



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 SÉTIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE – CNS**

Aos dezesseis e dezessete dias do mês de maio de 2019, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Décima Sétima Reunião Ordinária do CNS. Estabelecido o quórum, às 9h10, conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos com saudações aos presentes. Em seguida, apresentou os objetivos da 317ª RO: **1) Socializar os informes e apreciar as indicações. 2) Assistir e apreciar o tema do Radar que abordará a Doença Celíaca. 3) Conhecer e debater os Efeitos da Desvinculação de Receita da União para o SUS. 4) Atualizar e articular ações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. 5) Contribuir e deliberar acerca dos Impactos dos Acidentes de Trabalho no Brasil. 6) Analisar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. 7) Conhecer e debater as Perspectivas da Implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde No Brasil. 8) Discutir e deliberar sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 9) Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN. 10) Apresentar e apreciar as questões da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e da 16ª Conferência Nacional de Saúde. 11) Socializar e deliberar as demandas das Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho, Coordenação de Plenárias dos Conselhos de Saúde e encaminhamentos do Pleno. Na sequência, procedeu ao primeiro item da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 316ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 317ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Coordenação:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DA ATA DA 316ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação:** a ata da 316ª Reunião Ordinária do CNS será aprovada na próxima reunião do CNS, por conta da solicitação de adendo feita pelo conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**. **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 317ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação:** a pauta da 317ª RO foi aprovada por unanimidade. **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de maio. Informes. Indicações. Coordenação:** conselheira **Elaine Junger Pelaez**, da Mesa Diretora do CNS; e **Ana Carolina Dantas Souza**, Secretária-Executiva do CNS. **Justificativa de ausências – conselheira Dulcilene Silva Tiné. Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde presentes à reunião – Edna Maria dos Anjos Mota – Rondônia; Jacildo de Siqueira Pinho – Mato Grosso; Joelma Brito da Silva – Piauí; e Tibério Guimarães Lima – Alagoas. Datas representativas para a saúde no mês de maio – 1º/mai. - Maio Amarelo (Prevenção de Acidentes no Trânsito). 1º/mai. - Dia Internacional do Trabalhador. 2/mai. Dia Mundial de Enfrentamento ao Assédio Moral. 2/mai. - Dia Mundial de Combate a Aasma. 5/mai. - Dia Nacional do Uso Racional de Medicamento. 7/mai.- Dia do Oftalmologista e Dia Nacional de Prevenção da Alergia. 7/mai. - Dia Mundial da Espondilite Anquilosante. 8/mai. - Dia Internacional da Cruz Vermelha. 8/mai. - Dia Mundial do Câncer de Ovário. 8/mai. - Dia Nacional e o Dia Internacional da Talassemia. 10/mai. - Dia Internacional de Atenção à Pessoa com Lúpus. 12/mai. - Dia da Enfermagem e do Enfermeiro. 13/mai. - Dia do Zootecnista. 15/mai. - Dia do Assistente Social. 15/mai. - Dia Nacional do Controle das Infecções Hospitalares. 17/mai. - Dia Mundial da Hipertensão Arterial. 17/mai.- Dia Internacional de Enfrentamento à LGBTfobia. 18/mai. - Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. 18/mai. - Dia Nacional de Luta Antimanicomial. 19/mai. - Dia Internacional de Doação do Leite Humano. 25/mai. - Dia do Massagista. 26/mai. -****

53 Dia Nacional do Combate ao Glaucoma. 27/mai. - Dia do Serviço de Saúde do Exército.
54 28/mai. - Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher. 28/mai. - Dia Nacional de Redução
55 da Mortalidade Materna. 29/mai. - Dia Mundial da Saúde Digestiva. 31/mai. - Dia Mundial Sem
56 Tabaco. **Informes - 1) Conselheira Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello** fez um informe da
57 Associação Superando Lúpus e outras entidades de patologias reumáticas e de doenças
58 inflamatórias intestinais sobre o mês "Maio Roxo" para conscientização a respeito das doenças
59 imunomediadas, entre elas, o Lúpus Eritematoso Sistêmico, Espondilite Anquilosante,
60 Fibromialgia e Doenças Inflamatórias Intestinais. **Indicações - 1) Audiência Pública** sobre o
61 tema "A Relevância da 16ª Conferência Nacional de Saúde na Mobilização Social em Defesa
62 do SUS Constitucional: Lançamento da Etapa Estadual da Conferência de Saúde no Rio
63 Grande do Norte". Data: 3 de junho de 2019. Horário: 14h. Local: Natal/RN. Obs.: sem prazo
64 para emissão de passagens. **Indicação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**. **Aprovada**
65 **por unanimidade.** **2) Fórum Social Brasileiro de Saúde e Segurança Social** Evento
66 (Preparatório VIII FSMSSS). Data: 1º e 2 de junho de 2019. Local: Salvador- BA. **2.1 VIII**
67 **Fórum Social Mundial da Saúde e Seguridade Social – FSMSSS.** Data: 26 e 28 de junho de
68 2019. Local: Bogotá – Colômbia. **Indicação:** conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de**
69 **Souza.** **3) 1º Congresso da Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do**
70 **Paciente – SOBRASP.** Data: 5 a 7 de junho de 2019. Participação do CNS - Mesa redonda, no
71 dia 6 de junho, das 16h às 19h. Local: Rio de Janeiro/RJ. **Indicação:** conselheiro **Artur**
72 **Custódio M. Souza.** Obs.: O conselheiro já participará da atividade. **4) BioSummit Workshop**
73 **Capacitação de Líderes de Associações.** Data: 28 de maio de 2019. Local: Brasília-DF.
74 **Indicação:** conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza.** Neste ponto, a mesa colocou
75 em votação, em bloco, as indicações feitas. **Deliberação: As indicações seguintes foram**
76 **aprovadas, em bloco, com duas abstenções.** **5) Definição da coordenação das Comissões**
77 **Intersetoriais do CNS – Inicialmente,** conselheiro **André Luiz de Oliveira** apresentou a
78 proposta do Fórum de Usuários de incluir uma segunda coordenação adjunta nas comissões
79 com mais de trinta integrantes, sem alterar o número do total. **Deliberação: aprovada, por**
80 **unanimidade, a proposta de incluir uma segunda coordenação adjunta nas comissões**
81 **com mais de trinta integrantes, sem alterar o número total. Após essa definição, o Pleno**
82 **aprovou, por unanimidade, em bloco, as seguintes indicações para as coordenações das**
83 **comissões:** **5.1. Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição - CIAN - Coordenação:**
84 **Myrian Coelho Cunha da Cruz,** Conselho Federal de Nutricionistas – CFN. **Coordenação**
85 **adjunta: Valdenir Andrade França,** Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia
86 Brasileira – COIAB. **5.2. Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com**
87 **Deficiência – CIASPD. Coordenação: Gilson Silva,** Força Sindical – FS. **Coordenação**
88 **adjunta: Priscilla Viégas Barreto de Oliveira,** Associação Brasileira dos Terapeutas
89 Ocupacionais – ABRATO. **5.3. Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas**
90 **com Patologias. Coordenação: Moysés Longuinho Toniolo de Souza,** Articulação Nacional
91 de Luta Contra a AIDS – ANAIDS. **Primeira coordenação adjunta: Ana Clébea Nogueira Pinto**
92 **de Medeiros,** Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio a Saúde da Mama –
93 FEMAMA. **Segunda coordenação adjunta: Eduardo Maércio Fróes,** Associação Brasileira de
94 Linfoma e Leucemia – ABRALÉ. **5.4. Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos**
95 **de Vida – CIASCV. Coordenação: Vânia Lúcia Ferreira Leite,** Conferência Nacional dos
96 Bispos do Brasil – CNBB. **Primeira coordenação adjunta: José Araújo da Silva,** Pastoral da
97 Pessoa Idosa – PPI. **Segunda coordenação adjunta: Luiz Alberto Catanoso,** Sindicato
98 Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINDNAPI/FS. **5.5. Comissão**
99 **Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF. Coordenação:**
100 **Débora Raymundo Melecchi,** Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR. **Primeira**
101 **coordenação adjunta: Lenise Aparecida Martins Garcia,** Conferência Nacional dos Bispos do
102 Brasil – CNBB. **Segunda coordenação adjunta: Albanir Pereira Santana,** Federação Nacional
103 das APAES – FENAPAES. **5.6. Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o**
104 **Controle Social no SUS – CIEPCSS. Coordenação: Sueli Terezinha Goi Barrios,** Associação
105 Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA. **Coordenação adjunta: Maria da Conceição Silva,**
106 União de Negros pela Igualdade – UNEGRO. **5.7. Comissão Intersetorial de Políticas de**
107 **Promoção da Equidade – CIPPE. Coordenação: Altamira Simões dos Santos de Souza,**
108 Rede Nacional Lai Lai Apejo - Saúde da População Negra e Aids. **Primeira coordenação**
109 **adjunta: Jupiara Gonçalves de Castro,** Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-
110 Administrativos das Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA. **Segunda**
111 **coordenação adjunta: Michele Seixas de Oliveira,** Articulação Brasileira de Lésbicas – ABL.
112 **5.8. Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e**

113 **Complementares em Saúde.** *Coordenação:* **Simone Maria Leite Batista**, Articulação
114 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS. *Primeira*
115 *coordenação adjunta:* **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia
116 Ocupacional – COFFITO. *Segunda coordenação adjunta:* **Abrahão Nunes da Silva**, Central de
117 Movimentos Populares – CMP. **5.9. Comissão Intersectorial de Saúde Bucal – CISB.**
118 *Coordenação:* **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO.
119 *Coordenação adjunta:* **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira de Aposentados,
120 Pensionistas e Idosos – COBAP. **5.10. Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher – CISMU.**
121 *Coordenação:* **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM.
122 *Coordenação adjunta:* **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros –
123 FNE. **5.11. Comissão Intersectorial De Saúde Indígena – CISI.** *Coordenação:* **Valdenir**
124 **Andrade França**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB.
125 *Coordenação adjunta:* **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários
126 de Saúde – CONASS. **5.12. Comissão Intersectorial de Saúde Suplementar – CISS.**
127 *Coordenação:* **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia –
128 ABRALE. *Coordenação adjunta:* **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos
129 Enfermeiros – FNE. **5.13. Comissão Intersectorial de Vigilância em Saúde – CIVS.**
130 *Coordenação:* **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas
131 Atingidas pela Hanseníase – MORHAN. *Primeira coordenação adjunta:* **Adolorata Aparecida**
132 **Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV. *Segunda coordenação*
133 *adjunta:* **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores
134 – CONAM. **5.14. Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho –**
135 **CIRHRT.** *Coordenação:* **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem –
136 ABEn. *Coordenação adjunta:* **Nara Monte Arruda**, União Nacional dos Estudantes – UNE.
137 *Segunda coordenação adjunta:* **Manuelle Maria Marques Matias**, Associação Nacional de
138 Pós-Graduandos – ANPG. **5.15. Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador e da**
139 **Trabalhadora – CISTT.** *Coordenação:* **Geordecí Menezes de Souza**, Central Única dos
140 Trabalhadores – CUT. *Coordenação adjunta:* **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação
141 Brasileira de Nutrição – ASBRAN. *Segunda coordenação adjunta:* **João Donizeti Scaboli**,
142 Força Sindical – FS. **5.16. Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento – COFIN.**
143 *Coordenação:* **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB.
144 *Primeira coordenação adjunta:* **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das
145 Associações de Moradores – CONAM. *Segunda coordenação adjunta:* **Cláudio Ferreira do**
146 **Nascimento**, Federação Interstadual dos Odontologistas – FIO. **5.17. Comissão**
147 **Intersectorial de Saúde Mental – CISM.** *Coordenação:* **Marisa Helena Alves**, Conselho
148 Federal de Psicologia – CFP. *Coordenação adjunta:* **José Vanilson Torres**, Movimento
149 Nacional de População de Rua – MNPR. **5.18. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa –**
150 **CONEP.** Não foi debatida porque possui processo específico de eleição. **ITEM 3 – RADAR -**
151 **Doença Celíaca - Apresentação:** **Michele Lessa**, Coordenadora Geral de Alimentação e
152 Nutrição do Ministério da Saúde; e dra. **Lenora Gandolfi**, Professora da UNB e representante
153 da Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil. *Coordenação:* conselheiro
154 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. A primeira expositora foi a
155 coordenadora/MS, **Michele Lessa**, que fez uma explanação sobre atenção nutricional no SUS
156 e a doença celíaca. Antes de iniciar a exposição, saudou o Pleno e informou que o curso de
157 capacitação, solicitado pelo CNS, estava em fase final de elaboração (gravação dos vídeos) e
158 seria lançado em breve. Dito isso, passou à exposição, falando sobre a Política Nacional de
159 Alimentação e Nutrição - PNAN tem como propósito a melhoria das condições de alimentação,
160 nutrição e saúde da população brasileira com foco em três eixos: promoção de práticas
161 alimentares adequadas e saudáveis; vigilância alimentar e nutricional; e prevenção e o cuidado
162 integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Também citou as Diretrizes da
163 PNAN que visam a organização da Atenção Nutricional: Participação e Controle Social;
164 Qualificação da Força de Trabalho; Controle e Regulação de Alimentos; Pesquisa, Inovação e
165 Conhecimento em Alimentação e Nutrição; Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;
166 Vigilância Alimentar e Nutricional; e Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição. Dessas
167 diretrizes, detalhou as seguintes: **1) Organização da Atenção Nutricional** - cuidados relativos à
168 alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e
169 tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do
170 SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede
171 integrada, resolutive e humanizada de cuidados; e Cuidados em alimentação e nutrição como
172 parte da atenção integral à saúde: articulação na assistência e na gestão. Atenção nutricional

173 transversal à Rede de Atenção à Saúde; e **2**) Promoção da Alimentação Saudável - conjunto
174 de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas
175 alimentares adequadas e saudáveis: políticas públicas saudáveis, reforço da ação comunitária,
176 educação alimentar e nutricional, regulação e controle de alimentos, reorientação dos serviços
177 de saúde e oferta de alimentos saudáveis em ambientes institucionais. Das ações de educação
178 alimentar e nutricional, fez um destaque aos Guias Alimentares que estavam em revisão, com
179 previsão de lançamento em 2019. Também elencou os cinco princípios que norteiam o Guia
180 Alimentar para População Brasileira: alimentação é mais que ingestão de nutrientes; sintonia
181 com seu tempo; sistema alimentar social e ambientalmente sustentável; autonomia nas
182 escolhas alimentares; e diferentes saberes geram o conhecimento. No que diz respeito à
183 promoção da alimentação saudável a partir do Guia, explicou que estavam disponíveis
184 materiais, vídeos, cursos e redes sociais, além de livros didáticos. Ainda sobre promoção da
185 alimentação saudável a partir do Guia, falou da Educação Alimentar e Nutricional nas Escolas,
186 uma parceria com a UERJ para elaboração de livros e vídeos sobre alimentação saudável.
187 Além disso, fez um destaque à Plataforma Saúde Brasil, um Canal exclusivo para aproximar a
188 população de hábitos saudáveis. Seguindo, falou sobre Protocolo Clínico e Diretrizes
189 Terapêuticas – PCDT explicando que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou
190 do agravamento à saúde; tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos
191 apropriados, quando couber; posologias recomendadas; mecanismos de controle clínico; e
192 acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores
193 do SUS. Salientou que devem ser baseados em evidência científica e considerar critérios de
194 eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas. Os
195 gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações,
196 deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos
197 para o atendimento dos indivíduos com a doença em todas as etapas descritas no PCDT.
198 Continuando, falou sobre o que é Doença Celíaca e como está organizado seu cuidado no
199 SUS. Explicou que a Doença Celíaca (DC) é uma enteropatia crônica do intestino delgado
200 desencadeada pela exposição ao glúten (principal fração proteica presente no trigo, centeio e
201 cevada) em indivíduos geneticamente predispostos. Estudos revelam que acomete
202 principalmente crianças de 6 meses a 5 anos. Também foi observada uma prevalência maior
203 entre mulheres. Explicou que há medidas em vigor para proteger a população com doença
204 celíaca dos riscos de ingerir alimentos com glúten, uma vez que apresentam restrição ao
205 consumo deste. Destacou, por exemplo, a obrigatoriedade, definida em lei federal (Lei nº
206 10.674, de 16 de maio de 2003) que todos os alimentos industrializados informem em seus
207 rótulos a presença ou não de glúten para resguardar o direito à saúde das pessoas com
208 doença celíaca. Disse que o PCDT – Doença Celíaca contempla: a definição de doença
209 celíaca; três formas de apresentação clínica da DC: clássica ou típica, não clássica ou atípica e
210 assintomática ou silenciosa; critérios de inclusão; diagnóstico (dosagem de anticorpos
211 antitransglutaminase recombinante humana IGA); fluxo para o diagnóstico da doença celíaca;
212 regulação, controle e avaliação pelo gestor; e referências bibliográficas. Falou ainda sobre as
213 estratégias de comunicação com destaque para as Redes Sociais e Segundeira. No que diz
214 respeito à educação permanente sobre Doença Celíaca, explicou que estava disponível
215 Módulo Educacional para o AVASUS (autoinstrucional) “Doença celíaca: diretrizes nacionais
216 para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença”,
217 contemplando: Unidade 1: A Doença Celíaca; Unidade 2: Diagnóstico de tratamento da Doença
218 Celíaca; e Unidade 3: Rede de Apoio. Trata-se de uma parceria com a FENACELBRA, junto
219 com a docente: Ms. Nutr. Maria Janaína Cavalcante Nunes, com carga Horária prevista de 30h,
220 tendo como público alvo profissionais de nível médio e superior da Atenção Básica do SUS
221 (lançamento do EAD: julho/2019). No que se refere à Diretriz “Formação e Educação
222 Permanente dos Trabalhadores da Saúde”, fez um destaque à participação em eventos
223 científicos e aulas, articulação com o CFN, articulação com RedeNutri e Cursos de formação
224 em EAD e semipresenciais. No que se refere à Agenda de Educação Permanente, salientou:
225 UNASUS – Prevenção e Controle da Obesidade (EAD) (cursos de extensão de 15 a 60 horas,
226 total 440 horas); TELESSAUDE - Promoção da Alimentação Saudável e Manejo da Obesidade
227 na Atenção Básica e Especializada (EAD) (2 cursos); Plataforma AVASUS - Obesidade infantil:
228 uma visão global da prevenção e controle na Atenção Básica (EAD) (40h, autoinstrucional);
229 Escolas Técnicas do SUS - Promoção da Alimentação Adequada e Saudável nos territórios
230 (presencial); Chamada Pública CNPq/MS/SAS/DAB/CGAN n. 26/2018 – Enfrentamento e
231 Controle da Obesidade no âmbito do SUS. 22 Universidades selecionadas; e Ensino
232 (formação), Pesquisa (aprimoramento gestão PNaN), Extensão (Secretarias de Saúde). Falou

233 também sobre financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição - FAN, salientando o
234 repasse fundo a fundo (custeio) para apoiar a estruturação e a implementação das ações de
235 alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Explicou que eram
236 contemplados todos os estados, DF e municípios com mais de 150.000 habitantes; e se há
237 orçamento: municípios entre 30.000 e 149.000 habitantes são contemplados. Destacou ainda:
238 seleção de todos os estados, DF e municípios com base estimativa populacional IBGE;
239 publicação anual da portaria; e empenho e pagamento. Por fim, falou da resposta ao
240 Memorando nº 157/2018/CGAN/DAB/SAS/MS, de 6 de dezembro de 2018. Quanto aos
241 estudos e pesquisas recomendados, destacou que a CGAN fará a revisão da Agenda de
242 Prioridades de Pesquisa em Alimentação e Nutrição incluindo a temática (no que lhe cabe).
243 Além disso, no ofício nº 1/2019/CGAN/DAB/SAS/MS à Secretaria de Ciência e Tecnologia e
244 Insumos Estratégicos, que é responsável pelo fomento a pesquisas relacionadas aos temas de
245 interesse do SUS, a CGAN encaminhou a Recomendação e reforçou o pedido de inclusão nos
246 próximos editais de pesquisa à temática de Doença Celíaca. Detalhou as pesquisas passíveis
247 de inclusão da agenda da CGAN: a) Perfil epidemiológico dos portadores de doença celíaca; b)
248 Avaliação de incidência e prevalência da doença celíaca; c) Pesquisa sobre novos tratamentos
249 para a doença celíaca (Fenacelbra contatada para esclarecimentos; sem retorno); d) Avaliação
250 do risco da contaminação cruzada no controle da doença celíaca (não prioritária vez que as
251 evidências já estão consagradas); e) Avaliação dos impactos na saúde mental dos portadores
252 da doença celíaca; (CGAN encaminhou a demanda); f) Pesquisa de biomarcadores de
253 sensibilidade ao glúten não celíaca (Fenacelbra contatada para esclarecimentos); e g)
254 Pesquisa para detectar e quantificar o glúten nos alimentos e possível revisão sistemática
255 (CGAN encaminhou a demanda). Quanto à definição dos laboratórios responsáveis pela
256 realização da sorologia nos estados, dos locais para a realização da biópsia de intestino
257 delgado e demais ações necessárias ao diagnóstico, explicou que não competia à CGAN, mas
258 sim ao DRAC/SAS. Concluída a explanação, conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de**
259 **Souza** agradeceu à representante do MS pelas respostas dadas às solicitações do CNS. Na
260 sequência, expôs a dra. **Lenora Gandolfi**, professora da UNB, que falou sobre os desafios
261 relacionados à doença celíaca. Iniciou mostrando uma figura para comparar a doença celíaca a
262 um iceberg: 30% forma típica; 40% forma subclínica; 25% assintomática; e latente não se sabe.
263 Detalhou que se trata de uma doença autoimune, apresentando permanente intolerância ao
264 glúten em indivíduos geneticamente predispostos (HLA DQ2/ DQ8), que resulta em lesões
265 intestinais de variável gravidade. (Shuo-Wang *et al*, 2009). Acrescentou que as pessoas não
266 nascem com a Doença Celíaca e achados demonstram que algumas pessoas a desenvolvem
267 tardiamente durante a sua vida. Salientou que, exatamente “como e porque” alguém perde a
268 tolerância ao glúten, permanece um mistério. Falou sobre o “iceberg celíaco”, explicando que a
269 prevalência de Doença Celíaca (DC) em adultos é aproximadamente 1 - 2% na Europa e 0.4 -
270 0.95% nos EEUU. (Lohi,S. *et al*. (2007)). Se o diagnóstico da DC no adulto é o resultado de um
271 diagnóstico atrasado ou se realmente a Doença Celíaca eclode mais tarde na vida do indivíduo
272 é o grande questionamento de vários pesquisadores. (Tack,G.J.*et al*. (2010)). Além disso,
273 frisou que a doença ocorre em aproximadamente 1% da população mundial e fez um destaque
274 à prevalência na África, especificamente as mulheres do Saara Ocidental. Diante dessa
275 situação, pontuou desafios a serem enfrentados, com destaque para a realização do
276 diagnóstico de doença celíaca em países em desenvolvimento, como Brasil e em outros países
277 pobres. Também falou sobre a dificuldade diagnóstica da doença celíaca, citando: EPEC,
278 diarreia infecciosa na criança. Sobre as manifestações clínicas, destacou a forma clássica:
279 diarreia crônica/recorrente; distensão abdominal/desnutrição; anorexia; déficit de crescimento;
280 e perda de peso. Ainda sobre os sintomas da doença celíaca, detalhou: a) Sintomas
281 gastrointestinais clássicos: diarreia, esteatorreia, perda de peso, distensão abdominal,
282 flatulência e dor abdominal; e b) Anormalidades não-gastrointestinais; alterações da função
283 hepática; anemia ferropriva; doença óssea; transtornos neurológicos e psiquiátricos; doenças
284 Endocrinológicas; e doenças cutâneas. Também falou sobre a dermatite herpetiforme &
285 doença celíaca, destacando: doença de Duhring-Brocq; doença cutânea autoimune; dermatose
286 mais intimamente associada à DC; manifestação cutânea da enteropatia sensível ao glúten;
287 Idade média de apresentação: 30-40 anos. Também falou sobre alopecia areata & DC,
288 destacando: doença autoimune, alopecia não-cicatricial, prevalência de DC em pacientes com
289 AA: 1/85, DC pode se apresentar unicamente como AA grave, dieta isenta de glúten: remissão
290 sustentada da AA e poucos estudos. Mostrou foto ainda sobre Edema Angioneurótico
291 Hereditário & DC. No que diz respeito ao diagnóstico, explicou que era feito por Anticorpos anti-
292 transglutaminase (tTG) - sensibilidade entre 77% a 100% e especificidade de 91% a 100%.

