Trabalho (TST) homologou
1993 uma convenção coletiva de trabalho contendo uma cláusula prevendo o desconto da
1994 contribuição sindical, desde que houvesse autorização em assembleia; considerando que os
1995 possíveis prejuízos que a MP 873 poderá causar aos sindicatos e à organização sindical
1996 durante o período de sua vigência são irrecuperáveis, mesmo que a medida seja rejeitada no
1997 Congresso; considerando que o Presidente do Senado e do Congresso Nacional reconheceu
1998 que a MP 873 “inviabiliza a existência dos sindicatos” e admitira a possibilidade de devolver
1999 essa medida provisória à Presidência da República; considerando que a MP 873/19 será
2000 analisada inicialmente na comissão mista, na qual serão apresentadas as emendas e
2001 realizadas as audiências públicas; considerando que a MP 873/19 fere a Convenção da OIT e
2002 a prerrogativa da agenda da Organização das Nações Unidas (ONU) 2030, que indicam que os
2003 governos deverão abster-se de qualquer intervenção que possa limitar o direito de organização
2004 ou obstar o seu exercício legal; considerando que, além do processo de organização e
2005 representação dos trabalhadores e trabalhadoras, a proposta inviabiliza, de forma contundente,
2006 as redes de proteção e assistência dispostas ao conjunto da classe trabalhadora pelas
2007 organizações sindicais, já que, ameaça a garantia da sustentabilidade do Fundo de Amparo ao
2008 Trabalhador (FAT); considerando que o Presidente do Senado tem a competência de impugnar
2009 as proposições que lhe pareçam contrárias à Constituição, às leis, ou ao seu Regimento
2010 Interno, ressalvado ao autor recurso para o Plenário, que decidirá após audiência da Comissão
2011 de Constituição, Justiça e Cidadania (Art. 48, incisos II e XI, do Regimento Interno do Senado
2012 Federal, Resolução nº 93, de 1970). **Recomenda:** ao Presidente e demais parlamentares do
2013 Congresso Nacional que procedam à devolução da MP 873 ao Poder Executivo, haja vista que
2014 essa pauta é matéria da competência do Poder Legislativo e fere constitucionalmente o direito
2015 à organização sindical dos trabalhadores e trabalhadoras brasileiras.” **Deliberação: a**
2016 **recomendação foi aprovada. 2) Recomendação.** O texto é o seguinte: “Recomendação nº
2017 xxx, de 15 de março de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua
2018 Trecentésima Décima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de março de 2019,
2019 e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19
2020 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar
2021 nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
2022 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira
2023 correlata; e considerando o Art. 5º da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que afirma que
2024 todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos
2025 brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade,
2026 à igualdade, à segurança e à propriedade; considerando o previsto no Art. 196 da CF/1988,
2027 que determina que a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, devem ser garantidas
2028 pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal e
2029 igualitário às ações e serviços de saúde e à redução do risco de doença e de outros agravos;
2030 considerando a Lei nº 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e
2031 recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, bem
2032 como sobre os princípios e diretrizes fundamentais do SUS; considerando a Resolução CNS

2033 nº 600, de 11 de outubro de 2018, em que o Plenário do CNS, em sua Trecentésima Décima
2034 Reunião Ordinária, aprovou o posicionamento brasileiro para a *Global Conference on*
2035 *Primary Health Care*, ocorrida em Astana (Cazaquistão), em 25 e 26 de outubro de
2036 2018, elaborado pela Câmara Técnica da Atenção Básica do Conselho Nacional de
2037 Saúde, juntamente com a Fundação Oswaldo Cruz e o Ministério da Saúde, cujo pilar
2038 fundamental é a concepção de um sistema universal de saúde; considerando o Eixo XII do
2039 posicionamento da Câmara Técnica de Atenção Básica do CNS sobre a Conferência de
2040 Astana, no qual a promoção de cuidado na Atenção Primária em Saúde (APS) deve ser
2041 determinada pelas necessidades de saúde das pessoas, as condições objetivas do território
2042 onde vivem, e que as equipes de saúde precisam estar estruturadas a partir destas
2043 necessidades; considerando a apresentação pela Assessoria Técnica do Departamento de
2044 Atenção Básica do Ministério da Saúde, realizada na 5ª reunião da CTAB, em 26 de fevereiro
2045 de 2019, que relata a diminuição do número de Agentes Comunitários de Saúde cadastrados
2046 nas Equipes de Saúde da Família, a despeito do aumento no número de equipes, conforme
2047 consta do relatório disponível em:
2048 http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php;
2049 considerando a Nota Técnica nº 405/2018 COGPAB/DAB/SAS/MS, que orienta a solicitação de
2050 credenciamento das equipes, que deve ser aprovada pelos respectivos Conselhos de Saúde
2051 Municipal, Estadual ou do Distrito Federal; e considerando o Instrumento de Monitoramento da
2052 Política Nacional de Atenção Básica elaborado pela Câmara Técnica de Atenção Básica do
2053 Conselho Nacional de Saúde (CTAB/CNS), anexo I desta recomendação. Recomenda: aos
2054 Conselhos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal: 1) A criação de Comissões de
2055 Atenção Básica, a fim de monitorar a Política Nacional de Atenção Básica em seu respectivo
2056 âmbito de ação; e 2) O preenchimento do Instrumento de Monitoramento da Política Nacional
2057 de Atenção Básica e envio ao Conselho Nacional de Saúde, com vistas a subsidiar os debates
