



1
2
3
4
5
6

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1013 Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 7.612/2011) -
1014 incorporada à legislação brasileira, institui um novo cenário e compromisso aos direitos civis,
1015 políticos, econômicos, sociais e culturais dos/as brasileiros/as com deficiência (CDPD, 2010); o
1016 Decreto nº 6.949 de 2009, que promulga a Convenção Internacional da Pessoa com
1017 Deficiência e seu Protocolo Facultativo, com o intuito de promover, proteger e assegurar o
1018 exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e fundamentais por todas as pessoas
1019 com deficiência e promover o respeito pela dignidade inerente; e a Lei Brasileira de Inclusão
1020 (Lei nº 13.146/2015) - destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o
1021 exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua
1022 inclusão social e cidadania. Seguindo, falou sobre a 4ª Conferência Nacional dos Direitos da
1023 Pessoa com Deficiência, realizada de 24 a 27 de abril de 2016, em Brasília, que reuniu 841
1024 delegados e delegadas de todos os Estados Brasileiros e do Distrito Federal. Explicou que as
1025 discussões se estruturaram em torno de três eixos, sendo eles: **Eixo I** – Gênero, raça e etnia,
1026 diversidade sexual e geracional: fortalecer e ampliar políticas públicas para a saúde da mulher
1027 com deficiência, na perspectiva de garantir o planejamento familiar, os direitos sexuais
1028 reprodutivos, bem como a assistência integral e multidisciplinar à mulher e gestante com
1029 deficiência; criar redes, estratégias, instrumentos de registro, diagnóstico e elaboração de
1030 indicadores, com definição de fluxos de encaminhamento, para o enfrentamento à violência
1031 contra as pessoas com deficiência, respeitando a igualdade de direitos, independente de raça e
1032 etnia, identidade de gênero, diversidade sexual e geracional; assegurar assistência integral às
1033 pessoas com deficiência vítimas de violência, incluindo violência sexual, com atendimento
1034 especializado e multiprofissional, prioritário para mulheres e meninas com deficiência;
1035 promover, no âmbito da saúde, campanhas voltadas às pessoas com deficiência sobre
1036 sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, direito ao exercício da
1037 sexualidade, direito à constituição de família, ao pleno gozo dos direitos sexuais e reprodutivos,
1038 incluindo os direitos à gestação e à adoção; desenvolver ações e campanhas acessíveis de
1039 atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desburocratizando os serviços e
1040 adequando os instrumentos e mobiliários para o atendimento ao câncer de mama, colo de
1041 útero e próstata, observando a transversalidade; e garantir e promover a acessibilidade nos
1042 serviços de saúde público e privado, da atenção básica à alta complexidade, bem como o
1043 acolhimento e atendimento humanizado de todas as pessoas com deficiência, respeitando o
1044 recorte de gênero, raça, etnia, diversidade sexual e geracional, através de equipes de saúde
1045 capacitadas e com equipamentos adequados e adaptados; **Eixo II** – Órgãos gestores e
1046 instâncias de participação social: garantir, através das políticas públicas nas três esferas,
1047 serviços de assistência especializada na saúde e demais setores, na perspectiva da
1048 integralidade, incluindo serviços de intervenção precoce e reabilitação das pessoas com
1049 deficiência; regulamentar e normatizar equipe multiprofissional composta (assistente social,
1050 fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, pedagogo, psicopedagogo, psicólogos,
1051 educador físico, interprete de Libras, códigos especiais e audiodescritores, cuidadores entre
1052 outros), de forma a garantir atendimento humanizado e prioritário e de qualidade; assegurar a
1053 ampliação, reestruturação e financiamento a rede de Centros Especializados em Reabilitação –
1054 CER, garantindo o atendimento às pessoas com deficiências em diferentes processos de
1055 reabilitação, abordando saúde, educação e capacitação continuada, nas três esferas,
1056 assegurando o atendimento prioritário e de qualidade para a promoção da saúde, prevenção e
1057 intervenção, com acessibilidade e a presença de intérprete e guia intérprete; fortalecer a
1058 intersetorialidade e a transversalidade das políticas públicas de Educação, Saúde, Previdência
1059 e Assistência Social, entre outros setores, em todos os níveis de governo e entre todos os
1060 poderes, de forma a promover a publicidade de informações, o fortalecimento da rede de
1061 proteção, a conscientização e a efetivação dos direitos da pessoa com deficiência, incluindo o
1062 Transtorno do Espectro Autista – TEA; ampliar a oferta de procedimentos oferecidos pelo SUS,
1063 assegurando obrigatoriamente a inclusão de novos métodos e recursos fisioterapêuticos como
1064 a Equoterapia e o Therasuith, assim como de novos procedimentos para tratamento do sistema
1065 vesical, da bexiga e do intestino neurogênico, com aplicação de toxina botulínica nos casos
1066 necessários, para fins de habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência; e **Eixo III** – A
1067 interação entre os poderes e os entes federados: Diretriz 1: criação de comissão de políticas
1068 públicas para a saúde da mulher com deficiência, numa perspectiva de discutir o planejamento
1069 familiar, com ênfase a sexualidade; Adaptar e tornar acessível os equipamentos e serviços
1070 para promoção humanizada da saúde das mulheres com deficiência, como, por exemplo,
1071 mamógrafos e camas ginecológicas; criar e divulgar campanhas de prevenção de câncer de
1072 colo de útero, saúde bucal, câncer de próstata, prevenção de DST/AIDS, direcionadas às