293 Além disso, imunofluorescência indireta, secções criostáticas esôfago primatas: Teste De Anti
294 Endomísio, IgA (EMA)=Exame Negativo e Teste de EMA IgA = Positivo. Além disso,
295 diagnóstico por PCR na DC. Por fim, falou sobre a importância do aleitamento materno,
296 destacando que é preciso educar a criança para um futuro melhor. **Manifestações.**
297 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** saudou as expositoras e colocou-se à disposição para
298 promover articulação no sentido de fazer avançar esta pauta e divulgar informações a respeito.
299 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** cumprimentou as expositoras pelas explicações
300 elucidativas e perguntou como garantir que essas informações chegassem à população, de
301 forma clara e acessível. A representante da FENACELBRA, Cláudia, destacou a importância
302 de pautar o tema no CNS e solicitou o apoio do Pleno aos projetos que visam ampliar o
303 diagnóstico da doença celíaca e outros relacionados a esta temática. Conselheira **Ruth**
304 **Cavalcanti Guilherme** agradeceu ao Ministério da Saúde, na pessoa da coordenadora da
305 CGAN, pelas respostas aos encaminhamentos CNS e à professora pelas informações
306 prestadas por entender que são essenciais para trabalhar com as pessoas com doença
307 celíaca. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** perguntou quais as iniciativas do MS para
308 dar maior visibilidade à temática da doença celíaca na atenção básica e frisou a importância de
309 incluir o profissional nutricionista neste nível de atenção. Sra. Régia destacou a importância de
310 definir ações voltadas ao diagnóstico precoce para AB e no PSF. A representante da Plenária
311 de Conselhos, **Edna Maria dos Anjos Mota**, perguntou sobre o preparo para o exame de
312 diagnóstico da doença celíaca. O presidente da ACELBRA-DF, **Paulo Roberto Ferreira da**
313 **Silva**, destacou que se vive um momento de insegurança alimentar e médica, uma vez que o
314 protocolo da doença celíaca não foi implantado, os profissionais de saúde não conhecem a
315 doença e pouco se fala do assunto nas universidades. Conselheiro **Braz Vieira** perguntou
316 sobre o financiamento para estados e municípios destinado a ações relativas à doença celíaca.
317 Conselheira **Myrian Coelho Cunha da Cruz** salientou que ações de capacitação eram
318 fundamentais porque muitas vezes a formação profissional era insuficiente e frisou a
319 necessidade de verificar a oferta dos exames para diagnóstico, entendendo que esta pauta
320 deveria ser assumida pelos gestores municipais. Por fim, disse que seria importante ter
321 atenção à qualidade dos exames oferecidos na rede, por conta de falsos negativos.
322 Conselheira **Altamira Simões dos Santos de Souza**, nesta pauta sobre alimentação e
323 nutrição, registrou sua preocupação com o desmonte do CONSEA, importante espaço
324 de controle social e participação da sociedade na formulação, monitoramento e avaliação de
325 políticas públicas de segurança alimentar e nutricional. Também perguntou como garantir
326 alimentação adequada às pessoas com doença celíaca e, nessa linha, frisou a necessidade de
327 debater esse tema de forma intersetorial. **Retorno da mesa.** A coordenadora da CGAN/MS,
328 **Michele Lessa**, na sua fala, pontuou os seguintes aspectos a partir das intervenções do Pleno:
329 agradecimento pelo apoio à agenda da pessoa com doença celíaca; a comunicação e a
330 informação ainda são desafios, para tanto, são disponibilizados materiais informativos, todavia,
331 a melhor maneira é formar os profissionais da atenção básica para informar; o MS disponibiliza
332 diversos cursos, inclusive com grupos de nutrição junto com o CFN; é preciso fazer parceria
333 com a SGTES para ampliar a formação profissional para além dos cursos de nutrição; apoio do
334 Ministro da Saúde e da CGAN aos Projetos de Lei relativos à doença celíaca; foi enviada ao
335 CNS uma lista de laboratórios do SUS que realizam diagnóstico da doença celíaca; os NASF
336 dispõem de nutricionistas e asseguram apoio à atenção básica; a alimentação é uma pauta
337 intersetorial que envolve conjunto de políticas e estratégias; e a CGAN dispõe de agenda
338 intersetorial e pode apresentá-la ao CNS. Na sequência, a dra. **Lenora Gandolfi**, Professora
339 da UNB e representante da Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil,
340 pontuou na sua fala que: às terças-feiras, o ambulatório do Hospital Universitário de Brasília -
341 HUB possui agenda aberta para tratar sobre doença celíaca; são realizadas reuniões
342 trimestrais na Universidade para tratar sobre doença celíaca; é importante debater esse tema
343 com as famílias; e, para o diagnóstico, a pessoa não pode suspender totalmente o consumo de
344 glúten. Após essas falas, o coordenador da mesa fez uma síntese dos encaminhamentos que
345 emergiram das intervenções. **Deliberação: como resultado final deste debate, o Pleno**
346 **aprovou, com uma abstenção, as seguintes propostas: 1) recomendar ao Ministério da**
347 **Saúde a implementação imediata do protocolo e diretrizes terapêuticas da doença**
348 **celíaca e a otimização do processo de capacitação dos profissionais na atenção básica**
349 **para diagnóstico da doença celíaca e cuidados com o paciente; 2) sugerir maior**
350 **aproximação entre CGAN, FENACELBRA, Universidade de Brasília – UnB e outras**
351 **universidades, para definição de aspectos da pesquisa voltados ao diagnóstico**
352 **(orientação para busca de dados – sexo, raça/cor, aspectos socioeconômicos) na linha**

353 de obter panorama mais ampliado da doença celíaca e orientar a definição de políticas
354 públicas; 3) solicitar à FENACELBRA que apresente levantamento dos projetos de lei
355 sobre doença celíaca em tramitação no Congresso Nacional para melhor
356 acompanhamento e apoio do CNS, se for o caso; e 4) dentre as várias temáticas, ampliar
357 a abordagem na educação permanente do SUS e para fortalecimento do controle social e
358 doença celíaca principalmente na Atenção Básica (aprofundar a relação entre
359 CIEPCCS/CNS e SEGEP). Com essa deliberação, conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo**
360 **de Souza** agradeceu as expositoras e encerrou este ponto de pauta. **ITEM 4 – OS EFEITOS**
361 **DA DESVINCULAÇÃO DAS RECEITAS DA UNIÃO PARA O SUS - Apresentação: Flávio**
362 **Tonelli Vaz**, Assessor Técnico da Câmara dos Deputados; **Carlos Eduardo de Oliveira Lula**,
363 Secretário de Estado da Saúde do Maranhão e Vice-Presidente da Regional Nordeste do
364 Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; e conselheiro **José Eri Borges de**
365 **Medeiros**, representando o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde –
366 CONASEMS. *Coordenação:* conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS.
367 Iniciando, o coordenador da mesa saudou os convidados e explicou que o tema foi pautado por
368 conta da recente afirmação do ministro da Economia, Paulo Guedes, relativa ao interesse da
369 equipe econômica em discutir a desvinculação total de todas as receitas da União, estados e
370 municípios e acabar com as obrigações constitucionais de investimento mínimo em
371 previdência, saúde e educação. Destacou que a Desvinculação de Receitas da União - DRU,
372 que afeta a arrecadação de tributos federais voltados à seguridade social, causará grave
373 impacto à saúde pública. Lembrou ainda que a Emenda Constitucional - EC 95/2016, que não
374 foi discutida com o controle social, congelou os investimentos em políticas sociais até 2036 e
375 permitiu que o governo federal desvincule até 30% de recursos ligados aos investimentos
376 específicos da seguridade social (saúde, previdência e assistência social). Também informou
377 que, na linha de garantir o contraditório neste debate, o Conselho convidou o Ministério da
378 Economia, que não enviou representante, mas sugeriu pautar o debate em junho. E também
379 enviou convite ao Conselho Federal de Economia – COFECON que não enviou representante
380 justificando agenda na mesma data. Feitas essas considerações iniciais, abriu a palavra aos
381 convidados. O assessor técnico da Câmara dos Deputados, **Flávio Tonelli Vaz**, foi o primeiro
382 expositor com abordagem ampla sobre o tema. Começou explicando como era o Orçamento da
383 Seguridade Social no momento constituinte: construção de forma integrada pelos órgãos
384 responsáveis; entrega dos recursos seguindo o modelo de repartição tributária; e o modelo
385 constitucional: o financiamento do sistema destinado a assegurar direitos. No caso das
386 contribuições sociais, particularidades em relação aos impostos: anterioridade diferenciada;
387 exclusividade à Seguridade; possibilidade de diferenciar segmentos econômicos; possibilidade
388 de vinculações legais; e maior flexibilidade de instituição. Falou sobre o financiamento da
389 saúde, sinalizando o histórico de subfinanciamento, tendo em vista os aspectos federativos não
390 equacionados, em relação à repartição de receitas e na divisão de obrigações compartilhadas,
391 além da disputa alocativa dos recursos públicos e interesses da privatização dos serviços.
392 Lembrou que a ADCT (art. 55) determina 30% do Orçamento da Seguridade Social, excluído o
393 seguro desemprego e valores mínimos estabelecidos em LDO. Além dessas questões,
394 destacou: IPMF e CPMF; estabelecimento de gastos mínimos (EC 29); normatização do uso
395 dos recursos em ASPS (LC nº 141); royalties de petróleo e a EC 93 (DRU); e a EC 95 do teto
396 de gastos. Sobre a EC 95, lembrou que determina o congelamento dos gastos públicos, com a
397 transformação da obrigação de gasto mínimo em gasto máximo; gastos mínimos em Saúde
398 (reajuste inflação); privatizações e precarizações abrindo nichos de mercado; e perspectiva de
399 redução compulsória do Estado e dos direitos sociais. Ou seja, representa corte de despesas e
400 despreocupação com receitas; arrecadar é irrelevante. Acrescentou que os limites são
401 exclusivamente vinculados às despesas, ignora a economia, a capacidade do Estado e as
402 necessidades. Além disso, desconsidera o resultado das urnas e as demandas delas
403 emanadas; o poder popular não altera os limites e as eleições tornam-se irrelevantes.
404 Seguindo, falou sobre limites (“constrangimentos”) do financiamento da Saúde: Modelo de
405 1988; Regra de Ouro - problemas no cumprimento da Regra de Ouro; Desvinculações; As
406 regras de controle das despesas de pessoal; Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF:
407 supremacia do superávit primário, os limites à ampliação de obrigações e novas regras de
408 controle das despesas de pessoal; e a EC 95 e o teto de gastos: congelamento absoluto e o
409 fim da diferença entre expansão quantitativa e qualitativa dos serviços determinada pela LRF
410 (Art. 24, II). Mostrou um quadro com o efeito da Desvinculação dos Recursos da Seguridade
411 Social, explicando que, em 2018, retira R\$ 120 bilhões da seguridade social. Em valores
412 nominais, o valor médio subtraído da seguridade social, entre 2005 a 2017, é de R\$ 61 bilhões

413 por ano (até 2016 a seguridade social apresentava superávit). Saliou que a DRU, ao retirar
414 esses R\$ 60 bi, subtrai da sociedade a capacidade de enxergar que há recursos disponíveis
415 para alocar na saúde, assistência social e previdência social. Inclusive, disse que o ministro
416 Guedes aponta a desvinculação total como modelo ideal de orçamento e isso pode ser feito
417 pelo instrumento da reforma tributária. Seguindo, falou das perspectivas do financiamento da
418 saúde, começando pelos efeitos da EC nº 95, com destaque para os problemas com os
419 reajustes dos valores de transferências legais e problemas com as despesas discricionárias.
420 Referiu-se à PEC nº 6 que causa a desestruturação do Orçamento da Seguridade Social e o
421 fim da DRU sobre contribuições sociais. Além disso, citou as propostas de reforma tributária
422 que coloca o cenário de extinção das fontes exclusivas do orçamento da seguridade social,
423 com o fim das contribuições sociais e a proposta de desvinculação integral das vinculações.
424 Por fim, mostrou um quadro com a execução orçamentária das despesas de diversos órgãos
425 de 2010 a 2018, com destaque para os dados relativos ao Ministério da Saúde: a) em relação
426 aos valores empenhados (despesas realizadas): 2010: R\$ 10,6 bi; 2011: R\$ 13,9 bi; 2012:
427 R\$ 16,2 bi; 2013: R\$ 16,1 bi; 2014: R\$ 17 bi; 2015: R\$ 17 bi; 2016: R\$ 20,1 bi; 2017: R\$ 25,9
428 bi; 2018: R\$ 28,3 bi (limite do Decreto: R\$ 19 bi, ou seja, perda de R\$ 9 bi nas despesas
429 contingenciadas). Por fim, falou sobre os valores pagos e limites de pagamento (incluem
430 Restos a Pagar), destacando que o CNS precisava ficar atento à possibilidade de
431 cancelamento de grande volume de Restos a Pagar. O segundo expositor foi o Secretário de
432 Estado da Saúde do Maranhão e Vice-Presidente da Regional Nordeste do CONASS, **Carlos**
433 **Eduardo de Oliveira Lula**, que iniciou explicando que a vinculação era um liame jurídico, ou
434 seja, ligação de um grupo de receitas a determinadas finalidades postas no texto constitucional.
435 Disse que o princípio geral da CF/88, art. 198, é de não vinculação de receitas, ou seja, plena
436 liberdade ao legislador orçamentário para dispor do orçamento da melhor forma que lhe
437 couber. Todavia, lembrou que a Carta Magna definiu diversas exceções, com destaque para
438 definição de receita mínima para saúde e educação. Afirmou que essas exceções impostas
439 pelo legislador constituintes foram definidas por desconfiança do legislador ordinário. Ressaltou
440 que desde 1988 busca-se encontrar solução para garantir fontes estáveis de financiamento da
441 saúde e pontuou que a EC 29/2000, a despeito de todas as críticas, possibilitou incremento de
442 recursos em saúde pública, apesar de o Brasil estar aquém de países com sistemas universais
443 (o Brasil gasta mais com saúde privada do que saúde pública). Destacou que a DRU surgiu
444 para tentar fugir à condição de engessamento do texto constitucional, mas que não é causado
445 pelos gastos de saúde e educação, mas sobretudo com servidores, previdência e pagamento
446 de dívidas. Lembrou que são seis anos consecutivos de recessão no país e a economia não
447 consegue avançar e, nesses momentos de crise prolongados, o setor saúde é o mais afetado
448 com cortes de recursos. Recordou que, nos anos 80, o gasto da União com saúde era de 75%
449 do total e Estados e Municípios respondiam ao restante e, em 2017, em Ações e Serviços
450 Públicos em Saúde, a União gastou R\$ 114 bi (43%), Municípios R\$ 82 bi (31%) e Estados
451 R\$ 62 bi (26%). Saliou que desvincular os gastos da União causará um retrocesso nunca
452 visto antes, pois o país deixará de investir o que já conquistou. Além disso, essa iniciativa
453 significaria naturalizar a exclusão, ou seja, aceitar como normal o fato de não conseguir
454 diminuir as diferenças que há no país, o que significa retirar de quem mais precisa. Como
455 proposta, sugeriu ao Pleno do CNS uma articulação visando a elaboração de propostas que
456 impossibilitem a redução de investimentos e financiamento da saúde, como uma forma de
457 combater as políticas de austeridade fiscal, extinguindo a possibilidade de a EC 95 afetar a
458 seguridade social e a educação. O terceiro expositor foi o conselheiro **José Eri Borges de**
459 **Medeiros**, representando o CONASEMS, que começou com saudando o Pleno, em nome do
460 Presidente do CONASEMS, Mauro Junqueira, e destacando o alinhamento ideológico entre a
461 entidade e o CNS. Nessa linha, destacou a participação do Presidente do CNS, Fernando
462 Pigatto, nas atividades do CONASEMS. Explicou que disponibilizara apresentação (em
463 powerpoint) com estudos de cenários diante da proposta de Desvinculação Orçamentária, mas
464 optara por abordagem geral, com destaque a questões para reflexão do Pleno do CNS. Fez
465 referência à Assembleia Nacional Constituinte para lembrar que naquela época havia um
466 consenso nacional e foi iniciado debate sobre a definição de orçamento da seguridade social,
467 mas essa proposta não avançou. Também saliou que é preciso desconstruir o conceito de
468 “despesa” na saúde, porque o gasto se refere a “investimento social e humano”. Lembrou que,
469 em números, o orçamento da seguridade social seria de R\$ 1 trilhão, portanto, seria necessário
470 unir forças para defender a proposta de vinculação, conforme definido na Constituição.
471 Finalizando, pontuou alguns desafios a serem considerados neste debate: pacto federativo;
472 renúncias fiscais; orçamento da seguridade social; e vinculação orçamentária (que é defendida

473 desde a constituinte). **Manifestações.** Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do
474 CNS, como encaminhamento, sugeriu dar sequência ao debate deste tema na próxima reunião
475 do CNS. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou a importância do debate desta
476 pauta no CNS e ressaltou a importância de aprofundar ainda mais o tema e ampliar a
477 articulação com o Congresso Nacional, sindicatos e entidades que compõem o CNS para
478 concretizar as propostas do Conselho. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**
479 também concordou com a importância de aprofundar o debate desta temática e manifestou
480 preocupação com a proposta de separar o orçamento da previdência, assistência social e
481 saúde, porque significa acabar com o tripé da seguridade social no Brasil. Além disso, disse
482 que é preciso ter atenção para a proposta do governo de anistia fiscal em diversos setores
483 como agronegócio e bancos privados e para a possibilidade de cancelamento de Restos a
484 Pagar. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** falou do agravamento das demandas de saúde em
485 decorrência do desemprego e lembrou que o nível de saúde da população brasileira não é o
486 desejável, por conta dos diversos problemas de acesso. Também destacou que a situação
487 tende a piorar por conta da proposta de congelamento do orçamento da saúde. Por fim, frisou
488 que saúde não é gasto, mais sim investimento, além de direito constitucional do povo brasileiro.
489 Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, salientou que é preciso envidar
490 esforços para enfrentar os desafios postos a fim de garantir direitos e conquistas já
491 assegurados. Das principais pautas colocadas no planejamento do CNS, realizado nos dias 14
492 e 15 de maio de 2019, destacou o enfrentamento do problema do “desfinanciamento” da
493 saúde. Nessa linha, destacou a importância de continuar a luta contra a EC nº. 95 em todas as
494 frentes, inclusive no Congresso Nacional. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**
495 contestou o discurso de falta de recursos para justificar o corte de despesas, salientando: 30%
496 de corte da DRU: R\$ 120 bi; e R\$ 300 bi de desoneração. Além disso, salientou que o
497 desequilíbrio das contas públicas do país é resultado da recessão instalada no país nos últimos
498 anos (mas essa recessão não atinge a todos por igual, pois o lucro dos bancos cresceu 40%
499 ao ano). Como saída, disse que o governo propõe medidas que iriam piorar ainda mais a
500 situação – terceirização, reforma trabalhista, reforma da previdência. Por fim, solicitou que a
501 COFIN realize estudos sobre os impactos dos cortes na saúde com a EC nº. 95, considerando
502 aspectos quantitativo e qualitativo. Conselheiro **Renato de Jesus Padilha** defendeu a busca
503 de solução para o problema do “desfinanciamento” do SUS a partir de articulação política com
504 o Congresso Nacional, a fim de evitar prejuízos aos usuários do Sistema. Conselheira **Nara**
505 **Monte Arruda** saudou o CNS por este de debate e, na linha da mobilização contra medidas
506 governamentais que prejudicam a população, chamou a atenção para a importância da
507 mobilização nacional, ocorrida no país, no dia anterior, contra os cortes no orçamento das
508 universidades públicas. Também exclamou o CNS a lutar contra a EC nº. 95 e a extinção da
509 DRU, por conta dos prejuízos que irão acarretar à população. Conselheiro **Abraão Nunes da**
510 **Silva**, após saudar a mesa, destacou a importância de continuar a debater o tema, com maior
511 prazo, dada a sua importância e seu impacto. Salientou que a população já estava sofrendo
512 com os cortes no orçamento da saúde, que, entre outros aspectos, impossibilita a reposição de
513 agentes comunitários e frisou que os municípios não conseguem atender a demanda de saúde
514 da população. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** também reiterou a importância de
515 assegurar a continuidade do debate, inclusive com pontos de vista diferentes. Salientou que
516 todo governante deve governar para toda a população e não apenas para “pequenos” grupos e
517 definir políticas públicas na lógica da inclusão. Por fim, disse que é preciso resgatar o
518 compromisso cidadão de defender o SUS como patrimônio do povo brasileiro e resgatar e
519 fortalecer os princípios constitucionais da Seguridade Social. Conselheira **Priscilla Viégas**
520 **Barreto de Oliveira** sentiu-se contemplada nas falas que a antecederam e reforçou que a
521 proposta da DRU representa um grave risco, pois extingue conquistas constitucionais e
522 concretiza o projeto de eliminação das políticas públicas, com o fim do Estado Democrático de
523 Direito. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** sugeriu convidar o Fórum Nacional pela Redução
524 das Desigualdades Sociais para se unir à luta pela extinção da DRU e a outras em defesa do
525 orçamento da saúde. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** cumprimentou o Secretário de
526 Estado da Saúde do Maranhão, **Carlos Eduardo de Oliveira Lula**, pelo trabalho de excelência
527 desenvolvido no Estado. Avaliou que a DRU faz parte do pacote de medidas malélicas do
528 governo que visam a destruição das políticas de proteção social. Disse que essa proposta,
529 junto com EC nº. 95, legitima a exclusão e naturaliza a morte das pessoas, portanto, era
530 preciso dialogar com a população sobre as consequências dessas medidas. Com isso, garantir
531 que o povo brasileiro apoie e participe da luta contra essas iniciativas. Conselheira **Shirley**
532 **Marshal Diaz Morales** reiterou que a DRU vem acompanhada de reforma trabalhista, que