2058 travados na 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) e o seu acompanhamento em âmbito
2059 nacional. Deliberação: a recomendação foi aprovada. **3) Recomendação.** O texto é o seguinte:
2060 “Recomendação nº xxx, de 15 de março de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde
2061 (CNS), em sua Trecentésima Décima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de
2062 março de 2019, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei
2063 nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei
2064 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de
2065 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da
2066 legislação brasileira correlata; e considerando que a República Federativa do Brasil constitui-se
2067 em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos a soberania, a cidadania, a
2068 dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo
2069 político, conforme incisos I, II, III, IV e V do Art. 1º da Constituição Federal de 1988;
2070 considerando que a construção de uma sociedade livre, justa e solidária e a garantia do
2071 desenvolvimento nacional constituem objetivos fundamentais da República Federativa do
2072 Brasil, conforme incisos I e II Art. 3º da Constituição Federal de 1988; considerando que são
2073 direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o
2074 lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência
2075 aos desamparados, na forma do Art. 6º da Constituição Federal de 1988; considerando que a
2076 ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça
2077 sociais, de acordo com o Art. 193 da Constituição Federal de 1988; considerando que a
2078 seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes
2079 Públicos e da Sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e
2080 à assistência social; e competindo ao Estado Brasileiro, nos termos da lei, organizar a
2081 seguridade social, com base nos objetivos de universalidade da cobertura e do atendimento;
2082 uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais e
2083 irredutibilidade do valor dos benefícios, conforme incisos I, II e IV do Artigo 194 da Constituição
2084 Federal de 1988; considerando que a Proposta de Emenda Complementar (PEC) nº 06/2019,
2085 que altera os artigos 22, 37, 38, 39, 40, 42, 109, 149, 167, 194, 195, 201, 203, 239 e 251 da
2086 Constituição Federal, para modificar o sistema de previdência social, estabelece regras de
2087 transição e disposições transitórias; considerando que a PEC 06/2019 desconstitucionaliza a
2088 previdência social, acentua a desigualdade social existente no Brasil ao inserir a proposta do
2089 regime de capitalização, injusta com aqueles de menor potencial contributivo e ao não observar
2090 as especificidades dos segmentos sociais mais vulneráveis da sociedade como mulheres,
2091 idosos e trabalhadores rurais, de acordo com a Nota Técnica do Dieese nº 202 de 2019;
2092 considerando que a minimização da Previdência Social associada ao mercado de trabalho

2093 desestruturado e redução do padrão salarial ameaça a evolução das contribuições
2094 previdenciárias e o próprio modelo de desenvolvimento econômico sustentável no Brasil, de
2095 acordo com a Nota Técnica do Dieese nº 202 de 2019; considerando que a CPI da Previdência
2096 entre os meses de abril e outubro de 2017 apontou a necessidade de fortalecimento dos
2097 órgãos de fiscalização e controle, revisão do modelo atuarial, auditoria da dívida pública, fim
2098 das desonerações, cobrança dos grandes devedores da Previdência e o combate às fraudes e
2099 sonegações; considerando o grave impacto da PEC 06/2019 sobre a saúde da população
2100 brasileira, sendo o conceito de saúde o bem estar biopsicossocial, como orienta a Organização
2101 Mundial da Saúde (OMS); e considerando a Carta dos Governadores do Nordeste, elaborada e
2102 assinada pela totalidade dos governantes dos estados dessa região durante o Encontro dos
2103 Governadores do Nordeste, no dia 14 de março de 2019 em São Luís do Maranhão, que
2104 manifesta a “rejeição à proposta de 'desconstitucionalização' da Previdência Social, retirando
2105 da Constituição garantias fundamentais dos cidadãos”. Recomenda: ao Congresso Nacional,
2106 que: 1) Interrompa a tramitação da PEC 06/2019, por seu conteúdo e forma como foi
2107 elaborada, não dialogada com a sociedade brasileira; e 2) Não inicie qualquer discussão sobre
2108 a Previdência Social antes de amplo debate com a sociedade, com garantia de plena
2109 participação de diferentes setores e segmentos sociais e suas representações. **Deliberação: a**
2110 **recomendação foi aprovada. 4) Recomendação.** O texto é o seguinte: “Recomendação nº
2111 xxx, de 15 de março de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua
2112 Trecentésima Décima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de março de 2019,
2113 e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19
2114 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar
2115 nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
2116 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira
2117 correlata; e considerando o que dispõe a Constituição Federal da República Federativa do
2118 Brasil (CF/1988), em especial os seus artigos 196, 197 e 198; considerando que o texto
2119 constitucional determina que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo
2120 ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle,
2121 devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa
2122 física ou jurídica de direito privado (Art. 197 da CF/1988); considerando que assédio moral no
2123 trabalho é conceituado como a desqualificação reiterada, por meio de palavras, gestos ou
2124 atitudes, a autoestima, a segurança ou a imagem do servidor público ou empregado em razão