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

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

1193 Organização Mundial de Saúde: mulheres que sofreram violência sexual são 2,3 vezes mais
1194 propensas a desenvolver distúrbios relacionados ao álcool e 2,6 vezes a sofrer de depressão
1195 ou ansiedade. Além disso, salientou que a violência contra as mulheres pode levar a falta de
1196 controle sobre a fertilidade (aborto e violência obstétrica) e autonomia pessoal (vulnerabilização
1197 a ISTs/AIDS). Também salientou que dados da Rede Sarah, 2017, demonstram que os
1198 homens são 7x mais vítimas de arma de fogo em comparação às mulheres, mas “Os dados
1199 obtidos parecem corroborar a conhecida vitimização da mulher frente à violência conjugal”.
1200 Falou sobre as consequências de ser mulher com deficiência, destacando os seguintes
1201 aspectos: impedimentos à percepção e à reação diante do abuso (convívio e descrédito social);
1202 isolamento social (por isso permanecem invisíveis) – dependência financeira x dependência de
1203 educadoras/es, cuidadoras/es e prestadoras/es de serviços; (ideia) impossibilidade de defesa
1204 física; participação social diminuída (acentuado as McD, limitadas a sua condição de
1205 deficiência, negligenciando ou deixando à margem seus outros sujeitos políticos); e
1206 acolhimento do discurso meritocrático em busca da aceitação e diferenciação (as minorias
1207 devem se curvar à maioria. Quem quer ser identificada como minoria?). Lembrou que o
1208 machismo é decorrente de uma estrutura patriarcal (poder centralizado no homem), que
1209 pressupõe superioridade sobre as mulheres; e, do outro lado, o capacitismo é a estrutura que
1210 impede de estar no centro das decisões, ocupar espaços de poder ou ao menos nos sentir
1211 representados nesses espaços. O capacitismo está para as pessoas com deficiência como o
1212 racismo está para as pessoas negras e o machismo está para mulheres e se disfarça da
1213 premissa da incapacidade e improdutividade das pessoas com deficiência. Detalhou também
1214 aspectos dos processos de adoecimento: o desespero da cura (normatização) - MMS,
1215 religiosos, profissionais; capacitismo travestido de cuidado (principalmente mulher com
1216 deficiência); Stella Young - inspiração pornô – “objetificam” pessoas com deficiência em
1217 benefício das pessoas sem deficiência”; corpo estranho aos espaços; bullying; e xingamentos.
1218 Ainda sobre os processos de adoecimento, na saúde, destacou a baixa cobertura dos
1219 procedimentos realizados no socorro às mulheres com deficiência estupradas: profilaxia de IST
1220 (39,6%), HIV (27,6%); coleta de sangue (45 %), coleta de sêmen (6,8%); coleta de secreção
1221 vaginal (15,5%); contracepção de emergência (26%); e aborto previsto em lei (1,5%); negação
1222 da integralidade: “Já tem tanto problema, para que mais um?” – criança com deficiência x mãe
1223 com deficiência; e reducionismo biológico da deficiência como forma de descarte (controle de
1224 corpos que produzem vida - impedimento da gestação como garantia de trabalhadores
1225 “saudáveis”. Esterilização compulsória). No campo do trabalho, citou os seguintes dados:
1226 23,9% da população brasileira é de pessoas com deficiência: 13,53% mulheres e 10,37%
1227 homens; 0,96% dos empregos formais eram ocupadas por pessoas com deficiência: 0,61%
1228 para homens com deficiência e apenas 0,35% para mulheres com deficiência; negação ao
1229 mundo de trabalho: prostituição também é uma resposta (fetichização – mulheres com
1230 deficiência são contempladas por políticas de prevenção de ISTs e HIV/AIDS?); e
1231 neoliberalismo e a necropolítica – os corpos que não são rentáveis para o capitalismo
1232 neoliberal, que não produzem nem consomem, são deixados para morrer. Poucos são
1233 utilizados para alertar que “se até um deficiente trabalha”... “Não reclame!”. No contexto
1234 político, pontuou os seguintes aspectos: retorno do Brasil ao mapa da fome: aumento de
1235 pessoas com comprometimento no desenvolvimento; EC 95 e ameaça ao SUS: Impedimento
1236 ao acesso a saúde, tratamentos adequados e equidade às mulheres com deficiência;
1237 descontrole de armas: tentativas de revogação do Estatuto do Desarmamento e decretos que
1238 facilitam o acesso a armas; ameaças às políticas de enfrentamento à violência (mulher, LGBT,
1239 negros); ameaça à escola como um local de diversidade e garantia de direitos: Escola sem
1240 partido, ameaça na Política Nacional de Educação Especial, cortes em orçamento (pesquisa
1241 em vacinas), ensino domiciliar; liberação de agrotóxicos: quais serão os impactos? Má-
1242 formação, saúde mental e tentativas de feminicídio; e Lei de terceirização: 65% dos
1243 trabalhadores com deficiência possui vínculo empregatício com empresas com mais de 1.000
1244 empregados. Além disso, destacou que a precariedade dos vínculos pode resultar em mais
1245 pessoas com deficiência; extinção do Ministério do Trabalho: fiscalização da Lei de Cotas (93%
1246 das pessoas com deficiência foram contratadas por empresas obrigadas a cumprir cota) e das
1247 condições de segurança e saúde dos trabalhadores; e reforma trabalhista: ao aumentar
1248 demissões por acordo, fora dos sindicatos, precarizou-se ainda mais direitos. Além do trabalho
1249 intermitente, que diminui o número de colaboradores e impacta na lei de cotas, destacou maior
1250 dificuldade de acesso ao Benefício de Prestação Continuada – BPC ao invés da criação de
1251 mecanismos que resguardem beneficiárias do BPC com deficiência da violência ou abuso
1252 patrimonial (familiares e/ou instituições). Para ilustrar, relatou caso real de violência contra