533 pioria a situação de desemprego e aumenta o subemprego, com entrega da saúde ao capital
534 internacional. Questionou a proposta de buscar novas receitas com a desoneração, de um
535 lado, e a adoção de anistia fiscal para grandes empresas, de outro. Como encaminhamento,
536 sugeriu a aprovação de recomendação do CNS manifestando posicionamento contrário à
537 Desvinculação. **Retorno da mesa.** Conselheiro **José Eri Borges de Medeiros**, representando
538 o CONASEMS, agradeceu a oportunidade de debater o tema e concordou com a proposta de
539 dar continuidade às discussões. Disse que é preciso alinhamento entre todos os segmentos a
540 fim de aprovar propostas na 16ª Conferência Nacional que atendam aos anseios do povo
541 brasileiro e que defendam o SUS. Também aproveitou para convidar o CNS a participar do
542 XXXV Congresso CONASEMS, de 2 a 5 de julho de 2019, em Brasília, um espaço de luta em
543 defesa do Sistema. O Secretário de Estado da Saúde do Maranhão e Vice-Presidente da
544 Regional Nordeste do CONASS, **Carlos Eduardo de Oliveira Lula**, agradeceu o convite para
545 participar da mesa e colocou-se à disposição para outros debates. Destacou que a luta contra
546 a DRU deve ser de toda a população brasileira e, inclusive, sugeriu que o CNS defina
547 estratégias para proposição de nova PEC para ser debatida. O Assessor Técnico da Câmara
548 dos Deputados, **Flávio Tonelli Vaz**, dada a impossibilidade de responder à totalidade das
549 perguntas no tempo disponível, lançou os seguintes desafios para o CNS: definir estratégias
550 para proposição de nova PEC, com definição de novo pacto de financiamento e exclusão da
551 saúde e educação (e demais direitos sociais) do limite do teto dos gastos (conforme determina
552 a EC nº. 95); avaliar os impactos dos cortes na saúde com as reformas trabalhista e da
553 previdência, considerando aspectos quantitativo e qualitativo (os remédios que deixaram de ser
554 comprados, as internações que deixaram de ser realizadas, por exemplo) e os impactos da
555 DRU no SUS; e resgatar o princípio constitucional “saúde é direito de todos e dever do Estado”.
556 Após essas falas, conselheiro **André Luiz Oliveira** procedeu aos encaminhamentos.
557 **Deliberação: aprovadas, com abstenções, as seguintes propostas: 1) pautar novamente**
558 **o tema “efeitos da Desvinculação das Receitas da União para o SUS”, na próxima**
559 **reunião do CNS, reiterando o convite ao Ministério da Economia e ao Conselho Federal**
560 **de Economia; 2) definir estratégias para proposição de nova PEC, com vistas à exclusão**
561 **da saúde e educação (e demais direitos sociais) do limite do teto dos gastos (conforme**
562 **determina a EC nº. 95), promovendo articulação de forças com entidades e movimentos**
563 **para construção desta nova propositura; 3) convidar o Fórum Nacional pela Redução**
564 **das Desigualdades Sociais para se unir à luta pela extinção da DRU; 4) elaborar**
565 **recomendação do CNS manifestando posicionamento contrário à Desvinculação; 5)**
566 **promover debate sobre novo pacto federativo para transferências de recursos**
567 **governamentais para os entes federados (“nova EC”); 6) solicitar à COFIN que realize**
568 **estudos sobre: a) os impactos dos cortes na saúde com as reformas trabalhista e da**
569 **previdência, considerando aspectos quantitativo e qualitativo (os remédios que**
570 **deixaram de ser comprados, as internações que deixaram de ser realizadas, por**
571 **exemplo) e b) impactos da DRU no SUS; e 7) resgatar e fortalecer os princípios**
572 **constitucionais do SUS e da Seguridade Social.** Com essa deliberação, conselheiro **André**
573 **Luiz de Oliveira** agradeceu novamente a presença dos convidados e encerrou a manhã do
574 primeiro dia de reunião, às 13h21. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e
575 conselheiras: *Titulares* - **Albanir Pereira Santana**, Federação Nacional das Apaes –
576 FENAPAES; **Altamira Simões dos Santo de Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da
577 População Negra e Aids; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira
578 Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras – SUPERANDO; **André Luiz de Oliveira**,
579 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação
580 Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares – CONTAG;
581 **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais – FBH; **Eduardo Maércio Frões**,
582 Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho
583 Federal de Serviço Social – CFESS; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das
584 Associações de Moradores – CONAM; **José Eri Borges de Medeiros**, Conselho Nacional de
585 Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação
586 Nacional dos Odontologistas – FNO; Força Sindical – FS; **José Araújo da Silva**, Pastoral da
587 Pessoa Idosa – PPI; **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
588 Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA;
589 **Laís Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO;
590 **Lenir dos Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD;
591 **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marisa Helena**
592 **Alves**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**,

593 Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Nara Monte Arruda**, União Nacional
594 dos Estudantes – UNE; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viégas**
595 **Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rildo**
596 **Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPIN-SUL; **Ruth Cavalcanti**
597 **Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN; **Shirley Marshal Diaz Morales**,
598 Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos
599 Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; **Sueli**
600 **Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA; **Valdenir**
601 **Andrade França**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB;
602 e **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM. *Suplentes -* **Abraão**
603 **Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares – CMP; **Adolorata Aparecida Bianco**
604 **Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Braz Vieira**, Confederação
605 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Casemiro dos Reis**
606 **Júnior**, Federação Médica Brasileira – FMB; **Cleuza de Carvalho Miguel**, Movimento dos
607 Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Djerlly Marques Araújo da Silva**, Direção
608 Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Dirceu Bartolomeu Greco**,
609 Sociedade Brasileira de Bioética – SBB; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional
610 dos Psicólogos – FENAPSI; **Geordecí Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores –
611 CUT; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos
612 – COBAP; **Giancarlo de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia – CFO;
613 **Giovanna de Saboia Bastos**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Joana Indjaian**
614 **Cruz**, Associação de Controle do Tabagismo Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos –
615 ACT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central
616 Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; *Karla Larica Wanderley*, Ministério da Saúde; **Lenise**
617 **Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Manuelle**
618 **Maria Marques Matias**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Maria da**
619 **Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; **Myrian Coelho Cunha da**
620 **Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação
621 Nacional da Indústria – CNI; **Renato de Jesus Padilha**, Federação Nacional das Associações
622 de Pacientes Renais do Brasil – FENAPAR; **Vitória Bernardes Ferreira**, Associação Amigos
623 Múltiplos pela Esclerose – AME; e **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de
624 Farmácia - CFF. Retomando, às 14h34, a mesa foi composta para o item 5 da pauta. **ITEM 5 –**
625 **COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP - Apresentação:** conselheiro
626 **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS. *Coordenação:* conselheiro
627 **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS. O coordenador da CONEP/CNS, conselheiro
628 **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, atualizou o Pleno sobre o processo de debate do Projeto
629 de Lei nº 7.082/2017, em tramitação na Câmara dos Deputados. Explicou que, entre a última
630 do CNS e esta, houve amplo debate sobre o Projeto na Comissão de Seguridade da Câmara
631 dos Deputados, além de várias reuniões, com a participação da CONEP, tendo como resultado
632 avanços importantes. Das reuniões realizadas, destacou a do dia 15 de abril, chamada pelo
633 relator do PL, deputado Iran Gonçalves, explicando que as divergências permaneceram sobre
634 dois pontos centrais: direito do participante em relação ao pós-estudo; e composição da
635 Comissão. Todavia, foi possível avançar em outros pontos problemáticos como: placebo
636 (receber o melhor tratamento alternativo existente); exclusão do item determinando que
637 representantes dos usuários em CEP deveriam ser de instituição; e acordo sobre a garantia de
638 melhor tratamento alternativo existente no caso de suspensão da produção do medicamento
639 testado na pesquisa. Disse que no dia 26 de abril o relator apresentou nova versão do
640 substitutivo, acatando os consensos, mas com inclusão de dois novos pontos: artigo que
641 revoga a lei geral de proteção de dados (que ainda não está vigente) para as pesquisas
642 clínicas (após negociação com o relator, esse ponto foi resolvido); e redução do número de
643 integrantes da CONEP (de 30 para 15), mas houve consenso sobre mudança do prazo de
644 transição – dois anos ao invés de seis meses. Além dessas questões, disse que a CONEP
645 conseguiu o apoio da bancada do PDT às propostas do CNS. Disse que o Projeto foi debatido
646 na Comissão de Seguridade, no dia anterior e, após leitura do parecer, foram apresentados
647 cinco pedidos de vista (PDT/RS; PT/SP; Avante Bahia; PR/CE; e PRB/RJ). Como resultado, foi
648 aprovada a formação de GT para debater as questões pendentes e a realização de nova
649 audiência pública, para aprofundar a discussão com novos deputados. Como encaminhamento,
650 sugeriu: reiterar a solicitação de audiência com o Ministro de Estado da Saúde para tratar
651 sobre as propostas da CONEP/CNS acerca do Projeto de Lei nº 7.082/2017; e convidar
652 parlamentares da Subcomissão de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde (Comissão de

653 Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados) para visitar a CONEP e conhecer o
654 trabalho da Comissão. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, disse que
655 participara da posse da Frente Parlamentar da Saúde e, na oportunidade, reforçou as pautas
656 principais em debate no Conselho. Inclusive, dispôs-se a acompanhar a visita de
657 parlamentares da Subcomissão de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde à CONEP/CNS.
658 O coordenador da CONEP interveio novamente para informar o início do projeto de
659 qualificação e treinamento de CEP, com primeiros resultados positivos. Conselheiro **Moysés**
660 **Longuinho Toniolo de Souza** chamou a atenção para o impacto negativo da abertura de
661 dados do sujeito de pesquisas e manifestou apoio à luta da CONEP contra essa proposta.
662 Conselheiro **Dirceu Bartolomeu Greco** salientou que devem ser inegociáveis dois itens sobre
663 os quais não houve consenso – mudança da CONEP/CNS para SCTIE/MS; e acesso no pós-
664 estudo (qualquer modificação a menos é perda) e sugeriu que o Presidente do CNS
665 acompanhe os debates sobre o PL nº 7.082/2017. O coordenador da CONEP/CNS destacou
666 que essas duas questões são fundamentais e inegociáveis. Disse que o cenário do debate
667 sobre o PL nº 7.082/2017 melhorou e há muitas pessoas interessadas em debater, todavia,
668 ainda é instável e precisa ser acompanhado de perto. **Deliberação: neste ponto, o Pleno**
669 **decidiu reiterar a solicitação de audiência com o Ministro de Estado da Saúde para tratar**
670 **sobre as propostas da CONEP/CNS acerca do Projeto de Lei nº 7.082/2017; e convidar**
671 **parlamentares da Subcomissão de Saúde e da Frente Parlamentar da Saúde (Comissão**
672 **de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados) para visitar a CONEP e**
673 **conhecer o trabalho da Comissão. A depender da data, o Presidente do CNS**
674 **acompanhará a visita. ITEM 6 – OS IMPACTOS DOS ACIDENTES DE TRABALHO NO**
675 **BRASIL - Apresentação: Elizabeth Costa Dias**, professora da Faculdade de Medicina da
676 Universidade Federal de Minas Gerais; conselheira **Daniela Buosi Rohlfs**, Diretora de
677 Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – DSAST/SVS/MS; e conselheiro
678 **Geordeci Menezes de Souza**, coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde do
679 Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT. *Coordenação:* conselheiro **Neilton Araújo de**
680 **Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Contextualizando, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**
681 explicou que o tema foi pautado diante da notícia de orientação da Presidência da República
682 de flexibilizar normas que garantem segurança aos trabalhadores e trabalhadoras no Brasil e
683 da necessidade de definir estratégias para enfrentar essa situação. Destacou que essa e
684 outras temáticas estavam relacionadas ao debate da 16ª Conferência Nacional de Saúde. A
685 primeira expositora foi a diretora do DSAST/SVS/MS, conselheira **Daniela Buosi Rohlfs**, que
686 abordou a temática a partir dos seguintes eixos: contextualização do mundo do trabalho;
687 definição de Acidente de Trabalho; fatores determinantes dos acidentes de trabalho; controle
688 dos riscos nos ambientes de trabalho; morbimortalidade por acidentes de trabalho no Brasil,
689 recorte para o trabalho de crianças e adolescentes; impactos dos acidentes de trabalho;
690 atuação do SUS, setor produtivo e trabalhadores; e considerações finais. No contexto do
691 mundo do trabalho, destacou as mudanças políticas, econômicas e sociais, a inovação
692 tecnológica - novos ciclos/processos produtivos e formas de “emprego”, a precarização das
693 relações de trabalho (terceirização, subcontratação, trabalho intermitente), diminuição da taxa
694 de ocupação (desemprego e subempregos), migração das pessoas do setor formal para o
695 informal, coexistência de processos de trabalho arcaicos e modernos, flexibilização da
696 organização do trabalho e remuneração variável por produtividade. Além disso: dinâmicas de
697 exploração inerentes ao capitalismo (redesenho dos processos de trabalho para aumentar o
698 lucro), excedente de mão de obra - baixa qualificação (demissões e rotatividade); alteração da
699 base demográfica seguida de mudança no perfil epidemiológico; modelos produtivos de baixa
700 sustentabilidade socioambiental; e aumento dos riscos associados aos eventos de natureza
701 não infecciosa (químicos, radioativos, desastres humanos e naturais). No que diz respeito à
702 população, trabalho e emprego, explicou que a população total era 209.470.422
703 (<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>), em fevereiro de 2019 e a população em
704 idade ativa (PIA) era de 169.846.000. A população economicamente ativa (PEA) de
705 104.203.000 e a população economicamente ativa ocupada de 91.237.000, com taxa de
706 desocupação de 12,3%. Detalhou ainda que são 32,9 milhões de trabalhadores com carteira de
707 trabalho assinada, 11,2 milhões de trabalhadores sem carteira de trabalho assinada (excluídos
708 domésticos: 6,2 milhões - menos de 1/3 carteira) e 23,3 milhões de trabalhadores por conta
709 própria. Do ponto de vista teórico, disse que acidente é um acontecimento súbito, imprevisível,
710 inesperado e indesejado e acidente de trabalho é aquele que ocorre durante o trabalho. Disse
711 que os determinantes dos acidentes de trabalho são processo produtivo, seleção de
712 tecnologias, aspectos individuais e organização e gestão do trabalho (em sua maioria,

713 preveníveis). Sobre o controle dos riscos na prevenção de acidentes, explicou que contempla
714 medidas de proteção coletiva (remoção física do perigo, substituição do perigo, isolar as
715 pessoas do perigo e mudança no modo de trabalho) e medidas de proteção Individual
716 (proteção do trabalhador). Seguindo, mostrou números de morbimortalidade por acidentes de
717 trabalho no Brasil, explicando que são 6,3 mil mortes por dia, 2,3 milhões de mortes por ano
718 (no mundo) por acidentes de trabalho (OIT), ou seja, consiste em grave problema de saúde
719 pública. Além disso, o Brasil é o quarto colocado no ranking de acidentes de trabalho no mundo
720 (OIT), sendo um acidente estimado a cada 49s (<https://observatoriosst.mpt.mp.br/>) e uma morte
721 em acidente estimada a cada 3h 43m 42s (<https://observatoriosst.mpt.mp.br/>). Mostrou gráfico
722 com o número de acidentes de trabalho graves e fatais entre o total de trabalhadores e número
723 de benefícios concedidos por acidentes de trabalho para os trabalhadores segurados pelo
724 INSS, Brasil, 2008 a 2017, explicando que há tendência de aumento pelo SINAN e queda para
725 o número de acidentes de trabalho (porque o sistema previdenciário capta apenas os
726 trabalhadores “formais”). Destacou também o aumento do número de acidentes de trabalho
727 com exposição a material biológico, no Brasil, de 2007 a 2018, de 15.735 para 61.839.
728 Também mostrou gráficos com número de benefícios concedidos por acidentes de trabalho
729 pelo INSS, com destaque para o aumento do número de acidentes com atividades de atenção
730 à saúde humana, reflexo os acidentes envolvendo material biológico. Apresentou dados do
731 “Acidentometro” do Observatório de Saúde e Segurança do Trabalho do Ministério Público do
732 Trabalho de Campinas que mostra os números de acidentes de trabalho. Também mostrou
733 quadro com as principais incidências por ocupação (alimentador de linha de produção, técnico
734 de enfermagem...) e por Grupos de Agentes Causadores (máquina e equipamento, agente
735 químico...). Também fez um recorte sobre acidentes de trabalho em crianças e adolescentes
736 (de 5 a 17 anos). Primeiro fez alusão a 12 de junho - Dia Mundial de Combate ao Trabalho
737 Infantil e lembrou que o trabalho infantil é ilegal e priva crianças e adolescentes de uma
738 infância normal, impedindo-os não só de frequentar a escola e estudar normalmente, mas
739 também de desenvolver de maneira saudável todas as suas capacidades e habilidades. Antes
740 de tudo, o trabalho infantil é uma grave violação dos direitos humanos e dos direitos e
741 princípios fundamentais no trabalho, representando uma das principais antíteses do trabalho
742 decente. Sobre os dados, disse que o número de acidente de trabalho grave, 5 a 17 anos, é
743 alarmante, sendo 459 em 2007 e 1.600, em 2018, com número total de 26.365 nesta série
744 histórica. A respeito de acidentes de trabalho em crianças e adolescentes por faixa etária e ano
745 de notificação, explicou que foram 763 de 2007 a 2018, na faixa de 5 a 13 anos; e 25.602, de
746 14 a 17 anos. Destacou os principais acidentes em crianças e adolescentes segundo ocupação
747 e faixa etária, 2007 a 2018, com destaque para: estudante - 264; trabalhador agropecuário - 45;
748 e servente de obras - 22. Também falou do número de óbitos em crianças e adolescentes de 5
749 a 17 anos segundo ocupações, 2007 a 2018: trabalhador agropecuário em geral: 1.534; e
750 trabalhador volante da agricultura: 1.512 (neste ponto, destacou a importância de cuidado ao
751 olhar os dados). Sobre o número de óbitos em crianças e adolescentes de 5 a 13 anos
752 segundo ocupações, Brasil, 2007 a 2018, explicou que a principal é empregador doméstico
753 seguido de trabalhador agropecuário em geral. Feito esse panorama, destacou os impactos
754 dos acidentes de trabalho: econômicos: **a)** gastos da previdência com benefícios acidentários
755 de 2012 a 2018: R\$ 82.908.644.524; e **b)** dias de trabalho perdidos com afastamentos
756 previdenciários acidentários: 369.202.472. No que diz respeito aos impactos sociais, destacou:
757 mudanças no cotidiano de vida do trabalhador e da família; incapacidade parcial ou total; anos
758 perdidos de vida produtiva; sofrimento mental; exclusão do mercado de trabalho; dificuldades
759 de reinserção na sociedade; e dificuldades financeiras. Diante dessa situação, disse que o SUS
760 pode contribuir para prevenção dos acidentes com as seguintes ações: implementação da
761 Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT); melhoria da qualidade dos
762 registros (notificação) para realização de ações de vigilância, prevenção e promoção;
763 promoção do acesso aos cuidados integrais e ações de promoção à saúde e prevenção,
764 através dos serviços especializados para atenção à saúde da população trabalhadora,
765 oferecidos Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, a partir dos
766 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST; realização de ações conjuntas
767 entre os entes da federação para fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador
768 (VISAT), desde a notificação até a investigação dos casos, para estabelecimento do nexos
769 causal entre o trabalho e acidente, realização de análises de situação de saúde e
770 capacitações; inspeção dos ambientes e processos de trabalho no âmbito das atribuições do
771 SUS; e intervenção para adoção de medidas corretivas frente a irregularidades nos ambientes
772 e processos de trabalho. No caso do setor produtivo, disse que poderia contribuir para

773 prevenção dos acidentes da seguinte maneira: observando e cumprindo as normativas sobre
774 saúde e segurança no trabalho; identificando, avaliando e controlando as situações de risco,
775 para manutenção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros; envolvendo o trabalhador
776 nas etapas de identificação de riscos proposição de estratégias de correção; informando o
777 trabalhador sobre as situações de risco; realizando capacitações sistemáticas com foco na
778 saúde e segurança do trabalho; e realizando atividades de promoção da saúde, prevenção de
779 riscos e outras ações de educação em saúde em conjunto com os CEREST de sua região. Em
780 relação ao trabalhador, destacou que pode contribuir para prevenção dos acidentes
781 conhecendo os processos e procedimentos operacionais do ambiente de trabalho, participando
782 da identificação dos riscos e da proposição de medidas corretivas, colaborando com o
783 cumprimento das ações e recomendações de saúde e segurança no trabalho – medidas
784 coletivas e individuais e cuidando da sua própria saúde – alimentação e hábitos saudáveis,
785 realização de exames periódicos. Por fim, nas considerações finais, apontou os seguintes
786 caminhos: inclusão produtiva e social com saúde; políticas públicas voltadas a grupos de
787 trabalhadores mais vulneráveis; efetivação da inserção das práticas de saúde do trabalhador
788 na RAS; responsabilização de empresas por danos à saúde – ações regressivas; articulação
789 intersetorial para melhoria dos ambientes e processos de trabalho; e participação social na
790 garantia dos direitos constitucionais. A segunda expositora foi a professora da Faculdade de
791 Medicina da UFMG, **Elizabeth Costa Dias**, que iniciou agradecendo inicialmente o convite do
792 CNS para explicar sobre o tema neste cenário. Na sua fala, abordou os impactos sobre a
793 saúde relacionados ao trabalho, com foco em dois grandes grupos: eventos agudos (acidentes
794 do trabalho) e a doença relacionada ao trabalho. Explicou que o adoecimento relacionado ao
795 trabalho era mais difícil de ser identificado, porque se dava após longo prazo depois de uma
796 exposição. Disse que a identificação era mais fácil no cenário anterior quando as pessoas
797 possuíam uma carreira, desempenhando uma função por muitos anos. Detalhou os impactos
798 sobre a saúde relacionados ao trabalho: morte (perfil muito complexo); doenças graves
799 incapacitantes (destaque para as doenças mentais como depressão, ansiedade); doenças
800 comuns (ocorrem de modo diferenciado nos trabalhadores dependendo do tipo de trabalho que
801 ocupa); adoecimento disfarçado ou mal caracterizado (principalmente o sofrimento mental,
802 doenças dermatológicas – dificuldade de identificar e tratar); e outras formas de expressões de
803 sentimento. Salientou que não se sabe o que estava acontecendo com os trabalhadores e era
804 preciso melhorar o conhecimento para otimizar as ações. Além disso, destacou que a
805 sociedade, mas particularmente o SUS pagava um preço altíssimo por essas formas de
806 adoecimento relacionadas ao trabalho. Nessa linha, frisou que era essencial avançar no
807 cuidado, melhorando a formação dos profissionais de saúde para compreender essa realidade.
808 Explicou que o cenário é de aumento da população dependente do SUS e faz-se necessário
809 refletir sobre o impacto da reformulação das normas regulamentadoras para os direitos dos
810 trabalhadores. Também chamou a atenção para a importância da atenção básica, porta de
811 entrada do SUS e para a necessidade de preparar equipes para atender aos trabalhadores, de
812 forma articulada com a rede de linhas de cuidado, assegurando a resolutividade, com inserção
813 da vigilância da saúde do trabalhador. Destacou a aproximação, cada vez maior, entre saúde
814 dos trabalhadores e saúde ambiental e citou como maior exemplo o acidente de trabalho
815 ampliado de Brumadinho/MG, que causou morte de trabalhadores e de população do entorno,
816 além de dano ambiental imensurável. Por fim, disse que participara de evento em homenagem
817 às pessoas que atuaram no evento de Brumadinho e os profissionais de saúde não foram
818 lembrados, apesar do importante trabalho realizado e do que ainda será feito. Salientou que
819 esse fato demonstra o desafio de mostrar a importância do SUS, inclusive para se garantir na
820 avalanche de mudanças do país. O terceiro expositor foi o conselheiro **Geordeci Menezes de**
821 **Souza**, coordenador da CISTT/CNS, que iniciou destacando que as mudanças governamentais
822 propostas teriam reflexo no aumento dos acidentes do trabalho e principalmente na falta de
823 proteção às pessoas acidentadas. Explicou que, ao contrário do que se afirmava, a reforma da
824 previdência aumentou o desemprego, com conseqüente queda do emprego formal e
825 diminuição da receita para previdência social. Também destacou que o tripé da seguridade
826 social foi desmontado com extinção do Ministério do Trabalho, que já enfrentava dificuldade na
827 proteção do trabalhador no que diz respeito à segurança. Inclusive, disse que são 2.300
828 auditores fiscais para auditar 7 milhões de empresas. Sobre as normas regulamentadoras de
829 segurança do trabalho, explicou que a proposta da Presidência da República é atualizar
830 visando, entre outras questões, diminuir os custos do setor empresarial. Disse as 37 Normas
831 referem-se à proteção direta do trabalhador, como por exemplo, obrigatoriedade de exame
832 periódico e demissional, periculosidade, insalubridade, portanto, a revisão poderia trazer