2125 de vínculo hierárquico funcional ou laboral; considerando o posicionamento deste CNS, seja
2126 nos debates realizados nos mais variados eventos ao longo dos últimos anos (2002, 2006,
2127 2010, 2017, 2018), seja na Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
2128 (CISTT), na Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relação de Trabalho (CIRHRT),
2129 e/ou no Plenário de que assédio moral no trabalho está relacionado a situações de caráter
2130 discriminatório, humilhante ou constrangedor, destacando que as principais vítimas são as
2131 mulheres, negros, pessoas com deficiência e com idade avançada; considerando que a
2132 perpetuação da prática está relacionada também ao cenário econômico do país, visto que o
2133 assédio moral é uma violência de caráter global, mas no caso brasileiro assume uma faceta
2134 cruel na medida em que vem somada a um contexto de crise econômica e desemprego;
2135 considerando que o Ministério Público do Trabalho (MPT) é a favor da criminalização do
2136 assédio moral no trabalho, regulamentando uma norma que atenda tanto ao setor público
2137 quanto ao setor privado; e considerando que no dia 12 de março de 2019, o Plenário da
2138 Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei 4742/2001, que tipifica, no Código Penal
2139 Brasileiro, o crime de assédio moral no ambiente de trabalho, e que a próxima etapa dos
2140 trâmites legais é o envio da proposta para apreciação do Senado. Recomenda Aos/as
2141 Senadores/as da República: Que apreciem e aprovem, com a maior celeridade possível, o
2142 Projeto de Lei nº 4742/2001, recentemente aprovado na Câmara dos Deputados, onde define
2143 tipificação, no Código Penal Brasileiro, do crime de assédio moral no trabalho, garantindo que o
2144 conteúdo/texto esteja em consonância na pretensão de evitar que as pessoas sejam
2145 submetidas a situações que violem sua dignidade ou que as exponham a condições
2146 humilhantes ou degradantes no ambiente de trabalho. **Deliberação: a recomendação foi**
2147 **aprovada. ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou os trabalhos da
2148 Tricentésima Décima Quinta Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes
2149 conselheiros e conselheiras na tarde do segundo dia de reunião: *Titulares* - **Altamira Simões**
2150 **dos Santo de Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e Aids;
2151 **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Lacerda**
2152 **Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares

2153 – CONTAG; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio de Bens,
2154 Serviços e Turismo – CNC; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**, Conselho Federal de Enfermagem
2155 – COFEN; **Geridice Lorna Andrade de Moraes**, Associação Brasileira de Alzheimer e
2156 Doenças Similares – ABRAZ; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores
2157 Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINTAPI/CUT; **Joana Batista Oliveira Lopes**,
2158 Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa
2159 Idosa – PPI; **Laís Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –
2160 ABENFISIO; **Lenir dos Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down
2161 – FBASD; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST;
2162 **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Moysés Longuinho Toniolo**
2163 **de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Priscilla Viégas Barreto de**
2164 **Oliveira**, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Ruth Cavalcanti**
2165 **Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN; **Solimar Vieira da Silva Mendes**,
2166 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS;
2167 e **Valdenir Andrade França**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia
2168 Brasileira – COIAB. *Suptentes* - **Adauto Vieira de Almeida**, Movimento Brasileiro de Luta
2169 Contra as Hepatites Virais – MBHV; **Allan Nuno Alves de Sousa**, Ministério da Saúde; **Allan**
2170 **Quadros Garcês**, Ministério da Saúde; **Ana Clébea Nogueira Pinto de Medeiros**, Federação
2171 Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio a Saúde da Mama – FEMAMA; **Elias Marques**
2172 **Ferreira**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Erivelto Fernandes do Nascimento**,
2173 Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena – FPCONDISI; **Evalcilene**
2174 **Costa dos Santos**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas – MNCP; **Geovanny Costa**
2175 **Silva**, Movimento Negro Unificado – MNU; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos
2176 Trabalhadores – CUT; **Giancarlo de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de
2177 Odontologia – CFO; **Gláucia de Fatima Barban Morelli**, Confederação das Mulheres do Brasil
2178 – CMB; **Gláucia Tamayo Hassler Sugai**, Ministério das Cidades; **Haroldo Jorge de Carvalho**
2179 **Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **João Donizeti Scaboli**,
2180 Força Sindical – FS; **José Vanilson Torres**, Movimento Nacional de População de Rua –
2181 MNPR; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil –
2182 CNBB; **Manuelle Maria Marques Matias**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG;
2183 **Marco Antonio Toccolin**, Ministério da Saúde; **Maria do Carmo Andrade Filha** - Carmem
2184 Pankararu, Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena - SINDCOPSI;
2185 **Renato de Jesus Padilha**, Federação Nacional das Associações de Pacientes Renais do
2186 Brasil – FENAPAR; **Rodrigo César Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretárias
2187 Municipais de Saúde – CONASEMS; e **Vitória Bernardes Ferreira**, Associação Amigos
2188 Múltiplos pela Esclerose – AME.