833 grandes prejuízos aos trabalhadores, dentre elas, aumento do número de mortes de
834 trabalhadores (no Brasil, morrem, em média, 2.700 pessoas por ano no local de trabalho; e são
835 mais de 700 mil acidentes). Inclusive, disse que a NR n°. 1 estava em consulta pública e a
836 nova proposta submetida à discussão traz uma série de perdas, representando retrocessos.
837 Portanto, era preciso garantir que essa atualização, já em curso, não afetasse as outras 36
838 Normas. Além disso, pontuou que o Decreto n°. 9.759/2019 extingue e reformula os colegiados
839 (hoje, há mais de mil, 340 somente na Casa Civil) e afetará de forma negativa comissões,
840 comitês, conselhos, representando retrocesso do ponto de vista da participação social e da
841 segurança dos trabalhadores no Brasil. Destacou que essas mudanças também poderão
842 colocar as empresas brasileiras e seus produtos em uma situação internacional delicada,
843 dificultando vendas de produtos nacionais no exterior. Como encaminhamento, defendeu que o
844 CNS se contraponha à proposta de revisão das Normas, pelo prejuízo e retrocesso que
845 representa. **Manifestações.** Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** manifestou
846 preocupação com a segurança e saúde dos trabalhadores e manifestou-se contra a proposta
847 de revisão das normas regulamentadoras de segurança do trabalho por entender que
848 representa um retrocesso. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** disse que a política saúde
849 do trabalhador não era priorizada e essa temática não fora incluída na agenda do conjunto dos
850 profissionais e dos gestores. Inclusive, pontuou que a formação voltava-se à medicina do
851 trabalho e não à saúde do trabalhador, o que dificultava a identificação da relação entre
852 adoecimento do trabalhador e processo de trabalho. Além disso, destacou o problema da falta
853 de notificação de acidentes de trabalho, impossibilitando o levantamento de dados
854 epidemiológicos para justificar à gestão a necessidade de maior investimento. Conselheiro
855 **João Donizeti Scaboli**, de um lado, citou os avanços na área de saúde do trabalhador:
856 certificação de responsabilidade social, acordos coletivos da categoria, convenções nacionais e
857 internacionais, conferências de saúde do trabalhador e da trabalhadora. De outro, pontuou os
858 retrocessos: subnotificações de acidentes e doenças; proposta de atualização das Normas;
859 reforma trabalhista. Destacou os trabalhadores estavam morrendo e adoecendo nos ambientes
860 de trabalho, portanto, frisou que era necessário gerar emprego com qualidade. Como
861 encaminhamento, sugeriu que o Ministério da Saúde apresentasse banco de dados sobre
862 gastos com acidentes de trabalho, de trânsito e doenças nos ambientes de trabalho.
863 Conselheira **Laís Alves de Souza Bonilha** citou dados da pesquisa sobre trabalho escravo,
864 publicada pelo Ministério da Economia: o trabalho escravo aumenta os acidentes de trabalho;
865 acomete principalmente homens, de 18 a 24 anos, com baixa escolaridade; resulta em mortes,
866 incapacidades, com aumento dos gastos em saúde (esses números eram subnotificados). Em
867 resposta, informou o Ministério lançou Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes de
868 Trabalho 2019 que prioriza quatro áreas: atuação preventiva; simplificação das normas
869 regulamentadoras; fiscalização; e reestruturação do FUNDACENTRO. Como encaminhamento,
870 sugeriu que o CNS convide o Ministério da Economia para tratar desse tema, inclusive com
871 enfoque nas estratégias para reduzir os acidentes de trabalho. Conselheiro **Antônio Lacerda**
872 **Souto**, entendendo a necessidade de tratar das doenças e dos acidentes do trabalho, sugeriu
873 que o CNS paute debate sobre o uso de agrotóxicos, considerando inclusive a liberação de uso
874 de novos agrotóxicos em 2019 e o dano dessas substâncias à saúde dos trabalhadores, à
875 população em geral e ao meio ambiente. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** solicitou
876 atenção para o “trabalho em casa”, pois as pessoas trabalhavam sem condições, o que
877 causará sérios problemas aos trabalhadores. Sobre a proposta de revisão das normas
878 regulamentadoras, avaliou que o governo definiria definir estratégias para diminuir os altos
879 juros ao invés de adotar medidas que retiram os já escassos direitos dos trabalhadores
880 brasileiros. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** avaliou que as propostas de reforma
881 trabalhista, terceirização e quarteirização possuem fator social a ser considerado que é a
882 “fragilidade na relação de forças”, pois o trabalhador tem medo de dizer que sofre acidente de
883 trabalho por conta da punição (“demissão”). Nessa linha, perguntou se o MS dispõe de estudo
884 sobre correlação entre saúde mental, assédio moral e acidente de trabalho. Disse que era
885 preciso levar esse debate para a atenção básica para ampliar o olhar na lógica da prevenção,
886 fator chave de todo o processo. Como encaminhamento, propôs a aprovação de
887 recomendação ao Ministério da Economia para que amplie o debate sobre o processo de
888 “atualização” das normas regulamentadoras de segurança do trabalho, para além das
889 consultas públicas. Conselheiro **Braz Vieira**, como contraponto, sinalizou que o Brasil estava
890 diferente do retratado nas exposições, no que diz respeito ao cuidado das empresas com
891 segurança do trabalho e lembrou que o Ministério do Trabalho é o agente responsável pela
892 fiscalização. Além disso, destacou que, apesar das medidas adotadas no governo anterior, o

893 trabalhador mais insalubre continuava desprotegido. Conselheira **Ruth Cavalcanti Guilherme**
894 reforçou a fala sobre os perigos dos agrotóxicos e solicitou o apoio do CNS para garantir a
895 implantação do novo modelo dos CEREST. Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** avaliou
896 que os números apresentados eram estarrecedores, o que demonstra que as NR não eram
897 eficazes e precisavam ser reformuladas. Destacou a importância da fiscalização para garantir a
898 prevenção dos acidentes de trabalho e pontuou que o empregador não deve ser visto como o
899 vilão porque gerava riqueza no país, contribuindo para tentar reverter a situação crítica. Além
900 disso, sentiu falta de um palestrante na mesa para defender a posição do setor produtivo.
901 Conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho** chamou a atenção para o problema dos ambientes
902 insalubres de trabalho e a importância da fiscalização desses locais e fez um destaque ao
903 problema da subnotificação da saúde do trabalhador da agricultura familiar. Sobre os dados da
904 saúde do trabalhador, destacou o conflito de informações entre os bancos de dados estaduais
905 e federais. Conselheira **Joana Batista Oliveira Lopes** destacou que a Odontologia era uma
906 das profissões de saúde mais acometida por doenças ocupacionais, o que merecia um olhar
907 específico. Disse que a atualização das Normas poderia ser feita desde que não significasse
908 retirada de direitos e garantias já conquistadas para proteção da saúde do trabalhador.
909 Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** lembrou que as NR eram resultado,
910 inclusive, de pactuações inclusive internacionais com o OIT e outros organismos internacionais
911 para proteção do trabalhador, portanto, seria necessário refletir com cuidado no significado
912 dessa “atualização”. Destacou também a situação dos trabalhadores LGBT que, por assumirem
913 a sexualidade, sofriam assédio, preconceito e estigma, provocando, inclusive, doenças
914 mentais. Também fez destaque à Recomendação da OIT n°. 200, que dispõe sobre AIDS no
915 mundo do trabalhador e frisou a importância de apegar-se a todas as leis para proteção do
916 trabalhador. Por fim, falou sobre a questão dos agrotóxicos, explicando que em 2019 foram
917 liberadas 166 substâncias, 24 altamente tóxicos e 49 extremamente tóxicos (no Brasil, há
918 2.232 agrotóxicos em circulação no mercado). Conselheiro **Geraldo Adão Santos** chamou a
919 atenção para o problema da “dispensa” maciça dos auxiliares de bordo do transporte público,
920 contribuindo para aumentar o índice do desemprego e aumentando a sobrecarga dos
921 motoristas. Nessa linha, solicitou que os empresários revejam essa situação. Conselheiro
922 **André Luiz de Oliveira** cumprimentou a mesa pelas exposições e pontuou que os dados
923 apresentados eram estarrecedores. Diante dessa e outras medidas adotadas, destacou que
924 seria necessário resistir na luta para defesa de direitos e conquistas. **Retorno da mesa.**
925 Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, coordenador da CISTT/CNS, das falas, pontuou os
926 seguintes aspectos: apoio à aprovação de recomendação do CNS ao Ministério da Economia
927 para que amplie o debate sobre o processo de “atualização” das NR; e no Brasil, não há
928 legislação que permite aos sindicatos de trabalhadores fiscalizar empresas. A professora da
929 Faculdade de Medicina da UFMG, **Elizabeth Costa Dias**, agradeceu a oportunidade de
930 participar do debate e colocou-se à disposição para outras discussões. Conselheira **Daniela**
931 **Buosi Rohlf**s, Diretora do DSAST/SVS/MS, em respostas à intervenção, disse que era preciso
932 resolver o problema da subnotificação dos acidentes de trabalho. Salientou que o maior capital
933 existente era humano, que precisa ser cuidado e que o trabalho pode ser determinante ou
934 condicionante da saúde, tendo demonstrado na sua explanação o trabalho condicionante até
935 da morte. Disse que esperava um futuro melhor, lembrando que a vida é feita de desafios, mas
936 acreditava em oportunidades para descortinar os problemas. Por fim, disse que mudanças
937 poderiam ser feitas, mas não de forma açodada, com atropelos. Feitas essas considerações, o
938 coordenador da mesa sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate. **Deliberação: como**
939 **resultado final deste debate, o Pleno aprovou, com uma abstenção, o mérito de**
940 **recomendação ao Ministério da Economia para que amplie o debate sobre o processo de**
941 **“atualização” das normas regulamentadoras de segurança do trabalho (NR), para além**
942 **das consultas públicas. Além dessa proposta, foram aprovados, por consenso, os**
943 **seguintes encaminhamentos: 1) remeter os seguintes temas para a CISTT/CNS, a fim de**
944 **aprofundar o debate: aprimoramento do sistema de informação sobre acidentes de**
945 **trabalho, agrotóxico, trabalho escravo e doméstico, normas regulamentadoras de**
946 **segurança do trabalho, saúde mental do trabalhador e gastos do SUS com acidentes e**
947 **doenças nos ambientes de trabalho; 2) convidar o Ministério da Economia quando o**
948 **tema for pautado novamente no Pleno do Conselho, considerando inclusive o resultado**
949 **dos debates da CISTT/CNS; e 3) delegar à Mesa Diretora do CNS a definição de agenda**
950 **de debate sobre a temática de órgãos governamentais e outras entidades. ITEM 7 –**
951 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO –**
952 **CIRHRT - Apresentação: conselheira Nara Monte Arruda, Coordenadora-Adjunta da CIRHRT.**

953 *Coordenação:* conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS.
 954 Iniciando, a coordenadora da mesa explicou que o item destinado à Comissão seria dividido
 955 em duas partes, naquele momento seriam apresentados os pareceres elaborados na última
 956 reunião da CIRHRT e, no dia seguinte, debate sobre o desmonte da educação e o
 957 contingenciamento de recursos orçamentários/financeiros imposto pelo Decreto 9.741, de 29
 958 de março de 2019. Feita essa consideração, conselheira **Nara Monte Arruda**, coordenadora
 959 adjunta da CIRHRT, explicou que a Comissão analisou 73 processos e aproveitou para
 960 manifestar preocupação com o volume de trabalho da Comissão. Dito isso, passou à
 961 apresentação dos pareceres. *Insatisfatórios.* **1)** Processo e-MEC nº. 201700813. Unama
 962 Faculdade da Amazônia de Boa Vista – UNAMA. Roraima. Boa Vista. Psicologia. Autorização.
 963 **2)** Processo e-MEC nº. 201702857. Faculdade UNINASSAU Cabo. Pernambuco. Cabo de
 964 Santo Agostinho. Odontologia. Autorização. **3)** Processo e-MEC nº. 201712148. Faculdade
 965 Estácio do Rio Grande do Sul – Estácio FARGS. Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Psicologia.
 966 Autorização. **4)** Processo e-MEC nº. 201713386. Faculdade de Ciências, Educação e Teologia
 967 do Norte do Brasil – FACETEN. Roraima. Boa Vista. Psicologia. Autorização. **5)** Processo e-
 968 MEC nº. 201714098. Universidade Tiradentes – UNIT. Sergipe. Itabaiana. Enfermagem.
 969 Reconhecimento. **6)** Processo e-MEC nº. 201714251. Faculdade Verde Norte. Minas Gerais.
 970 Mato Verde. Enfermagem. Reconhecimento. **7)** Processo e-MEC nº. 201715747. Centro
 971 Universitário das Américas – CAM. São Paulo. São Paulo. Enfermagem. Reconhecimento. **8)**
 972 Processo e-MEC nº. 201717186. Faculdade Master do Pará – FAMAP. Xinguara. Pará.
 973 Xinguara. Psicologia. Autorização vinculada ao credenciamento. **9)** Processo e-MEC nº.
 974 201800935. Centro Universitário do Leste de Minas Gerais. Minas Gerais. Ipatinga.
 975 Odontologia. Reconhecimento. **10)** Processo e-MEC nº. 201802036. Centro Universitário
 976 FACVEST. Santa Catarina. Lages. Odontologia. Reconhecimento. **11)** Processo e-MEC nº.
 977 201802847. Faculdade São Lucas – SJC. São Paulo. São José dos Campos. Enfermagem.
 978 Autorização vinculada ao credenciamento. **12)** Processo e-MEC nº. 201802849. Faculdade São
 979 Lucas – SJC – FSL. São Paulo. São José dos Campos. Psicologia. Autorização vinculada ao
 980 credenciamento. **13)** Processo e-MEC nº. 201808279. Faculdade de Educação de Matão –
 981 FACEM. São Paulo. Matão. Enfermagem. Autorização. **14)** Processo e-MEC nº. 201808494.
 982 Faculdade Alagoana de Administração – FAA. Alagoas. Maceió. Psicologia. Autorização. **15)**
 983 Processo e-MEC nº. 201809058. Faculdade de Tecnologia de Horizonte. Ceará. Horizonte.
 984 Enfermagem. Autorização. **16)** Processo e-MEC nº. 201809106. Faculdade de Educação
 985 Superior do Paraná – FESPR. Paraná. Curitiba. Psicologia. Autorização. **17)** Processo e-MEC
 986 nº. 201809255. Centro Universitário de Salvador – UNICEUSA. Bahia. Salvador. Psicologia.
 987 Autorização. **18)** Processo e-MEC nº. 201809276. Centro Universitário Estácio de Belo
 988 Horizonte – Estácio BH. Minas Gerais. Belo Horizonte. Odontologia. Autorização. **19)** Processo
 989 e-MEC nº. 201809287. Centro Universitário Estácio do Ceará - Estácio FIC. Ceará. Fortaleza.
 990 Odontologia. Autorização. **20)** Processo e-MEC nº. 201817518. Faculdade Santo Antônio de
 991 Pádua – FASAP. Rio de Janeiro. Santo Antônio de Pádua. Psicologia. Reconhecimento.
 992 *Satisfatório.* Processo e-MEC nº. 201820532. Universidade Anhembi Morumbi – UAM/
 993 Campus. São José dos Campos. São Paulo. São José dos Campos. Psicologia. Autorização.
 994 *Satisfatório com recomendações.* **1)** Processo e-MEC nº. 201708941. Universidade Federal de
 995 Sergipe. Sergipe. Lagarto. Medicina. Reconhecimento. **2)** Processo e-MEC nº. 201709011.
 996 Universidade do CEUMA- UNICEUMA. Maranhão. Imperatriz. Enfermagem. Reconhecimento.
 997 **2)** Processo e-MEC nº. 201709638. Universidade Luterana do Brasil – ULBRA. Rio Grande do
 998 Sul. Cachoeira do Sul. Enfermagem. Reconhecimento. **3)** Processo e-MEC nº. 201711758.
 999 UNAMA. Faculdade da Amazonia de Rio Branco. Acre. Rio Branco. Enfermagem. Autorização.
 1000 **4)** Processo e-MEC nº. 201712187. Faculdade Estácio de Castanhal – Estácio Castanhal.
 1001 Pará. Castanhal. Psicologia. Autorização. **5)** Processo e-MEC nº. 201713258. Centro
 1002 Universitário do Norte – UNINORTE. Amazonas. Manaus. Enfermagem. Autorização. **6)**
 1003 Processo e-MEC nº. 201714054. Centro Universitário Ritter dos Reis – UNIRITTER. Rio
 1004 Grande do Sul. Canoas. Enfermagem. Reconhecimento. **7)** Processo e-MEC nº. 201714096.
 1005 Centro Universitário Luterano de Palmas. Tocantins. Palmas. Odontologia. Reconhecimento. **8)**
 1006 Processo e-MEC nº. 201714293. Faculdade do Pantanal Matogrossense (FAPAN). Mato
 1007 Grosso. Cáceres. Enfermagem. Reconhecimento. **9)** Processo e-MEC nº. 201714300. Centro
 1008 Universitário de Salvador – UNICEUSA. Bahia. Salvador. Enfermagem. Reconhecimento. **10)**
 1009 Processo e-MEC nº. 201714515. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.
 1010 Minas Gerais. Diamantina. Medicina. Reconhecimento. **11)** Processo e-MEC nº. 201714544.
 1011 Faculdade Estácio de Saúde de Campo Grande – FESCG. Mato Grosso do Sul. Campo
 1012 Grande. Enfermagem. Reconhecimento. **12)** Processo e-MEC nº. 201714608. Universidade

1013 Potiguar – Campus Mossoró . Rio Grande do Norte. Mossoró. Psicologia. Reconhecimento.
1014 **13)** Processo e-MEC nº. 201716749. FACULDADE FASIPE. Mato Grosso. SINOP.
1015 Odontologia. Reconhecimento. **14)** Processo e-MEC nº. 201717185. Faculdade Master do Pará
1016 – FAMAP Xinguara. Pará. Xinguara. Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento.
1017 **15)** Processo e-MEC nº. 201800904. Faculdade São José. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
1018 Enfermagem. Reconhecimento. **16)** Processo e-MEC nº. 201801218. Faculdade Evangélica de
1019 Goianésia – FACEG. Goiás. Goianésia. Enfermagem. Reconhecimento. **17)** Processo e-MEC
1020 nº. 201801442. Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA. Pernambuco. Recife. Psicologia.
1021 Reconhecimento. **18)** Processo e-MEC nº. 201802195. Centro Universitário Euro-Americano –
1022 UNIEURO. Distrito Federal. Brasília. Odontologia. Reconhecimento. **19)** Processo e-MEC nº.
1023 201802410. Universidade Católica de Pernambuco. Pernambuco. Recife. Enfermagem.
1024 Reconhecimento. **20)** Processo e-MEC nº. 201802684. Centro Universitário Ruy Barbosa
1025 Wyden. Bahia. Salvador. Odontologia. Reconhecimento. **21)** Processo e-MEC nº. 201802931.
1026 Instituto Internacional de Estudos em Saúde – IIESAU. São Paulo. Ribeirão Preto.
1027 Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento. **22)** Processo e-MEC nº. 201803078.
1028 Faculdade Internacional da Paraíba – FPB. Paraíba. João Pessoa. Psicologia.
1029 Reconhecimento. **23)** Processo e-MEC nº. 201803344. Centro Universitário Ritter dos Reis –
1030 UNIRITTER. Rio Grande do Sul. Porto. Enfermagem. Reconhecimento. **24)** Processo e-MEC
1031 nº. 201807822. Faculdade Marquês de Olinda – FMO. São Paulo. Guarujá. Enfermagem.
1032 Autorização. **25)** Processo e-MEC nº. 201807842. Faculdade Santa Rita de Cássia. Goiás.
1033 Itumbiara. Odontologia. Autorização. **26)** Processo e-MEC nº. 201807855. Faculdade de Saúde
1034 e Humanidades. Ibituruna. Minas Gerais. Montes. Odontologia. Autorização. **27)** Processo e-
1035 MEC nº. 201807923. Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - Estácio FMJ.
1036 Ceará. Juazeiro do Norte. Psicologia. Autorização. **28)** Processo e-MEC nº. 201808430.
1037 Faculdades Integradas Rui Barbosa (FIRB). São Paulo. Andradina. Enfermagem. Autorização.
1038 **29)** Processo e-MEC nº. 201808460. Instituto Unificado de Ensino Superior Objetivo – IUESO.
1039 Goiás. Goiânia. Psicologia. Autorização. **30)** Processo e-MEC nº. 201808616. Faculdade
1040 UNIRB – ARAPIRACA. Alagoas. Arapiraca. Odontologia. Autorização. **31)** Processo e-MEC nº.
1041 201808652. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Igarassu – FACIG. Pernambuco.
1042 Igarassu. Psicologia. Autorização. **32)** Processo e-MEC nº. 201808695. Faculdade Una de Sete
1043 Lagoas – Unaset. Minas Gerais. Sete Lagoas. Odontologia. Autorização. **33)** Processo e-MEC
1044 nº. 201808722. Faculdade Capivari – FUCAP. Santa Catarina. Capivari de Baixo. Psicologia.
1045 Autorização. **34)** Processo e-MEC nº. 201808766. Faculdade AGES de Lagarto – Faculdade
1046 AGES. Sergipe. Lagarto. Psicologia. Autorização. **35)** Processo e-MEC nº. 201808802.
1047 Faculdade Pernambucana de Saúde. Pernambuco. Recife. Odontologia. Autorização. **36)**
1048 Processo e-MEC nº. 201808805. Faculdade Maurício de Nassau de Imperatriz. Maranhão.
1049 Imperatriz. Odontologia. Autorização. **37)** Processo e-MEC nº. 201808984. Faculdade América
1050 – América. Espírito Santo. Cachoeiro de Itapemirim. Psicologia. Autorização. **38)** Processo e-
1051 MEC nº. 201809039. Faculdade Via Sapiens – FVS. Ceará. Tianguá. Enfermagem.
1052 Autorização. **39)** Processo e-MEC nº. 201809068. Instituto Superior da Convenção Nacional
1053 das Assembleias de Deus – ISCON. Distrito Federal. Brasília. Psicologia. Autorização. **40)**
1054 Processo e-MEC nº. 201809108. Faculdade de Ensino Regional Alternativa – FERA. Alagoas.
1055 Arapiraca. Psicologia. Autorização. **41)** Processo e-MEC nº. 201809264. Faculdade Católica
1056 Santa Terezinha – FCST. Rio Grande do Norte. Caicó. Psicologia. Autorização. **42)** Processo
1057 e-MEC nº. 201809313. Centro Universitário UNIDOM – Bosco. Paraná. Curitiba. Odontologia.
1058 Autorização. **43)** Processo e-MEC nº. 201809321. Claretiano – Faculdade -
1059 CLARETIANORC/passou a CLARETIANO – Centro Universitário. São Paulo. Rio Claro.
1060 Psicologia. Autorização. **44)** Processo e-MEC nº. 201809336. Universidade Santa Úrsula. Rio
1061 de Janeiro. Rio de Janeiro. Enfermagem. Autorização. **45)** Processo e-MEC nº. 201809428.
1062 Centro Técnico-Educacional Superior do Oeste Paranaense – CTESOP. Paraná. Assis
1063 Chateaubriand. Psicologia. Autorização. **46)** Processo e-MEC nº. 201815377. Universidade da
1064 Região de Joinville. Santa Catarina. Joinville. Enfermagem. Reconhecimento. **47)** Processo
1065 e-MEC nº. 201817202. Centro Universitário Atenas – UniAtenas. Minas Gerais. Paracatu.
1066 Psicologia. Reconhecimento. **48)** Processo e-MEC nº. 201817520. Faculdade Pitágoras de
1067 Uberlândia. Minas Gerais. Uberlândia. Enfermagem. Reconhecimento. **49)** Processo e-MEC nº.
1068 201819705. Universidade Nove de Julho – UNINOVE – Campus/Bairro Vila Maria. São Paulo.
1069 São Paulo. Psicologia. Autorização. **50)** Processo e-MEC nº. 201820704. Universidade do Vale
1070 do Itajaí – UNIVALI. Santa Catarina. Biguaçu. Enfermagem. Autorização. **52)** Processo e-MEC
1071 nº. 201820714. Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI – Campus Centro Biguaçu. Santa
1072 Catarina. Biguaçu. Psicologia. Autorização. Por fim, falou dos processos de Autorização na

1073 modalidade educação a distância, explicando que o encaminhamento foi devolução ao sistema
1074 e-Mec, por meio de Ofício, com base nas diversas manifestações contrárias do CNS à
1075 autorização de cursos de graduação na área da saúde na modalidade EaD. Concluída a
1076 explanação, a coordenadora da mesa reiterou que o CNS era contrário a cursos de educação a
1077 distância na área da saúde, tendo manifestado essa posição em resoluções, recomendação e
1078 nota pública. Dito isso, colocou em votação os pareceres. **Deliberação: aprovados os 73**
1079 **pareceres de autorização e reconhecimento de cursos, um satisfatório, 52 satisfatórios**
1080 **com recomendações e vinte insatisfatórios.** Conselheira **Priscilla Viégas Barreto de**
1081 **Oliveira** também justificou que a CIRHRT não conseguiu debater os temas solicitados pelo
1082 Pleno, na última reunião, por conta de situações que ocorreram durante a reunião e
1083 documentos não entregues. A coordenadora adjunta da Comissão adiantou que no segundo
1084 dia seria apresentado parecer sobre o PL n°. 5414/2016 e documento sobre o Decreto nº 9.741
1085 de 29 de março de 2019. **ITEM 8 – PERSPECTIVAS DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA**
1086 **NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL** - Item adiado, por conta da
1087 impossibilidade de participação do convidado. **Encaminhamento: remeter o tema à Mesa**
1088 **Diretora do CNS para pautar em outro momento.** Inversão de pauta. **ITEM 11 – 6ª**
1089 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA E 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE**
1090 **SAÚDE - 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -** *Coordenação:* conselheiro **Fernando**
1091 **Zasso Pigatto**, Coordenador da 16ª Conferência Nacional de Saúde. *Apresentação:*
1092 conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da comissão organizadora da 16ª Conferência.
1093 Iniciando, o coordenador da 16ª Conferência explicou que naquele momento adiantaria pontos
1094 sobre a 16ª Conferência para deliberação e no dia seguinte seriam apresentadas outras
1095 questões para definição. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** iniciou informando que no
1096 dia seguinte seria apresentada proposta para o relatório final da 16ª Conferência. Recuperou
1097 que o Pleno definiu prazo para indicação de convidados e convidadas para a etapa nacional da
1098 16ª CNS e, diante de poucas indicações, prorrogou o prazo até 17 de maio, mas ainda assim,
1099 houve poucas indicações. Desse modo, apresentou a proposta de nova prorrogação do prazo
1100 para indicação de convidados e convidadas para a etapa nacional da 16ª CNS até 31 de maio
1101 de 2019. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** concordou com a proposta desde que não
1102 houvesse outra prorrogação. Com essa consideração, a mesa colocou em votação a proposta.
1103 **Deliberação: aprovada a prorrogação do prazo para indicação de convidados e**
1104 **convidadas para a etapa nacional da 16ª CNS: até 31 de maio de 2019**
1105 **(impreterivelmente).** Definido esse ponto, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**
1106 apresentou a proposta de prorrogar também o prazo para a indicação de delegadas e
1107 delegados nacionais à etapa nacional da 16ª CNS até o dia 12 de junho de 2019. Conselheiro
1108 **André Luiz de Oliveira** lembrou que a prioridade era a indicação de entidades que não
1109 compõem o CNS e, além disso, sugeriu que os fóruns de segmentos pudessem indicar os
1110 nomes até o dia 13 de junho (ao invés do dia 10). Conselheiro **Rildo Mendes** perguntou como
1111 ficaria a situação do custeio das 200 vagas destinadas aos representantes indígenas.
1112 Conselheiro **Braz Vieira** solicitou autorização para representar o CNS na Conferência de
1113 Saúde de Santa Catarina. Conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho**, representante da Plenária
1114 de Conselhos, sugeriu que os fóruns de segmentos pudessem indicar representantes da
1115 coordenação de Plenária como delegados. Em resposta às considerações, o Presidente do
1116 CNS sugeriu debate no início da reunião para definir a situação do custeio das 200 vagas
1117 indígenas. Também recordou que, na abertura das conferências estaduais, participavam a
1118 presidência da Conferência ou outro integrante da comissão organizadora. Além disso, sugeriu
1119 aos fóruns que, ao discutir as vagas dos delegados, considerem a possibilidade de indicação
1120 de coordenadores de plenária. Após ponderações, o Presidente do CNS disse que, no caso de
1121 não preenchimento de todas as vagas, segundo os critérios já definidos, o Pleno poderia definir
1122 novos critérios, um deles poderia ser no sentido de atender a reivindicação da coordenação de
1123 plenária (indicativo: que os fóruns já promovam debate a respeito). **Deliberação: aprovada a**
1124 **prorrogação do prazo para a indicação de delegadas e delegados nacionais para a etapa**
1125 **nacional da 16ª CNS: até o período da manhã do dia 13 de junho de 2019. Não haverá**
1126 **nova prorrogação de prazo.** Definido esse ponto, às 18h30, a mesa encerrou o primeiro dia
1127 de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* - **Altamira**
1128 **Simões dos Santo de Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e
1129 Aids; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus,
1130 Doenças Reumáticas e Raras – SUPERANDO; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional
1131 dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos
1132 Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares – CONTAG; **Eduardo Maércio**

1133 **Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Elaine Junger Pelaez**,
1134 Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**, Conselho
1135 Federal de Enfermagem – COFEN; **José Eri Borges de Medeiros**, Conselho Nacional de
1136 Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação
1137 Nacional dos Odontologistas – FNO; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI;
1138 **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-
1139 Administrativos das Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Jurandi**
1140 **Frutuoso Silva**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Laís Alves de**
1141 **Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos**
1142 **Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal**
1143 **Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marisa Helena Alves**,
1144 Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação
1145 Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, Associação
1146 Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos
1147 Indígenas da Região Sul – ARPIN-SUL; **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de
1148 Nutrição – ASBRAN; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema
1149 Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**,
1150 Associação Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA; e **Valdenir Andrade França**,
1151 Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB. *Suplentes* -
1152 **Abraão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares – CMP; **Adolorata Aparecida**
1153 **Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Braz Vieira**,
1154 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde;
1155 **Daniela Buosi Rohlfs**, Ministério da Saúde; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação
1156 Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos
1157 Trabalhadores – CUT; **Giancarlo de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de
1158 Odontologia – CFO; **Joana Indjaian Cruz**, Associação de Controle do Tabagismo Promoção
1159 da Saúde e dos Direitos Humanos – ACT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS; **Jorge**
1160 **Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Maria da**
1161 **Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; **Myrian Coelho Cunha da**
1162 **Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; **Renato de Jesus Padilha**, Federação
1163 Nacional das Associações de Pacientes Renais do Brasil – FENAPAR; e **Vitória Bernardes**
1164 **Ferreira**, Associação Amigos Múltiplos pela Esclerose – AME. Iniciando o segundo, o
1165 Presidente do CNS saudou os presentes e abriu a palavra ao Presidente da União Brasileira
1166 dos Estudantes Secundaristas - UBES, **Pedro Lucas Gorki**, que fez uma breve fala sobre o
1167 resultado positivo das manifestações realizadas em todo o país contra corte de verbas das
1168 universidades e institutos federais de ensino, anunciado pelo governo e clamou o CNS a
1169 participar das iniciativas que visam construir um país igualitário, justo e soberano. Fechou sua
1170 fala com a citação de Ulysses Guimarães “O inimigo mortal do homem é a miséria. Mais
1171 miserável do que os miseráveis é a sociedade que não acaba com a miséria.” Conselheira
1172 **Vanja Andréa Reis dos Santos** saudou o movimento estudantil pela iniciativa de ir às ruas
1173 defender uma educação pública, gratuita e de qualidade para todo o povo brasileiro e destacou
1174 que o CNS será parceiro nessa mobilização. Em seguida, compôs a mesa para o item 9 da
1175 pauta. **ITEM 9 – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - Apresentação: Rogério**
1176 **Giannini**, Presidente do Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Maria Dilma Alves Teodoro**,
1177 Coordenadora-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - DAPES/MS; e **Marisa Helena**
1178 **Alves**, Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM. *Coordenação:*
1179 conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. A primeira expositora
1180 foi a Coordenadora-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - DAPES/MS, **Maria Dilma**
1181 **Alves Teodoro**, que fez uma explanação geral sobre saúde mental para nortear a discussão
1182 do tema. Começou citando como marco geral a Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001, que
1183 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e
1184 redireciona o modelo assistencial em saúde mental e os componentes da Rede de Atenção à
1185 Saúde: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Cuidado à
1186 Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Ainda sobre a legislação,
1187 citou os seguintes dispositivos: Decreto nº 7508/2010: Reorganização do SUS; Portaria nº
1188 3.088/2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial; Portaria nº 3089/2011: financiamento de
1189 CAPS; Portaria nº 3090/2011: financiamento de SRT; Portaria nº 148/2012: financiamento de
1190 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral; e Portaria nº 121/2012: financiamento de Unidades
1191 de Acolhimento. Também mostrou um quadro com a composição da Rede de atenção a saúde
1192 mental – Port. Nº. 3.088/2011: 1) Na Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de

1193 Apoio a Saúde da Família, Consultório de Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção
1194 Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura; **2)** Atenção Psicossocial
1195 Estratégica: Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades; **3)** Atenção de
1196 Urgência e Emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares
1197 de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde; **4)** Atenção Residencial de
1198 Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial; **5)**
1199 Atenção Hospitalar, Enfermaria especializada em hospital geral, Serviço Hospitalar de
1200 Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com
1201 necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; **6)** Estratégia de
1202 Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa
1203 (PVC); e Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
1204 e Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais. Também fez um destaque à Resolução
1205 CIT nº 32, de 17 de Dezembro de 2017 e à Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de Dezembro de
1206 2017. Sobre a Resolução CIT nº. 32/2017, explicou que estabelece as Diretrizes para o
1207 Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, considerando como componentes da
1208 Rede, os seguintes pontos: Atenção Básica; Consultório de Rua; Centro de Convivência;
1209 Unidade de Acolhimento; SRT; Hospital Dia; Unidades de Referência Especializada em HG;
1210 CAPS; Equipe Multiprofissional de Atenção especializada; e Hospital Psiquiátrico. Inclusive, no
1211 artigo 5º, veda qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em
1212 hospitais especializados. No que se refere a leitos, destacou que leitos em hospitais
1213 psiquiátricos e em hospitais gerais - cobertura de 0,1 leito/1000 habitantes. Também
1214 apresentou gráfico para demonstrar a redução de leitos, de 2012 (20.614) para 2018 (16.700).
1215 Sobre os leitos em hospitais gerais, salientou: localizados em enfermarias; no mínimo 8 leitos e
1216 no máximo 30; e obrigatoriedade de equipe multidisciplinar. Sobre o ambulatório, destacou:
1217 Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental – AMENT; Psiquiatra,
1218 Psicólogo e Assistente Social; Ambulatórios gerais e Especializados, Policlínicas, hospitais
1219 gerais e especializados; Equipe tipo 1, 2 e 3; e Custeio mensal : 12 mil reais – 21 mil reais e 30
1220 mil reais. A respeito dos CAPS IV AD, destacou os seguintes aspectos: funcionamento de 24h;
1221 regiões de cracolândia; atendimento de urgência e emergência; Equipe multiprofissional
1222 completa; acompanhamento de SRT; matriciamento; e equipe: 1 Clínico, 2 Psiquiatras, 2
1223 Enfermeiros e 6 profissionais (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador
1224 físico). Sobre o SRT, citou: Tipo I e II passa a atender até 10 moradores; egressos de
1225 internações prolongadas; e pessoas em situação de rua e egresso de unidades prisionais com
1226 transtorno mental. Detalhou ainda os serviços habilitados em 2018: 108 CAPS; 92 SRT; 03 UA;
1227 e 140 leitos em HG. Acrescentou que foram 3.268 serviços, totalizando R\$ 1.382.209.593,00.
1228 Destacou também as ações previstas para 2019: maior integração com a Atenção Primária;
1229 análise epidemiológica; avaliação da RAPS; revisão do PNASH; Portaria de Devolução de
1230 recursos; e Programação de visita aos serviços da RAPS. No que diz respeito ao
1231 monitoramento, destacou: acompanhamento da Produção e Equipes dos CAPS; avaliação da
1232 qualidade dos Serviços e da Rede; e Programa de Volta para Casa. Na sequência, o
1233 Presidente do CFP, **Rogério Giannini**, fez uma apresentação sobre os retrocessos na Política
1234 sobre Drogas e Saúde Mental, no que diz respeito a mudanças no marco legal de saúde
1235 mental. Começou destacando, em 2017, a Resolução do Ministério da Saúde nº 32/2017, que
1236 “estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)” e
1237 incluiu Hospitais Psiquiátricos no rol de Serviços da RAPS e a Portaria MS nº 3.588, que
1238 ratificou a inclusão de hospitais psiquiátricos na Rede. Em 2018, citou a Resolução do CONAD
1239 nº 1/2018, que define “realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas –
1240 PNAD”. Explicou que esse dispositivo formalizou a rede nacional de mobilização comunitária e
1241 apoio aos familiares em articulação com grupos e entidades da sociedade civil organizada
1242 (comunidades terapêuticas) e fomentou a união à rede de suporte social, composta por
1243 organizações da sociedade civil e de prevenção, acolhimento, inclusive em comunidades
1244 terapêuticas. Já em 2019, citou a publicação da Nota técnica nº. 11/2019
1245 CGMAD/DAPES/SAS/Ministério da Saúde, que ratifica a política de Hospitais psiquiátricos;
1246 atualiza os valores pagos pelas internações; prevê eletroconvulsoterapia (ECT) e
1247 financiamento da aquisição do equipamento; e define abstinência como foco dos tratamentos.
1248 Além disso, em 2019, destacou a aprovação, no Senado Federal, do PLC nº. 37/2013 “que
1249 altera a legislação para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e
1250 as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do
1251 financiamento das políticas sobre drogas, de autoria do Deputado Osmar Terra (MDB/RS)”.
1252 Detalhou que o Projeto incorpora “comunidades terapêuticas acolhedoras” no Sistema Nacional

1253 de Políticas sobre Drogas (Sisnad) e prevê a internação involuntária pelo prazo de até 3
1254 meses, sem o devido cuidado para que esse dispositivo não seja utilizado para o
1255 encarceramento em massa da população em situação de rua como forma de higienização das
1256 grandes cidades. Além disso, dispõe que o planejamento e a execução do projeto terapêutico
1257 individual deverão observar, *no que couber*, o previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001
1258 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e
1259 redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Também prevê a oferta de projetos
1260 terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência, entretanto, não
1261 prevê que formas de cuidado e atenção serão disponibilizadas às pessoas que usam drogas e
1262 não estão abstinentes. Ademais, não cria critérios objetivos de diferenciação entre traficantes e
1263 usuários, o que na prática gera: superlotação dos sistemas carcerário e socioeducativo com o
1264 encarceramento de pessoas apreendidas com pequenas quantidades de drogas; e enormes
1265 discrepâncias jurídicas entre o que cada juiz considera tráfico de drogas. Feito esse panorama,
1266 passou a apresentar as ações do Conselho Federal de Psicologia realizadas em 2017/2018.
1267 Começou destacando a inspeção realizada em outubro de 2017, em parceria com o Conselho
1268 Federal de Psicologia (CFP), Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (MPF/PFDC) e
1269 Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). Disse que foram
1270 inspecionadas 28 instituições nas 5 Regiões do país, em doze unidades da federação (onze
1271 Estados e o DF). Destacou que as Comunidades Terapêuticas - CT atendem principal, mas
1272 não exclusivamente, pessoas que fazem uso de drogas, em regime de internação. Acrescentou
1273 que não há número preciso sobre quantas dessas instituições existem no Brasil, ainda que se
1274 estime cerca de duas mil. Além dessas ações, disse que o CFP participou das ações para
1275 retomada das reuniões do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD; diálogo
1276 digital sobre os retrocessos na Política de Drogas; apoio à retomada das atividades da Frente
1277 Nacional Drogas e Direitos Humanos; participação da solenidade de lançamento da Frente em
1278 Defesa da Reforma Psiquiátrica, na Câmara dos Deputados, em maio de 2019; e realização de
1279 Conferência livre da 16ª Conferência Nacional de Saúde – Retrocessos da “Nova” Política de
1280 Saúde Mental: resistir e avançar, em maio de 2019. Por fim, destacou a importância de
1281 convocar nova conferência nacional para tratar exclusivamente sobre saúde mental, uma vez
1282 que a última ocorreu há mais de 10 anos, com um espaço de resistência e definição de ações
1283 que visem avançar nesta temática. Na sequência, fez uso da palavra a coordenadora da CISM,
1284 **Marisa Helena Alves**, que agradeceu a oportunidade e avaliou que a formulação da “Nova
1285 Política de Saúde” é um retrocesso, pois, entre outros aspectos, fere a Constituição Federal da
1286 República Federativa do Brasil no que diz respeito à determinação de que as ações e serviços
1287 de saúde devem observar a diretriz de participação da comunidade. Nessa linha, fez a leitura
1288 de minuta de recomendação, elaborada pela CISM/MS: “Recomendação Nº XXX, de 17 de
1289 maio de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima
1290 Décima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 16 e 17 de maio de 2019, e no uso de
1291 suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro
1292 de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13
1293 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições
1294 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e
1295 considerando que a formulação da “Nova Política de Saúde” fere o que dispõe a Constituição
1296 Federal da República Federativa do Brasil, em seu artigo 198 inciso III, que determina as
1297 ações e serviços de saúde devem observar a diretriz de participação da comunidade;
1298 considerando que a “Nova política de Saúde Mental” foi apresentada à CIT, não seguindo o
1299 processo democrático de avaliação e deliberação do CNS desconsiderando a Lei nº 8.142, de
1300 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do
1301 Sistema Único de Saúde (SUS), e cria a Conferência de Saúde enquanto instância colegiada a
1302 se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a
1303 situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis
1304 correspondentes; considerando que o Ministério da Saúde não atendeu a Recomendação nº
1305 01, de 31 de janeiro de 2018, deste Conselho para a revogação da Portaria nº. 3.588, de 21 de
1306 dezembro de 2017, alegando conforme despacho CGMAD/DAPES/SAS/MS de 16 de março de
1307 2018 que “sendo a Portaria em questão derivada de pactuação tripartite (Ministério da Saúde,
1308 CONASS e CONASEMS), o Ministério, ainda que concordasse com o pleito ora em tela, se vê
1309 impedido de uma revogação unilateral”, não reconhecendo com isso, o CNS como instância
1310 deliberativa; considerando que o Ministério da Saúde não atendeu Recomendação nº 043, de
1311 15 de setembro de 2017, que apontava a impossibilidade da inclusão das Comunidades
1312 Terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), visto que as

1313 mesmas não atendem aos critérios exigidos pela legislação vigente, sob risco de incorrer em
1314 ilegalidade, fato agravado com a inserção das comunidades terapêuticas no ministério da
1315 justiça; considerando a Recomendação nº 03, do Conselho Nacional dos Direitos Humanos, de
1316 14 de março de 2019, a qual recomenda que todas as normativas incompatíveis com a
1317 estabelecida Política Nacional de Saúde Mental, que subsidiam a Nova Política Nacional de
1318 Saúde Mental, elaborada e em execução sem ser legitimamente formulada, sejam suspensas e
1319 submetidas ao debate público; e que convoque audiências públicas, com antecedência e ampla
1320 convocação, garantindo a plena e efetiva participação dos usuários da Rede de Atenção
1321 Psicossocial – RAPS; considerando os relatórios elaborados pelo Conselho Federal de
1322 Psicologia para inspeção nacional em comunidades terapêuticas juntamente com a
1323 Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – PFDC do Ministério Público Federal e do
1324 Mecanismo Nacional de prevenção e combate a tortura – MNPCT, e do Conselho Federal de
1325 Serviço Social, que identificaram inúmeras violações dos direitos humanos; considerando que
1326 as atuais alterações na Política de Saúde Mental e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),
1327 implementadas por meio da Portaria do Ministério da Saúde no 3.588, de 21/12/2017, e da
1328 resolução do CONAD nº 01/2018, são danosas ao desenvolvimento histórico de um modelo de
1329 atenção centrado na garantia dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS),
1330 contrariando o que preconiza a Lei 10.216; considerando a Petição da Defensoria Pública da
1331 União que pediu suspensão de todos os decretos que alteram ilegalmente a “Nova Política
1332 Nacional de Saúde Mental; considerando que o financiamento da “Nova Política de Saúde
1333 Mental” induz a um maior investimento nos serviços de alta complexidade, onerando o
1334 orçamento em detrimento aos equipamentos de atenção básica; considerando a Emenda
1335 Constitucional nº 95/2016 que congela os recursos públicos por 20 anos compromete as
1336 políticas sociais, fragilizando também a articulação da política de saúde e as demais;
1337 considerando o artigo 21 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela
1338 Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948 e assinada pelo Brasil na
1339 mesma data, que estabelece o direito de toda pessoa de participar da condução das políticas
1340 públicas de seu país; considerando os Artigos 12 e 23, parágrafo 1, da Convenção sobre os
1341 Direitos da Criança, promulgada pelo decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990;
1342 considerando que o Artigo 4 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência,
1343 promulgada no Brasil pelo Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009, estabelece que, na
1344 elaboração e implementação de legislação e políticas para aplicar a Convenção e em outros
1345 processos de tomada de decisão relativos às pessoas com deficiência, os Estados Partes
1346 realizarão consultas estreitas e envolverão ativamente pessoas com deficiência, inclusive
1347 crianças com deficiência, por intermédio de suas organizações representativas; considerando o
1348 Comentário Geral nº. 7 do Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da
1349 Organização das Nações Unidas - ONU, publicado em 9 de novembro de 2018, que
1350 aprofundou, detalhou e realizou recomendações aos países membros sobre a Convenção
1351 sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em especial focando na garantia e efetividade
1352 da participação social tanto na formulação, implementação, fiscalização e avaliação das
1353 políticas públicas pelas pessoas com deficiência e suas organizações representativas;
1354 considerando que o CNS vem acompanhando e se posicionando diante das resoluções que
1355 apresentam uma nova política de saúde mental, desconstruindo o modelo de atenção
1356 preconizado pela Lei nº. 10.216 – Lei da reforma Psiquiátrica – pela “ Nova política de saúde
1357 mental”; considerando que a Comissão Intersetorial de Saúde Mental realizou Seminário de
1358 Saúde Mental no período de 19 e 20.11.2018 e, na oportunidade, posicionou-se contrária aos
1359 retrocessos na Política de Saúde Mental e elaborou referenciais para subsidiar as discussões
1360 deste tema nas conferências Municipais e Estaduais com vistas à realização da 16ª
1361 Conferência Nacional de Saúde; considerando que uma sociedade sem manicômios é uma
1362 sociedade democrática, uma sociedade que reconhece a legitimidade incondicional do outro
1363 como fundamento da liberdade para todos e cada um; considerando que romper com a cultura
1364 manicomial e com todas as formas de opressão social, para construir possibilidades de
1365 convívio com as diferenças, é essencial em uma sociedade democrática que preza pelos
1366 direitos humanos; considerando que não há mais espaço em nossa sociedade para se tratar os
1367 agravos à saúde mental como impeditivo para o exercício da cidadania, mas que o esforço de
1368 inclusão dessas pessoas, em uma perspectiva territorializada, são condições basilares para o
1369 gozo da saúde; e considerando o posicionamento dos conselhos de profissões
1370 regulamentadas, movimentos de usuários/as e seus familiares e movimentos sociais na defesa
1371 da luta antimanicomial. Recomenda: ao Ministério da Justiça e Segurança Pública: suspender a
1372 execução da Resolução CONAD n.º 1, de 9 de março de 2018. Ministério Público: suspender a

1373 execução de todas as normativas incompatíveis com a estabelecida na Política Nacional de
1374 Saúde Mental. Comissão Intergestores Tripartite: revogar a Portaria GM/MS n.º 3588, de 21 de
1375 dezembro de 2017.” Concluídas as explanações, conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**
1376 agradeceu os expositores pelas falas e anunciou a presença de integrantes da CISM/CNS na
1377 reunião. **Manifestações.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que o estigma
1378 sobre saúde mental ainda não foi trabalhado de forma adequada, por falta de adequação de
1379 políticas específicas, de lacunas na formação dos profissionais de saúde e pela postura da
1380 sociedade em geral. Salientou que se trata de uma questão complexa que precisa ser debatida
1381 de forma aprofundada e detalhada e citou, por exemplo, que o uso da eletroconvulsivoterapia
1382 na cardiologia era bem aceito, com bons resultados. Nessa linha, destacou a importância de
1383 envolver de forma mais efetiva a sociedade nesse processo de revisão da Política e de
1384 recomendar ao CFP a discussão interdisciplinar e interprofissional desta temática. Conselheiro
1385 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** manifestou preocupação com as ações adotadas que
1386 resultam em isolamento, segregação e fez um destaque às comunidades terapêuticas,
1387 lembrando que esses locais não seguem diretrizes e ações do SUS, como prevenção das
1388 DST/AIDS e desconsideram a diversidade da população LGBT. Conselheira **Laís Alves de**
1389 **Souza Bonilha** destacou que o cuidado que se quer ofertar é o centrado na pessoa, na família
1390 e não no preconceito social. Também destacou que a proposta de reformulação aponta para
1391 insucesso e destacou a importância de ações para fortalecer a reforma psiquiátrica, a exemplo
1392 do PET interprofissionalidade. Conselheiro **Braz Vieira** solicitou a manifestação do
1393 CONASEMS sobre as dificuldades para garantir as ações de saúde mental nos municípios e
1394 destacou que seria importante também ouvir os representantes das comunidades terapêuticas
1395 sobre as práticas utilizadas nesses espaços. Também ressaltou que devem ser
1396 descredenciadas as comunidades terapêuticas que não desempenharem as suas ações de
1397 acordo com as diretrizes do SUS. Conselheira **Altamira Simões dos Santos de Souza**
1398 manifestou preocupação com a proposta de retomar iniciativas que encaram as pessoas com
1399 doença mental com olhar medicalizador, retirando o direito de cidadão à autonomia e à
1400 inserção na sociedade. Pontuou que não incluir a população nos debates para avançar na
1401 reforma antimanicomial é inconstitucional e violento. Por fim, perguntou ao MS que estratégias
1402 serão adotadas para assegurar o bem-estar, autonomia e reconhecimento das pessoas como
1403 cidadão diante de corte de recursos, de indicação de internação compulsória, desmonte da
1404 política de álcool e drogas e ampliação de residências terapêuticas que tem como princípio
1405 fundamental doutrinas religiosas, sem suporte multiprofissional? Conselheira **Sueli Terezinha**
1406 **Goi Barrios**, primeiro, fez um contraponto à posição sobre o uso do eletrochoque, destacando
1407 que, ao ser definido como política do MS, com possibilidade de financiamento desses
1408 procedimentos, corre-se o risco de deixar de ser uma exceção para ser um recurso terapêutico
1409 usado indiscriminadamente, o que não pode ser admitido. Destacou que a rede de atenção
1410 psicossocial, que não foi concluída, está sendo destruída, com inclusão de recursos como
1411 eletrochoque, internação em hospitais psiquiátricos. Também disse que era preciso olhar
1412 atento para as comunidades terapêuticas, pois possui isolamento/restrrição do convívio social
1413 como eixo central do tratamento oferecido. Disse que relatório de avaliação das comunidades
1414 aponta situação de violência física, contenção, castigo, punição, privação do sono, prática de
1415 tortura, tratamento cruel e degradante. Nessa linha, defendeu a aprovação da minuta de
1416 recomendação elaborada pela CISM/CNS. Conselheiro **Renato de Jesus Padilha** destacou a
1417 importância de acompanhamento em saúde mental dos pacientes com doenças renais e
1418 transplantados. Conselheira **Lenir dos Santos** pontuou que o Brasil possuía políticas públicas
1419 de saúde reconhecidas internacionalmente pela eficiência e avanço, entre elas, qualidade do
1420 sangue, imunização e saúde mental. Também lembrou que 47 políticas de saúde do país eram
1421 fixadas por portaria e sete definidas em Lei, como é o caso da saúde mental. Nessa linha,
1422 destacou a sua preocupação com as mudanças ocorrendo em várias políticas, com violação da
1423 lei e da vida das pessoas. Diante disso, defendeu que o CNS adote a judicialização no caso de
1424 violação de leis e não apenas aprove recomendações. Conselheira **Elaine Junger Pelaez**
1425 saudou os integrantes da mesa e fez alusão ao dia da luta antimanicomial – 18 de maio.
1426 Afirmou que não existia possibilidade de humanização dos manicômios por conta da sua
1427 origem e concepção de aprisionamento de corpos e mentes, além de violência e desrespeito.
1428 Portanto, conclamou a CNS a lutar contra a nova Política de Saúde Mental, por conta da ótica
1429 do proibicionismo e desrespeito à política de redução de danos e a todos os profissionais por
1430 conta do compromisso com a dignidade humana e a ampliação do direito e dos espaços
1431 democráticos. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**, para melhor entendimento desta temática,
1432 fez as seguintes perguntas: quantos CAPS há no país?; o tratamento ofertado nos CAPS está

1433 de acordo com os princípios da política nacional de humanização? Conselheira **Fernanda Lou**
1434 **Sans Magano** começou sua fala afirmando “nenhum passo atrás, manicômio nunca mais” e,
1435 nessa linha, manifestou posição contrária às comunidades terapêuticas, que eram os novos
1436 manicômios, inclusive por conta de situações de violação de direitos humanos, demonstrado
1437 nos relatórios do CFP e do Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. Também destacou
1438 que a aprovação do PLC n.º 37, no Senado Federal, representa um retrocesso porque, entre
1439 outros aspectos, inverte a Lei n.º 11.216, incluindo a internação compulsória à frente de outras
1440 etapas de tratamento que a Lei preconiza. No mais, sentiu falta de abordagem, por parte do
1441 MS, sobre a chamada Nova Política e, nessa linha, perguntou o que foi feito em relação à Nota
1442 Técnica n.º 11, que foi retirada, mas que continua sendo seguida. Conselheiro **Antônio**
1443 **Lacerda Souto** destacou que se vive no país um momento de autoritarismo, com a imposição
1444 de mudanças de forma açodada, quando seria necessário debate aprofundado. Pontuou que
1445 estava em curso um processo de retirada de direitos e garantias conquistadas após duras lutas
1446 e, nesse sentido, sugeriu maior tempo para debater essa temática a fim de prejudicar as
1447 pessoas com doença mental. Conselheiro **Dirceu Bartolomeu Greco** cumprimentou os
1448 expositores pelas explanações esclarecedoras, mas sugeriu pautar o tema novamente, em
1449 outro momento, assegurando a participação de usuários e familiares de serviços de saúde
1450 mental. Sobre a recomendação, manifestou apoio, mas sugeriu maior ênfase à questão do
1451 financiamento. Também perguntou sobre a possibilidade de impetrar com ADIn neste caso.
1452 Sobre a nova política, manifestou preocupação com a possibilidade de repetir a triste história
1453 do manicômio em Barbacena/MG, onde ocorreu a morte de muitas pessoas e concluiu
1454 afirmando “Nada sobre mim, sem mim”. Conselheira **Maria da Conceição Silva** destacou que
1455 este tema precisa ser debatido com profundidade, considerando inclusive o processo de
1456 encarceramento e hospitalização da população negra e o não reconhecimento dessa
1457 população como traço forte do racismo. Disse que a população negra sofre formas de
1458 encarceramento - pelo crime e pela inaptabilidade social, por meio da questão da saúde
1459 mental – e frisou que as comunidades terapêuticas representam parte do encarceramento
1460 dessa população. Nessa linha, destacou a importância de dados qualificados sobre saúde
1461 mental com recorte raça/cor e de interface com a política de humanização e a Portaria n.º 992,
1462 que institui a saúde da população negra. Conselheira **Nara Monte Arruda** destacou que essa
1463 medida representa um retrocesso, sobretudo para os jovens principalmente negros e pobres
1464 que são criminalizados e punidos. Também manifestou preocupação com a transferência de
1465 responsabilidade sobre a política de álcool e drogas para o Ministério da Justiça, entendendo
1466 que deve ser tratada pelo setor saúde. Conselheira **Manuelle Maria Marques Matias**
1467 **ponderou que o modelo de saúde mental do Brasil é um dos melhores do mundo, portanto,**
1468 **atualizações poderiam ser feitas, mas sem retomar política de violência e opressão, que**
1469 **desrespeita a autonomia das pessoas. A representante da Plenária de Conselhos, Edna Maria**
1470 **dos Anjos Mota, solicitou posição do MS sobre: gestão e abrangência do CAPS IV; presença**
1471 **do profissional psiquiatra no CAPS II; e não aplicação de recursos desses Centros.**
1472 **Conselheira Vanja Andréa Reis dos Santos fez a leitura da seguinte pergunta entregue à**
1473 **mesa de coordenação do debate direcionada ao MS: por que não foi feita citação sobre as**
1474 **comunidades terapêuticas que estão inscritas no CNES, recebem recursos do MS e estão no**
1475 **Ministério da Justiça? Retorno da mesa. A Coordenadora-Geral/DAPES/MS, Maria Dilma**
1476 **Alves Teodoro, respondendo às intervenções, de forma geral, destacou que: a**
1477 **eletroconvulsoterapia é uma forma de tratamento regulamentada e não é a primeira escolha; a**
1478 **Lei n.º 10.016 prevê a internação como última alternativa, desde que seja em lugar qualificado,**
1479 **por tempo adequado; o Ministério da Saúde não defende “manicômios” e não está ampliando**
1480 **leitos de internação em hospitais especializados, mas sim a qualificação desses leitos; Nota**
1481 **Técnica não está em vigência; as Portarias n.ºs 562 e 564 do Ministério da Cidadania tratam**
1482 **das comunidades e visam evitar o funcionamento de forma inadequada; o Brasil dispõe de**
1483 **2.586 CAPS; o acompanhamento da utilização dos recursos destinados aos CAPS IV deve ser**
1484 **debatido com municípios e estados; o Ministério da Saúde conhece as dificuldades nessa área**
1485 **e retomou a discussão por conta de denúncias de serviços que não estão funcionando de**
1486 **forma adequada; é necessário trabalhar a questão do estigma e do preconceito e educar a**
1487 **sociedade que continua a entender que o paciente com doença mental precisa ficar isolado; a**
1488 **participação de outros setores na revisão da RAPS é essencial – a discussão será feita por**
1489 **região (nas maiores, dividir em duas). O Presidente do CFP, Rogério Giannini, acerca das**
1490 **questões que emergiram do debate, destacou que: a reforma psiquiátrica, instituída após**
1491 **amplo debate, estabelece a criação de rede “substitutiva” ao manicômio, à lógica asilar e**
1492 **institucionalizante; a política de redução de danos trabalha no sentido de um projeto singular,**

1493 incluindo a possibilidade da abstinência, todavia, essa política tem confrontado o senso
1494 comum; os Centros de Convivência e Cooperativa – CECCOs representam avanço na política
1495 de saúde mental e precisam ser estimulados; os CAPS IV, da forma como estão, representam
1496 um “mini manicômio” porque não são monitorados; as comunidades terapêuticas representam
1497 manicômios – abstinência, falta de autonomia e longos prazos de internação; e o Conselho
1498 Federal de Psicologia está participando da preparação da 16ª Conferência Nacional de Saúde.
1499 Conselheira **Marisa Helena Alves**, Coordenadora da CISM/CNS, agradeceu a oportunidade de
1500 debater o tema no CNS e destacou a importância de pautá-lo novamente com a participação
1501 de usuários dos serviços de saúde mental, inclusive daqueles que utilizam terapias como
1502 eletrochoque. Além disso, solicitou ao Pleno a aprovação da minuta de recomendação
1503 elaborada pela CISM/CNS. Após essas falas, a coordenadora da mesa sintetizou os
1504 encaminhamentos que emergiram do debate e foram apresentadas outras propostas.
1505 **Deliberação: como resultado do debate deste ponto, o Pleno aprovou os seguintes**
1506 **encaminhamentos: 1) aproximar a CISM/CNS da área técnica de saúde mental do**
1507 **Ministério da Saúde para trabalho mais cooperativo; 2) solicitar aos Conselhos**
1508 **Estaduais de Saúde que fomentem a realização de conferências livres de saúde mental;**
1509 **e 3) pautar o tema novamente, em outro momento, assegurando a participação de**
1510 **usuários e familiares de serviços de saúde mental e atenção psicossocial. A minuta de**
1511 **recomendação, elaborada pela CISM/CNS, seria apreciada no último item da pauta.** Após
1512 essa deliberação, conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** agradeceu os expositores e
1513 encerrou este ponto de pauta. **ITEM 10 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E**
1514 **FINANCIAMENTO – COFIN - Apresentação:** conselheiro **André Luiz Oliveira**, coordenador da
1515 COFIN/CNS. Iniciando este ponto, conselheiro **André Luiz Oliveira**, coordenador da
1516 COFIN/CNS, recordou que, no item 4 da pauta, o Pleno decidiu elaborar minuta de
1517 recomendação manifestando posicionamento contrário do CNS à proposta de Desvinculação
1518 das Receitas da União. A esse respeito, sugeriu que a minuta de recomendação fosse
1519 apresentada na próxima reunião do CNS, a fim de possibilitar debate mais aprofundado na
1520 COFIN e elaboração de considerandos com mais subsídios. **Deliberação: o Pleno decidiu,**
1521 **por unanimidade, que a minuta de recomendação manifestando posicionamento**
1522 **contrário do CNS à DRU será apresentada na próxima reunião do Conselho.** Em seguida,
1523 apresentou a análise preliminar, feita pela COFIN/CNS, do Relatório Anual de Gestão - RAG
1524 2018 do Ministério da Saúde, destacando na sua fala os seguintes aspectos: **1)** metodologia
1525 utilizada (aprovada pelo Pleno CNS) para avaliação do nível de Execução Orçamentária; **2)**
1526 demonstrativos da Execução Orçamentária por Grandes Grupos do MS – **a)** FNS - Itens de
1527 despesas com aumento de recursos orçamentários superior R\$ 10 milhões, com destaque
1528 para: emendas do FNS, outros programas, saúde indígena; **b)** FNS - Itens de despesas com
1529 aumento de recursos orçamentários entre R\$ 1 milhão e R\$ 10 milhões – *destaque:* hospitais
1530 próprios, publicidade de utilidade pública, Reestruturação de Hospitais Universitários Federais
1531 – REHUF; **c)** FNS - Itens de despesas sem aumento e sem redução de recursos orçamentários
1532 – *destaque:* pioneiras sociais, vigilância sanitária – PAB, sentença judicial (custeio); **d)** FNS -
1533 Itens de despesas com redução de recursos orçamentários até R\$ 100 milhões – *destaque:*
1534 assistência médica a servidores, Programa de Prevenção das DST/AIDS, emendas do FNS; **e)**
1535 FNS - Itens de despesas com redução de recursos orçamentários acima de R\$ 100 milhões –
1536 *destaque:* Medicamentos excepcionais, serviço de processamento de dados – DATASUS,
1537 Incentivo financeiro – vigilância em saúde; **f)** FNS – Itens de despesa – comparação entre os
1538 níveis de empenhamento e os percentuais de suplementação acima de 5% - *destaque:* Média e
1539 Alta Complexidade (AIH/SAI/SUS), outros programas, ações de vigilância epidemiológica,
1540 fomento a pesquisa em ciência e tecnologia; **3)** Nível de execução orçamentária: **a)** FNS –
1541 Itens de despesa – comparação entre os níveis de empenhamento e os percentuais de
1542 suplementação entre 0% e 5% - *destaque:* publicidade de utilidade pública, Instituto Nacional
1543 do Câncer, Vacinas e vacinação, REUF; **b)** FNS – Itens de despesa – comparação entre os
1544 níveis de empenhamento e os percentuais de suplementação de 0% - *destaque:* Farmácia
1545 Básica – PAB, Pioneiras Sociais, auxílios ao servidor, aquisição e distribuição de equipamentos
1546 estratégicos; **c)** FNS – Itens de despesas - comparação entre os níveis de empenhamento e os
1547 percentuais de redução até 10% - *destaque:* assistência médica a servidores, Programa de
1548 Prevenção das DST/AIDS, Medicamentos Excepcionais, **d)** FNS – Itens de despesas -
1549 comparação entre os níveis de empenhamento e os percentuais de redução acima de 10% -
1550 *destaque:* incentivo financeiro – vigilância em saúde, Farmácias Populares – FNS, Outros
1551 Programas, Programa Saúde da Família; **e)** FNS – Execução orçamentária e financeira – nível
1552 de liquidação - ASPS e NÃO ASPS 2018: adequado – *destaques:* MAC, Pioneiras sociais,

1553 SAMU, PAB Fixo, Programa de Prevenção das DST/AIDS; e) FNS – Execução orçamentária e
1554 financeira – nível de liquidação - ASPS e NÃO ASPS 2018: regular – saúde indígena,
1555 qualificação profissional do SUS, Outros programas, manutenção administrativa, farmácia
1556 básica; f) FNS – Execução orçamentária e financeira – nível de liquidação - ASPS e não ASPS
1557 2018: inadequado e intolerável – *destaques*: Instituto Cardiológico – INC, Outros Programas,
1558 Assistência Médica a Servidores, Publicidade de Utilidade Pública, Emendas do FNS, INTO; g)
1559 FNS – Execução orçamentária e financeira – nível de liquidação - ASPS e NÃO ASPS 2018:
1560 inaceitável – *destaques*: Outros programas, Vacinas e vacinação, REUF, Fomento à Pesquisa
1561 em Ciência e Tecnologia, PROESF; e 4) Painel - FNS - Nível de Liquidação da Despesa - 2016
1562 a 2018 - ordem decrescente do índice do 3º Quadrimestre de 2018 – FNS, Pioneiras sociais,
1563 Prog. Prevenção DST/AIDS, Incentivo financeiro – vigilância em saúde, Piso da Atenção
1564 Básica – PAB Fixo, MAC, Farmácias Populares, Vigilância Sanitária – PAC, Sentença Judicial
1565 (custeio), Auxílios ao Servidor, Saúde Indígena, Qualificação Profissional do SUS, Manutenção
1566 Administrativa, Farmácia Básica – PAB, Programa Saúde da Família – PACS/PSF; Programa
1567 Sangue e Hemoderivados; Aquisição e Distribuição de Medicamentos; INCa; Hospitais
1568 Próprios; Assistência Médica a Servidores; Publicidade de Utilidade Pública; Emendas
1569 Nominativas; Outros Programas; Combate às Carências Nutricionais; Serviço de
1570 Processamento de Dados – DATASUS; Medicamentos Excepcionais; Vacina e Vacinação;
1571 REHUF; Fomento à Pesquisa em Ciência e Tecnologia; PROESF; Aquisição e Distribuição de
1572 Medicamentos Estratégicos; Ações de Vigilância Epidemiológica; Reaparelhamento de
1573 Unidades do SUS – MS; Atenção à Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem;
1574 Manutenção de Unidades Operacionais; SAMU; e Atenção à Saúde Bucal. Em seguida,
1575 apresentou a estratificação dos objetivos do RAG 2018 por comissão a ser apresentado na
1576 próxima RO Pleno CNS. Primeiro, apresentou os objetivos: Objetivo 01. Ampliar e qualificar o
1577 acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e
1578 no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e
1579 especializada, ambulatorial e hospitalar. Objetivo 02. Aprimorar e implantar as Redes de
1580 Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e
1581 Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com
1582 Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Objetivo 03.
1583 Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto
1584 e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de
1585 vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e
1586 nas redes de atenção à saúde. Objetivo 04. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da
1587 população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância,
1588 promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis,
1589 acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do
1590 envelhecimento saudável. Objetivo 05. Promover a atenção à saúde dos povos indígenas,
1591 aprimorando as ações de atenção básica e de saneamento básico nas aldeias, observando as
1592 práticas de saúde e os saberes tradicionais, e articulando com os demais gestores do SUS
1593 para prover ações complementares e especializadas, com controle social. Objetivo 06. Ampliar
1594 o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência
1595 farmacêutica no âmbito do SUS. Objetivo 07. Promover a produção e a disseminação do
1596 conhecimento científico e tecnológico, análises de situação de saúde, inovação em saúde e a
1597 expansão da produção nacional de tecnologias estratégicas para o SUS. Objetivo 08.
1598 Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária, para assegurar a proteção à
1599 saúde e o desenvolvimento sustentável do setor. Objetivo 09. Aprimorar o marco regulatório da
1600 Saúde Suplementar, estimulando soluções inovadoras de fiscalização e gestão, voltadas para
1601 a eficiência, acesso e qualidade na atenção à saúde, considerando o desenvolvimento
1602 sustentável do setor. Objetivo 10. Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a
1603 educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a despreciação e a
1604 democratização das relações de trabalho. Objetivo 11. Fortalecer as instâncias do controle
1605 social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação
1606 cidadã. Objetivo 12. Aprimorar a relação interfederativa e a atuação do Ministério da Saúde
1607 como gestor federal do SUS. Objetivo 13. Melhorar o padrão de gasto, qualificar o
1608 financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do
1609 financiamento estável e sustentável do SUS. Em seguida, detalhou a estratificação por
1610 Comissão: CIAN/CNS – objetivos 1, 4, 5 e 11; CIVS/CNS – objetivos 1, 2, 4, 5, 8, 9 e 11;
1611 CIRHRT/CNS – objetivos 1, 5, 7, 10, 12 e 11; CICTAF/CNS – objetivos 6, 7, 8 E 11;
1612 CISTT/CNS – objetivos 1, 2, 4, 10 e 11; COFIN/CNS – objetivos 11 e 13; CIEPCSSUS/CNS –

1613 objetivos 3, 7, 10, 11 e 12; CIASCV/CNS – objetivos 1, 2, 3, 4, 6 e 11; CISMU/CNS – objetivos
1614 1, 2, 3, 4, 6, e 11; CISM/CNS – objetivos 1, 2, 3, 6 e 11; CISI/CNS – objetivos 1, 2, 3, 4, 5, 6 e
1615 11; CIPPE/CNS – objetivos 1, 2, 3, 6 e 11; CIASPP/CNS – objetivos 1, 2, 3, 6, e 11;
1616 CIASPD/CNS – objetivos 1, 2, 3, 6, e 11, CISS/CNS – objetivos 9 e 11; CIPPSPICS/CNS –
1617 objetivos 1, 2, 3, 4, 5, 8 e 11; e CISB/CNS – 1, 2, 3, 5 e 11. Finalizando, destacou que esta
1618 apresentação visou suscitar os debates nas Comissões. Não houve debate neste ponto e o
1619 tema retorna na próxima reunião do CNS para discussão. Definido esse ponto, a mesa
1620 suspendeu às 12h30 para o almoço. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e
1621 conselheiras na manhã do segundo dia de reunião: *Titulares* - **Altamira Simões dos Santo de**
1622 **Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e Aids; **André Luiz de**
1623 **Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Lacerda Souto**,
1624 Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares –
1625 CONTAG; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Elisabete**
1626 **Pimenta Araújo Paz**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Fernando Zasso Pigatto**,
1627 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **José Eri Borges de**
1628 **Medeiros**, Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Joana**
1629 **Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **José Araújo da**
1630 **Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos
1631 de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino Superior Pública do
1632 Brasil – FASUBRA; **Laís Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino em
1633 Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos Santos**, Federação Brasileira das Associações de
1634 Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
1635 Trabalhadores – NCST; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de Psicologia – CFP;
1636 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS –
1637 ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos
1638 Povos Indígenas da Região Sul – ARPIN-SUL; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação
1639 Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores
1640 do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; **Sueli Terezinha Goi**
1641 **Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA; e **Valdenir Andrade França**,
1642 Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB. *Suplentes* -
1643 **Abraão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares – CMP; **Adolorata Aparecida**
1644 **Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Braz Vieira**,
1645 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde;
1646 **Casemiro dos Reis Júnior**, Federação Médica Brasileira – FMB; **Cleuza de Carvalho Miguel**,
1647 Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Dirceu Bartolomeu Greco**,
1648 Sociedade Brasileira de Bioética – SBB; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional
1649 dos Psicólogos – FENAPSI; **Geordecí Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores –
1650 CUT; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos
1651 – COBAP; **Giancarlo de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia – CFO;
1652 **Joana Indjaian Cruz**, Associação de Controle do Tabagismo Promoção da Saúde e dos
1653 Direitos Humanos – ACT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS; **Karla Larica Wanderley**,
1654 Ministério da Saúde; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil –
1655 CNBB; **Manuelle Maria Marques Matias**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG;
1656 **Marlene Pereira dos Santos Oliveira**, Instituto Lado a Lado pela Vida; **Maria da Conceição**
1657 **Silva**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho
1658 Federal de Nutricionistas – CFN; **Renato de Jesus Padilha**, Federação Nacional das
1659 Associações de Pacientes Renais do Brasil – FENAPAR; **Vitória Bernardes Ferreira**,
1660 Associação Amigos Múltiplos pela Esclerose – AME; e **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**,
1661 Conselho Federal de Farmácia - CFF. Retomando às 13h40, a mesa foi composta para o item
1662 11 da pauta. **ITEM 11 – 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA E 16ª**
1663 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – Coordenação:** conselheiro **Fernando Zasso**
1664 **Pigatto**, coordenador da 16ª Conferência Nacional de Saúde. **16ª CONFERÊNCIA NACIONAL**
1665 **DE SAÚDE (8ª+8) – 16ª CNS –** O representante da Comissão de Relatoria da 16ª CNS,
1666 **Alcindo Ferla**, apresentou ao Pleno projeto de pesquisa “Participação social, saúde e
1667 democracia: estudos integrados dos percursos de atores e ideias no processo da 16ª
1668 Conferência Nacional de Saúde”, elaborado pela Comissão de Relatoria da 16ª para ampliar a
1669 compreensão do processo de participação social em saúde associado à Conferência e seus
1670 desdobramentos. Acrescentou que a intenção é fazer nota à memória da 8ª Conferência e
1671 produzir registros para além de relatórios técnicos. Explicou que, durante as atividades da 2ª
1672 Reunião da Comissão de Relatoria da 16ª CNS, realizada em 9 e 10 de maio de 2019, houve

1673 debate sobre a natureza do Relatório Final e sua relevância: como síntese do processo
1674 participativo e das atividades que a compõem; e como registro histórico da Conferência e do
1675 contexto em que está sendo desenvolvida. Esse debate impactou no planejamento sobre a
1676 dimensão do trabalho necessário para sua confecção. Sendo assim, disse que a Comissão
1677 propõe um projeto de pesquisas integradas que auxilie na identificação de informações
1678 relevantes das etapas municipal e estadual para comporem o Relatório Final, mas que também
1679 acompanhe a etapa nacional e, posteriormente, incentive uma agenda de estudos e pesquisas
1680 sobre o controle e a participação social no período posterior à sua realização. As análises
1681 realizadas em rede científica terão foco e a perspectiva no processo da Conferência. Entende-
1682 se que a proposição do projeto é do CNS, tendo sua execução delegada a uma rede científica
1683 formada por pesquisadores e instituições de ensino e pesquisa, mas também por participantes
1684 do CNS. Detalhou que o objetivo geral é sistematizar e analisar informações relevantes do
1685 processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde que permitam produzir evidências sobre a
1686 relevância e da abrangência do processo da participação nas etapas e atividades que a
1687 compõem e registrá-las para consultas posteriores. Nessa linha, os objetivos específicos são:
1688 identificar e coletar dados e relatos das etapas municipal e estadual da 16ª CNS; sistematizar
1689 dados e relatos das atividades da etapa nacional da 16ª CNS; caracterizar os participantes do
1690 processo da 16ª CNS em relação ao perfil e às motivações para a participação; identificar,
1691 sistematizar e analisar atividades inovadoras sobre a organização das conferências municipais
1692 e estaduais de saúde em relação ao fortalecimento da participação social; registrar e
1693 sistematizar opiniões de atores estratégicos sobre o contexto de realização do processo da 16ª
1694 CNS; analisar contextualmente o processo de participação no processo da 16ª CNS; e
1695 fortalecer a agenda de estudos e análises sobre a temática da participação social em saúde e
1696 sua interface com o ensino da saúde. Para tanto, explicou que o percurso seria o seguinte:
1697 finalizar o projeto e submetê-lo à CONEP; desencadear busca ativa de informações sobre o
1698 perfil de participantes das etapas municipais e estaduais (formulário *on line*); desencadear
1699 busca ativa de documentos e informações das etapas municipais e estaduais (parceria com a
1700 comunicação social); coletar narrativas de atores estratégicos sobre o contexto da 16ª CNS;
1701 formar um acervo documental e de dados primários para análises preliminares (Relatório Final)
1702 e pesquisas posteriores (rede científica/Relatório Final aberto??); estruturar rede científica
1703 (aberta para adesões posteriores): Rede de estudos e pesquisas sobre a participação social na
1704 16ª CNS; preparar instrumentos de coleta de dados e entrevistas para a etapa nacional;
1705 elaborar edital de seleção de estudantes para atuação voluntária nas atividades da
1706 relatoria/grupo de pesquisa; finalizar Relatório Final (90 dias); e estruturar e disseminar
1707 análises integradas e de acompanhamento das deliberações da 16ª CNS. Disse que o
1708 cronograma seria o seguinte: até a 16ª - Informações sobre o perfil dos participantes e sobre as
1709 atividades realizadas nas etapas municipal, regional e estadual da 16ª CNS e Conferências
1710 Livres; durante a 16ª - Entrevistas com delegados e participantes e registro das atividades que
1711 serão desenvolvidas na etapa nacional da 16ª CNS; até 90 dias após a 16ª - Relatório Final
1712 com a descrição das atividades realizadas durante a 16ª CNS, textos de opinião e
1713 registros/banco de dados que permitam contextualizar a Conferência e sua realização; e até a
1714 17ª - Informes ao Conselho Nacional de Saúde. Análises, artigos e capítulos sobre ideias,
1715 atores, mecanismos e dinâmicas participativas na 16ª CNS e seus desdobramentos nas
1716 políticas de saúde e no SUS. (Produções da Rede Científica). No que diz respeito à
1717 infraestrutura para desenvolvimento do projeto, detalhou: **a**) até a finalização do Relatório Final
1718 (90 dias): apoio à coleta de dados sobre atividades e perfil de participantes das etapas
1719 municipais, estaduais e Conferências Livres; análise da CONEP; apoio da comunicação social
1720 para coleta e acervamento de documentos, vídeos e outras fontes secundárias; apoio para
1721 definição de perfil de especialistas para as entrevistas/narrativas sobre o contexto da 16ª CNS;
1722 chamada e seleção de estudantes para atuarem como auxiliares da Relatoria/pesquisa na
1723 etapa nacional; participação de pesquisadores líderes na etapa nacional, para coordenar o
1724 trabalho dos jovens pesquisadores; e oficina de pesquisadores líderes para a finalização dos
1725 textos do Relatório Final; e **b**) após a finalização do Relatório Final: demandas à rede para
1726 produção de conhecimentos sobre questões de interesse do CNS em relação à participação
1727 social em saúde (diferenças regionais, entre grupos populacionais, implementação das
1728 deliberações ...); apoio à disseminação de conhecimentos produzidos; apoio à realização de
1729 estudos específicos de interesse do CNS; e estímulo à obtenção de fontes locais de
1730 financiamento. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra ao Pleno. Nas breves
1731 manifestações, os conselheiros manifestaram apoio à proposta e foi destacada a importância
1732 de envolver as universidades nesta iniciativa. Sendo assim, a mesa colocou em votação a

1733 proposta. **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o Projeto “Participação social, saúde**
1734 **e democracia: estudos integrados dos percursos de atores e ideias no processo da 16ª**
1735 **Conferência Nacional de Saúde”, apresentado pela Comissão de Relatoria da 16ª CNS e**
1736 **definido que: a) será assegurada devolutiva da pesquisa para estados, municípios e**
1737 **universidades, a fim de contribuir para atuação no território; e b) serão convidadas a**
1738 **aderir à pesquisa as universidades que já tinham manifestado interesse em participar do**
1739 **outro projeto do CNS para a 16ª Conferência que não foi concretizado. Os conselheiros**
1740 **também podem aderir à iniciativa como pesquisadores. 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE**
1741 **SAÚDE INDÍGENA – 6ª CNSI – Iniciando este ponto de pauta, conselheiro Neilton Araújo de**
1742 **Oliveira justificou que estava prevista a participação da nova Secretária da SESAI/MS no**
1743 **debate, mas não conseguira contato com ela. Todavia, a chefe gabinete da SESAI informou**
1744 **que a representante da ASCOM/MS, Marilene Rocha, fora incluída para acompanhar a**
1745 **elaboração do Termo de Referência para que a conferência ocorresse sem nenhum percalço.**
1746 **Conselheiro Rildo Mendes, da Comissão Organizadora da 6ª CNSI, explicou que seria**
1747 **importante a participação da nova Secretária da SESAI na reunião, inclusive para resolver a**
1748 **questão das passagens para os 200 delegados indígenas para a 16ª Conferência. Dito isso,**
1749 **recuperou que o Termo de Referência fora questionado pela Consultoria Jurídica do Ministério**
1750 **da Saúde e, como alternativa, o Ministro de Estado da Saúde sugeriu a realização de novo**
1751 **trâmite para realização da etapa nacional da Conferência em outubro de 2019. Também**
1752 **comunicou que os dois documentos que norteariam a discussão na etapa nacional estavam**
1753 **prontos. Após breves considerações do Pleno de apoio à realização da Conferência, a mesa**
1754 **colocou em votação a proposta de nova data. Deliberação: aprovada, por unanimidade, a**
1755 **proposta da comissão organizadora da 6ª CNSI de adiar a etapa nacional da Conferência**
1756 **e realizá-la até o mês de outubro de 2019. A nova data será pactuada na comissão**
1757 **organizadora da 6ª CNSI. Conselheiro Rildo Mendes aproveitou para agradecer a todos que**
1758 **contribuíram para a garantia da realização da etapa nacional da 16ª Conferência. ITEM 12 –**
1759 **COMISSÕES E ENCAMINHAMENTOS DO PLENO – Câmaras Técnicas. Grupo de**
1760 **Trabalho. Coordenação de Plenária de Conselhos de Saúde. Coordenação: conselheiro**
1761 **André Luiz de Oliveira, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro Moysés Longuinho Toniolo**
1762 **de Souza, da Mesa Diretora do CNS. 1) Informe e encaminhamentos da reunião da Mesa**
1763 **Diretora do CNS – Conselheiro Moysés Longuinho Toniolo de Souza, da Mesa Diretora do**
1764 **CNS, começou pela orientação da Mesa Diretora para participação de conselheiros em**
1765 **atividades externas: aceitar o convite quando for para participação efetiva (mesa de abertura,**
1766 **palestra, entre outros). Além desse informe, apresentou a proposta da Mesa para deliberação:**
1767 **mudar a data da 319ª Reunião Ordinária do CNS para os dias 4 e 5 de julho (ao invés de 11 e**
1768 **12 do mesmo mês); e a convocação de reunião extraordinária para o dia 3 de julho, com a**
1769 **finalidade de concluir o planejamento do CNS (com isso, seria possível garantir a participação**
1770 **de representação do Conselho no Congresso do CONASEMS). Deliberação: o Pleno**
1771 **aprovou, por unanimidade, a mudança de data da 319ª Reunião Ordinária do CNS, que**
1772 **ocorrerá nos dias 4 e 5 de julho (ao invés de 11 e 12 do mesmo mês); e a convocação de**
1773 **reunião extraordinária para o dia 3 de julho, para finalização do planejamento do CNS. 2)**
1774 **Moção de Repúdio. O texto é o seguinte: “Moção de Repúdio nº 000, de 17 de maio de 2019.**
1775 **O texto é o seguinte: “Moção de Repúdio nº 000, de 17 de maio de 2019. O Conselho Nacional**
1776 **de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias**
1777 **16 e 17 de maio de 2019, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas**
1778 **pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;**
1779 **pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho**
1780 **de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988,**
1781 **da legislação brasileira correlata; e considerando que a construção de uma sociedade livre,**
1782 **justa e solidária e a garantia do desenvolvimento nacional constituem objetivos fundamentais**
1783 **da República Federativa do Brasil, conforme incisos I e II do Art. 3º da Constituição Federal de**
1784 **1988; considerando o disposto no Artigo 3º, da Constituição Federal, que define que também**
1785 **são objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: a erradicação da pobreza e a**
1786 **marginalização; a redução das desigualdades sociais e regionais; e a promoção do bem de**
1787 **todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de**
1788 **discriminação; considerando que são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o**
1789 **trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à**
1790 **maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma do Art. 6º da Constituição**
1791 **Federal de 1988; considerando o disposto no Art. 207, da Constituição Federal de 1988, que**
1792 **define que as universidades e as instituições de pesquisa científica e tecnológica, gozam de**

1793 autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e que
1794 obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; considerando
1795 que a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde é competência do
1796 Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto no artigo 200 da Constituição Federal de
1797 1988 e na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; considerando que o CNS, conforme
1798 disposto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é uma instituição de caráter permanente
1799 e deliberativo, e, enquanto órgão colegiado, detém em sua composição representantes do
1800 governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação e
1801 no controle da execução da Política Nacional de Saúde, bem como nas estratégias e na
1802 promoção do processo de controle social, em toda sua amplitude, no âmbito dos setores
1803 público, privado e filantrópico, com observância para os aspectos econômicos e financeiros,
1804 cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legitimamente constituído na
1805 respectiva esfera de governo; considerando que a formação para o SUS deve pautar-se nas
1806 necessidades de saúde das pessoas, no respeito à garantia de direitos e na dignidade humana
1807 e que, para tanto, requer uma formação interprofissional, humanista, técnica, científica e de
1808 ordem prática presencial, permeada pela integração ensino, serviço, comunidade,
1809 experienciando a diversidade de cenários/espços de vivências e práticas; considerando a
1810 importância das universidades públicas brasileiras na formação de profissionais, na pesquisa e
1811 no desenvolvimento tecnológico e nas ações de extensão com efeitos na organização do
1812 sistema produtivo e nas relações sociais democráticas e inclusivas; considerando as medidas
1813 de restrição orçamentária anunciadas recentemente pelo governo federal à educação básica,
1814 com consequências graves na formação da cidadania e na cultura e no desenvolvimento social
1815 e humano do país e que essa restrição é agravada pela vigência da Emenda Constitucional nº
1816 95, que já reduz o financiamento para as áreas sociais; considerando os ataques diretos à
1817 relevância social das universidades públicas e à sua autonomia didática e administrativa
1818 assegurada constitucionalmente, promovidos recentemente inclusive por autoridades federais,
1819 que deveriam estar à serviço das ordens constitucionais e da institucionalidade democrática
1820 prevista no regramento jurídico no país; considerando as manifestações recentes de restrição
1821 do ensino das ciências sociais e humanas nas universidades públicas por autoridades federais,
1822 que atingem duplamente a autonomia das universidades; considerando a defesa intransigente
1823 da autonomia didática e administrativa da universidade, da democratização do acesso e de
1824 medidas de permanência efetiva de pessoas e grupos sociais historicamente excluídos ou
1825 submetidos a restrições seletivas, do fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico que
1826 elas promovem, da universalidade das ideias eticamente embasadas e do exercício
1827 democrático de manifestação de opiniões; e considerando o compromisso deste CNS com o
1828 monitoramento da execução e implementação dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
1829 (ODS), Agenda 2030 da Organização Mundial de Saúde (OMS), especificamente os objetivos 3
1830 e 10, que dizem respeito à necessidade de assegurar uma vida saudável e promover o bem-
1831 estar e a inclusão social, econômica e política de todos. Vem a público: externar repúdio às
1832 medidas de restrição orçamentária anunciadas pelo governo federal às universidades públicas
1833 federais, tendo em vista que as medidas anunciadas desencadeiam graves efeitos na área da
1834 saúde, tanto em termos de formação quanto de viabilidade de funcionamento dos hospitais
1835 universitários e serviços de ensino vinculados às universidades e participantes do Sistema
1836 Único de Saúde (SUS).” Aberta a palavra, foram apresentadas sugestões de acréscimos ao
1837 texto. Acordou-se que o grupo responsável pela elaboração da minuta se reuniria para tentar
1838 chegar a consenso e fazer os ajustes necessários no texto. **3) Recomendação.** O texto é o
1839 seguinte: “Recomendação nº 000, de 17 de maio de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de
1840 Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 16 e
1841 17 de maio de 2019, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela
1842 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela
1843 Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de
1844 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da
1845 legislação brasileira correlata; e considerando que a formulação da “Nova Política de Saúde
1846 Mental” fere o que dispõe a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, em seu
1847 artigo 198, inciso III, que determina que as ações e serviços de saúde devem observar a
1848 diretriz de participação da comunidade; considerando que a “Nova política de Saúde Mental” foi
1849 apresentada à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), não seguindo o processo democrático
1850 de avaliação e deliberação do CNS, desconsiderando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de
1851 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde
1852 (SUS), sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da

1853 saúde e institui legalmente a Conferência de Saúde enquanto instância colegiada a se reunir a
1854 cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação
1855 de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis
1856 correspondentes; considerando que o Ministério da Saúde não atendeu à Recomendação nº
1857 01, de 31 de janeiro de 2018, deste Conselho Nacional de Saúde para a revogação da Portaria
1858 nº 3588, de 21 de dezembro de 2017, alegando, conforme despacho CGMAD/DAPES/SAS/MS,
1859 de 16 de março de 2018, que “sendo a Portaria em questão derivada de pactuação tripartite
1860 (Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS), o Ministério, ainda que concordasse com o
1861 pleito ora em tela, se vê impedido de uma revogação unilateral”, não reconhecendo com isso,
1862 o CNS como instância deliberativa; considerando que o Ministério da Saúde não atendeu à
1863 Recomendação nº 043, de 15 de setembro de 2017, que apontava a impossibilidade da
1864 inclusão das Comunidades Terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
1865 (CNES), visto que as mesmas não atendem aos critérios exigidos pela legislação vigente, sob
1866 risco de incorrer em ilegalidade, fato agravado com a inserção das comunidades terapêuticas
1867 no Ministério da Justiça; considerando a Recomendação nº 03, do Conselho Nacional dos
1868 Direitos Humanos (CNDH), de 14 de março de 2019, que recomenda a suspensão de todas as
1869 normativas da Nova Política Nacional de Saúde Mental incompatíveis com a estabelecida
1870 Política Nacional de Saúde Mental, já que a política em vigor foi elaborada e está em execução
1871 sem a legitimidade necessária; considerando que a Recomendação CNDH nº 03/2019, também
1872 recomenda a suspensão e submissão da Nova Política de Saúde Mental ao debate público e
1873 que o Ministério da Saúde realize audiências públicas, com antecedência e ampla convocação,
1874 garantindo a plena e efetiva participação dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial
1875 (RAPS); considerando os relatórios elaborados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP)
1876 para inspeção nacional em comunidades terapêuticas juntamente com a Procuradoria Federal
1877 dos Direitos do Cidadão (PFDC) do Ministério Público Federal (MPF) e do Mecanismo Nacional
1878 de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), e do Conselho Federal de Serviço Social
1879 (CFESS), que identificaram inúmeras violações aos direitos humanos; considerando que as
1880 alterações na Política de Saúde Mental e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),
1881 implementadas por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.588, de 21 de dezembro de
1882 2017, e da resolução do CONAD nº 01/2018, são danosas ao desenvolvimento histórico de um
1883 modelo de atenção centrado na garantia dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde
1884 (SUS), contrariando o que preconiza a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001; considerando a
1885 petição da Defensoria Pública da União (DPU), que pediu suspensão de todos os decretos que
1886 alteram ilegalmente e ilegitimamente a “Nova Política Nacional de Saúde Mental; considerando
1887 que o financiamento da “Nova Política de Saúde Mental” induz a um maior investimento nos
1888 serviços de alta complexidade, onerando o orçamento em detrimento dos equipamentos da
1889 Atenção Básica; considerando a Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela os recursos
1890 públicos por 20 anos comprometendo as políticas sociais e fragilizando a articulação da política
1891 de saúde mental e as demais; considerando o Art. 21 da Declaração Universal dos Direitos
1892 Humanos, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de
1893 1948, e assinada pelo Brasil na mesma data, que estabelece o direito de toda pessoa de
1894 participar da condução das políticas públicas de seu país; considerando os artigos 12 e 23, §1º,
1895 da Convenção sobre os Direitos da Criança, promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de
1896 novembro de 1990; considerando que o Art. 4 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas
1897 com Deficiência, promulgada no Brasil pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009,
1898 estabelece que, na elaboração e implementação de legislação e políticas para aplicar a
1899 Convenção e em outros processos de tomada de decisão relativos às pessoas com deficiência,
1900 os Estados Partes realizarão consultas estreitas e envolverão ativamente pessoas com
1901 deficiência, inclusive crianças com deficiência, por intermédio de suas organizações
1902 representativas; considerando o Comentário Geral nº 7 do Comitê sobre os Direitos das
1903 Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), publicado em 9 de
1904 novembro de 2018, que aprofundou, detalhou e realizou recomendações aos países membros
1905 quanto à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em especial focando na
1906 garantia e efetividade da participação social tanto na formulação, implementação e fiscalização
1907 quanto na avaliação das políticas públicas pelas pessoas com deficiência e suas organizações
1908 representativas; considerando que o CNS vem acompanhando e se posicionando diante das
1909 resoluções que apresentam uma nova política de saúde mental, desconstruindo o modelo de
1910 atenção preconizado pela lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), pela “Nova política
1911 de saúde mental”; considerando que a Comissão Intersetorial de Saúde Mental do CNS
1912 (CISM/CNS) realizou o Seminário de Saúde Mental, no período de 19 e 20 de novembro de

1913 2018, no qual se posicionou contrária aos retrocessos na Política de Saúde Mental e elaborou
1914 referências para subsidiar as discussões deste tema nas conferências Municipais e Estaduais
1915 com vistas à realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS=8ª+8); considerando
1916 que uma sociedade sem manicômios é uma sociedade democrática, uma sociedade que
1917 reconhece a legitimidade incondicional do outro como fundamento da liberdade para todos e
1918 cada um; considerando que romper com a cultura manicomial e com todas as formas de
1919 opressão social, para construir possibilidades de convívio com as diferenças é essencial em
1920 uma sociedade democrática que preza pelos direitos humanos; considerando que não há mais
1921 espaço em nossa sociedade para se tratar os agravos à saúde mental como impeditivo para o
1922 exercício da cidadania, mas que o esforço de inclusão dessas pessoas, numa perspectiva
1923 territorializada, são condições basilares para o gozo da saúde; e considerando o
1924 posicionamento dos conselhos de profissões regulamentadas, movimentos de usuários/as e
1925 seus familiares e movimentos sociais na defesa da luta antimanicomial. Recomenda: ao
1926 Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP): a suspensão dos efeitos da Resolução
1927 CONAD nº 1, de 9 de março de 2018. Ao Ministério Público Federal (MPF): que atue no sentido
1928 de propor a suspensão da execução de todas as normativas incompatíveis com a
1929 estabelecida na Política Nacional de Saúde Mental. Ao Ministério da Saúde (MS): a revogação
1930 da Portaria GM/MS nº 3588, de 21 de dezembro de 2017.” **Deliberação: a recomendação foi**
1931 **aprovada com duas abstenções, sendo uma com declaração de voto.** Conselheiro **Neilton**
1932 **Araújo de Oliveira** declarou que se absteve da votação, por entender que a recomendação
1933 deveria ser mais ampla, inclusive direcionada aos conselhos estaduais. Também apelou à
1934 Comissão de Saúde Mental que atue considerando a complexidade do tema da saúde mental.
1935 **4) Recomendação nº 000, de 17 de maio de 2019.** O Conselho Nacional de Saúde (CNS), em
1936 sua Trecentésima Décima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 16 e 17 de maio de
1937 2019, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de
1938 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei
1939 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de
1940 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da
1941 legislação brasileira correlata; e considerando que a República Federativa do Brasil constitui-se
1942 em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos a soberania, a cidadania, a
1943 dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo
1944 político, conforme incisos I, II, III, IV e V do Art. 1º da Constituição Federal de 1988;
1945 considerando que a construção de uma sociedade livre, justa e solidária e a garantia do
1946 desenvolvimento nacional constituem objetivos fundamentais da República Federativa do
1947 Brasil, conforme incisos I e II do Art. 3º da Constituição Federal de 1988; considerando que são
1948 direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o
1949 lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência
1950 aos desamparados, na forma do Art. 6º da Constituição Federal de 1988; considerando que a
1951 ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça
1952 sociais, de acordo com o Art. 193 da Constituição Federal de 1988; considerando que a
1953 Presidência da República anunciou na data de 13 de maio de 2019, em uma rede social, que
1954 as normas regulamentadoras de segurança do trabalho (NR) vão passar por uma
1955 “modernização”, na qual a proposta do governo federal é reduzir em até 90% o número de
1956 normas regulamentadoras da segurança e saúde do trabalho; considerando que as normas
1957 regulamentadoras são medidas de prevenção funcionando como orientações a respeito de
1958 procedimentos obrigatórios que devem ser seguidas por todas as empresas para proteger a
1959 saúde e a integridade física dos empregados, e que servem para os empregadores
1960 implantarem procedimentos que visam melhorar a segurança do trabalhador no expediente;
1961 considerando que a criação de uma norma regulamentadora deve atender aos seguintes
1962 requisitos: necessidades da sociedade, inspeção do trabalho que aponte alguma urgência,
1963 compromissos internacionais, como respeito a alguma norma entre países, estatísticas de
1964 acidentes no trabalho e doenças ocupacionais; considerando que, atualmente, há 36 normas
1965 regulamentadoras relacionadas a equipamentos de segurança, rotulagem de produtos,
1966 sinalizações obrigatórias, treinamentos, tipo de armazenamento adequado de materiais, etc.
1967 com a finalidade de evitar acidentes e doenças ocupacionais, preservando sua integridade
1968 física e psicológica; considerando que as normas regulamentadoras eram desenvolvidas pelo
1969 Ministério do Trabalho, com um método que seguia um sistema tripartite com representantes
1970 do governo, trabalhadores e empregadores, tendo as três partes o mesmo poder de decisão;
1971 considerando que mesmo com as NRs, o Brasil, de acordo com dados oficiais do Observatório
1972 Digital de Segurança e Saúde do Trabalho do Ministério Público do Trabalho, chega a

1973 contabilizar um acidente de trabalho a cada 49 segundos e uma morte por acidente em serviço
1974 a cada três horas e 40 minutos; considerando que os dados da Organização Internacional do
1975 Trabalho (OIT) já colocam o Brasil na quarta posição mundial no ranking de países com maior
1976 número de acidentes de trabalho, e que, segundo levantamento da OIT, aproximadamente 4
1977 mil trabalhadores morrem por ano em decorrência desse tipo de acidente no Brasil;
1978 considerando também que, segundo a Associação Nacional dos Procuradores do Trabalho
1979 (ANPT), a Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017 (Reforma Trabalhista), limitou o valor de
1980 indenizações pagas por empresas a famílias de trabalhadores mortos em até 50 salários,
1981 induzindo a uma possibilidade concreta de redução no investimento em segurança do trabalho
1982 por parte dos empregadores; considerando o compromisso deste CNS com o monitoramento
1983 da execução e implementação dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), Agenda
1984 2030 da Organização Mundial de Saúde (OMS), especificamente os objetivos 3 e 10, que
1985 dizem respeito à necessidade de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar e a
1986 inclusão social, econômica e política de todos; e considerando, por fim, que os debates havidos
1987 no Pleno do CNS, durante a 317ª Reunião Ordinária, no dia 16 de maio de 2019, no item 6 -
1988 “Os impactos dos acidentes de trabalho no Brasil”, foram um importante passo dado, que exige
1989 novos desdobramentos e articulações em torno da temática. Recomenda: ao Ministério da
1990 Economia e ao Ministério Público do Trabalho: Que os trâmites deliberativos da atualização
1991 acima mencionada não sejam sequer iniciados sem que se obedeça ao processo democrático
1992 e paritário fundamental para adequada evolução das normas regulamentadoras, com a
1993 necessária realização de debates e de Audiências Públicas sobre a temática em questão, com
1994 amplo debate entre os setores da sociedade civil relacionados (governo, trabalhadores e
1995 empregadores), incluindo os órgãos técnicos do Ministério da Saúde e participação direta do
1996 Ministério Público do Trabalho, tendo em vista que somente com a participação direta dos
1997 envolvidos, será possível solucionar as graves consequências dessas medidas prejudiciais
1998 para a classe trabalhadora do país.” **Deliberação: a recomendação foi aprovada por**
1999 **unanimidade. 5)** Recomendação elaborada pela Comissão intersectorial de Saúde da Mulher –
2000 CISMU/CNS, motivada por despacho do Departamento de Ações Programáticas. O texto é o
2001 seguinte: “Recomendação nº 000, de 16 de maio de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de
2002 Saúde (CNS), na sua Trecentésima Décima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 16 e
2003 17 de maio de 2019, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
2004 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº
2005 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as
2006 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira
2007 correlata; e considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre o
2008 Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece a saúde como um direito fundamental do ser
2009 humano, apresenta como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, o trabalho, a
2010 renda, a educação e o acesso aos bens e serviços essenciais, e que é dever do Estado prover
2011 as condições indispensáveis ao seu pleno exercício sob as diretrizes: universalidade de acesso
2012 aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade e igualdade da
2013 assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; considerando os
2014 dados do Ministério da Saúde que revelam o alto índice de cesarianas (55,4% em 2016),
2015 muitas delas fora de contexto, configurando violência obstétrica; considerando que a realização
2016 de cesarianas desnecessárias expõe a mulher a três vezes mais o risco de morte por parto;
2017 considerando dados do Ministério da Saúde, segundo os quais muitas mulheres ainda são
2018 submetidas ao procedimento irrestrito denominado “Manobra de Kristelle” (36%) e do uso do
2019 soro de ocitocina (Ocitocina 1º e 2º estágios – 36,5%) para acelerar o trabalho de parto, em
2020 desacordo com as Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento, estabelecidas desde
2021 1996 pela Organização Mundial de Saúde (OMS); considerando que os direitos reprodutivos se
2022 desenvolveram no âmbito dos direitos humanos a partir da perspectiva dos direitos individuais;
2023 considerando a realidade da violência de gênero contra as mulheres na atenção obstétrica;
2024 considerando o aumento da mortalidade materna de 2015 para 2016; considerando o direito da
2025 mulher de passar pelo período de gestação, parto e pós parto de forma segura e digna;
2026 considerando que a OMS reconhece a violência verbal e física no parto, expressa no
2027 documento “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto”;
2028 considerando que só no estado do Amazonas são quase 90 representações sobre situação de
2029 violência obstétrica que compõem o Inquérito Civil nº 1.13.000.000721-14, que segue em curso
2030 no Ministério Público Federal no Amazonas com relatos de óbito fetal, óbitos infantis, morte
2031 materna, mutilações, sequelas maternas e infantis graves, físicas e psicológicas; considerando
2032 o Inquérito Civil nº 1.13.001.007752/2013-81, que tramita perante a Procuradoria da República

2033 em São Paulo - Ministério Público Federal (MPF) sobre denúncias apresentadas por vítimas
2034 de violência obstétrica na rede pública e privada; considerando a manifestação do Ministério da
2035 Saúde quanto ao termo “Violência Obstétrica” no processo nº 2500.063808/2019-47, por meio
2036 da Coordenação de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção Básica, que
2037 proferiu despacho, em 03 de maio de 2019, concluindo pela “impropriedade da expressão
2038 violência obstétrica no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de
2039 saúde como os de outras áreas, não tem a intencionalidade de causar danos”; e considerando
2040 que o referido processo conclui que “a “violência obstétrica” não agrega valor e, portanto,
2041 estratégias têm sido fortalecidas com foco na ética e na produção de cuidados na saúde
2042 qualificada. Ratifica-se, assim, o compromisso das normativas deste Ministério pautarem-se
2043 nessa orientação”. **Recomenda:** ao Ministério da Saúde que: 1) Interrompa qualquer processo
2044 de exclusão da expressão “violência obstétrica” tendo em vista o seu reconhecimento nacional
2045 e internacional e a sua utilização pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo governo de
2046 vários países e pela sociedade brasileira; e 2) Que possa trabalhar com maior intensidade e
2047 firmeza no combate a tais práticas e maus tratos nas maternidades, conforme recomenda a
2048 OMS.” Aberta a palavra ao Pleno, foram apresentadas as seguintes sugestões ao texto: incluir
2049 “recorte racial e regional” (Nordeste) e citar o Projeto *Apice on*. **Deliberação: a recomendação
2050 foi aprovada com acréscimos e duas abstenções. 6) Mesa sobre o desmonte da educação
2051 e o contingenciamento de recursos orçamentários/financeiros imposto pelo Decreto nº. 9.741,
2052 de 29 de março de 2019. Apresentação: Gabriel Magno, CNTE e SINPRO/DF; conselheira
2053 Manuelle Maria Marques Matias, ANPG; e conselheira Nara Monte Arruda, coordenadora
2054 adjunta da CIRHRT/CNS. Coordenação: conselheira Vanja Andréa Reis dos Santos, da Mesa
2055 Diretora do CNS. O representante da CNTE e do SINPRO/DF, Gabriel Magno, fez uma fala
2056 sobre as repercussões positivas da manifestação nacional em protesto contra o corte de 30%
2057 no orçamento de Universidades Públicas, anunciado pelo ministro da Educação Abraham
2058 Weintraub e contra a reforma da previdência. Salientou que esse corte não será apenas de
2059 30% e nem apenas no orçamento das universidades, pois irá abarcar o financiamento da
2060 educação básica. Salientou que é preciso enfrentar as medidas de demonstração adotadas pelo
2061 governo e defender as políticas de educação e saúde. Conselheira Manuelle Maria Marques
2062 Matias denunciou que este corte impossibilitará a manutenção de professores, técnicos,
2063 pesquisadores nas universidades, prejudicando, inclusive, pesquisas que são feitas, em grande
2064 parte, nas universidades públicas. Além disso, manifestou preocupação com o corte nas bolsas
2065 da CAPES, explicando que não se tratar de bolsas ociosas, conforme afirmação do governo
2066 (houve tímido recuo com desbloqueio de algumas bolsas). Disse ainda que os cortes no
2067 orçamento das universidades teriam repercussão negativa na formação de profissionais de
2068 saúde e na incorporação de tecnologias para o SUS. Conselheira Nara Monte Arruda,
2069 coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS, destacou que é preciso formar grande frente para
2070 enfrentar os diversos ataques sofridos e conclamou a todos para participar da mobilização
2071 marcada para o dia 30 de maio em favor da educação. Após breves considerações e devido ao
2072 adiantado da hora, a mesa passou à apreciação das minutas de moção de repúdio e de
2073 recomendação. Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira sugeriu contemplar o teor da moção
2074 de repúdio e da recomendação em um único documento e conselheiro Moysés Longuinho
2075 Toniolo de Souza apoiou a proposta. Conselheira Shirley Marshal Diaz Morales, como
2076 contraproposta, defendeu a aprovação dos dois documentos separadamente e sugeriu que o
2077 Pleno do CNS recomendasse também às entidades e aos Conselhos Estaduais e Municipais
2078 de Saúde que pautem em suas plenárias o “desmonte” da educação, a militarização das
2079 escolas, a afronta à Constituição e à Democracia, ao Estado Democrático de Direito, etc. Não
2080 havendo consenso, a mesa colocou em votação as duas propostas: **1) manter e votar
2081 separadamente a minuta de moção de repúdio e a recomendação; ou 2) elaborar documento
2082 único com o teor da minuta de moção de repúdio e da recomendação. A primeira proposta foi
2083 aprovada por maioria dos votos.** Com essa definição, a mesa colocou em votação a minuta
2084 de moção de repúdio, com as sugestões de acréscimo ao texto: Institutos Federais e Colégio
2085 Pedro II; bolsas CAPES; perseguição a estudantes; e desmonte da educação como um todo.
2086 **Deliberação: aprovada, com abstenções e os acréscimos feitos durante o debate, a
2087 moção de repúdio às medidas de restrição orçamentária anunciadas pelo governo
2088 federal às universidades públicas federais, pois desencadeiam graves efeitos na área da
2089 saúde, tanto em termos de formação quanto de viabilidade de funcionamento dos
2090 hospitais universitários e serviços de ensino vinculados às universidades e
2091 participantes do SUS.** Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira declarou que se absteve da
2092 votação porque a moção não agrega ação para modificar a situação posta. Disse não ser**

2093 contra o mérito da minuta, mas desejava debatê-lo em outro momento. Em seguida, a mesa
2094 colocou em votação a minuta de recomendação: à Presidência da República: a) que suspenda
2095 o bloqueio orçamentário anunciado pelo governo federal às universidades públicas federais e
2096 Institutos Federais, tendo em vista que as medidas anunciadas desencadeiam graves efeitos
2097 na área da saúde, tanto em termos de formação quanto de viabilidade de funcionamento dos
2098 hospitais universitários e serviços de ensino vinculados às universidades e participantes do
2099 SUS; e b) que revogue o Decreto nº 9.794, de 14 de maio de 2019, tendo em vista que ao
2100 limitar a competência dos reitores das Universidades Federais na nomeação dos Pró-reitores
2101 de suas respectivas Instituições de Ensino Superior (IES), compromete a autonomia
2102 universitária e a gestão democrática das IES; ao Ministério Público Federal (MPF) que: envie
2103 esforços para a suspensão do bloqueio do orçamento das Universidades e Institutos Federais
2104 de Ensino e atue na proposição de revogação do Decreto nº 9.794, de 14 de maio de 2019.
2105 **Deliberação: a recomendação foi aprovada, com inclusão de item recomendando às**
2106 **entidades e aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para que pautem em suas**
2107 **plenárias o “desmonte” da educação, a militarização das escolas, a afronta à**
2108 **Constituição e à democracia, ao Estado Democrático de Direito, entre outros temas**
2109 **relacionados. ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheira **Vanja Andréa**
2110 **Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou os trabalhos da 317ª Reunião Ordinária
2111 do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras na tarde do segundo
2112 dia de reunião: *Titulares* - **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil –
2113 CNBB; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais
2114 Agricultores e Agricultoras Familiares – CONTAG; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de
2115 Serviço Social – CFESS; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**, Conselho Federal de Enfermagem –
2116 COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **José**
2117 **Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de
2118 Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino Superior
2119 Pública do Brasil – FASUBRA; **Laís Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino
2120 em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos Santos**, Federação Brasileira das Associações de
2121 Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
2122 Trabalhadores – NCST; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Neilton**
2123 **Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira
2124 da Rede Unida – REDEUNIDA; e **Valdenir Andrade França**, Coordenação das Organizações
2125 Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB. *Suplentes* - **Abrahão Nunes da Silva**, Central de
2126 Movimentos Populares – CMP; **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de
2127 Medicina Veterinária – CFMV; **Braz Vieira**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
2128 Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Giancarlo de Montemor Quagliarello**, Conselho
2129 Federal de Odontologia – CFO; **Giovanna de Saboia Bastos**, Sociedade Brasileira de
2130 Fonoaudiologia – SBFa; **Joana Indjaian Cruz**, Associação de Controle do Tabagismo
2131 Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos – ACT; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical –
2132 FS; **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; **Renato de**
2133 **Jesus Padilha**, Federação Nacional das Associações de Pacientes Renais do Brasil –
2134 FENAPAR; **Vitória Bernardes Ferreira**, Associação Amigos Múltiplos pela Esclerose – AME; e
2135 **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia - CFF.