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

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

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

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

1493 transformação de Cofins e PIS em “imposto”, acabando com a vinculação constitucional à
1494 Seguridade Social; Desvinculação de Receitas da União; renúncias fiscais; e crise fabricada
1495 pela política monetária do Banco Central. Salientou que a transferência de atribuições para
1496 Estados e Municípios não foi acompanhada da devida transferência de recursos. A maior parte
1497 da arrecadação tributária é concentrada na União. Em regra, 68% da arrecadação fica na
1498 esfera federal. Também falou sobre o impacto das renúncias fiscais para a seguridade social,
1499 salientando que a soma de 2010 até hoje é de meio trilhão de reais e não se sabe quem se
1500 beneficiou. Seguindo, discorreu sobre o impacto da “crise fabricada” para a seguridade social,
1501 apontando, entre outros, a queda do PIB a partir de 2015, aumento do desemprego, de
1502 doenças. Também afirmou que a “crise” tem servido de justificativa para a EC n°. 95, Reforma
1503 Trabalhista, Reforma da Previdência, Privatizações, independência do Banco Central, esquema
1504 de “Securitização de Créditos Públicos”, entre outras iniciativas. Todavia, não houve no país
1505 nenhum dos fatores que produzem crise (quebra de bancos, adoecimento da população,
1506 pestes, quebra de safra, guerra). Assim, perguntou o que explica a falência de inúmeras
1507 empresas de todos os ramos, o desemprego recorde, a queda de 7% do PIB em apenas dois
1508 anos. No seu ponto de vista, deveria estar em debate no país uma reforma para aumentar o
1509 valor dos benefícios e ampliar o alcance da Seguridade Social, pois há muito dinheiro para
1510 isso. Destacou, por exemplo, que em dezembro de 2018, havia R\$ 1,27 trilhão no caixa do
1511 Tesouro Nacional; R\$ 1,13 trilhão no caixa do Banco Central, e US\$ 375 bilhões (R\$ 1,453
1512 trilhão) em Reservas Internacionais. Lembrou, inclusive, que o Brasil é a 9ª maior economia do
1513 mundo, possui imensas riquezas e potencialidades e quase R\$ 4 trilhões líquidos. Apesar
1514 disso, a dívida interna aumentou de R\$ 86 bilhões para quase R\$ 4 trilhões no mesmo período.
1515 Salientou ser evidente que não foram os investimentos e gastos sociais que levaram à
1516 “explosão” da chamada Dívida Pública, pois se produziu imenso Superávit Primário. Nas suas
1517 palavras, a Dívida Pública tem sido gerada por mecanismos de política monetária do Banco
1518 Central, responsáveis por déficit nominal brutal e pela fabricação da “crise”. Destacou que até
1519 2015 o país produziu R\$ 1 trilhão de Superávit Primário e sobrou mais de R\$ 1 trilhão na
1520 Seguridade Social. De repente, essa situação se inverteu: desde 2005, o PIB vinha crescendo
1521 quase 4%, em média, mas estacionou em 2014, caiu mais de 7% em 2015 -2016 e segue
1522 estagnado. Salientou que o déficit está no Banco Central, ou seja, o custo da política monetária
1523 provocou a crise atual. Recordou a situação de 2015: juros elevadíssimos (14,25%);
1524 remuneração da sobra de caixa de R\$ 1 trilhão dos bancos; prejuízos com Swap Cambial e
1525 outros prejuízos do Banco Central; e emissão excessiva de títulos da dívida interna. Ressaltou
1526 que a Dívida Interna cresceu R\$ 732 bilhões em 11 meses de 2015 e o Investimento Federal
1527 em 2015 foi R\$ 9,6 bilhões. Nessa linha, afirmou que o Banco Central está “suicidando” o Brasil
1528 (<https://bit.ly/2EQSXWf>). Ressaltou que o déficit nominal é provocado pelas despesas com
1529 juros e não por suposto excesso de gastos sociais. Além disso, afirmou que os Bancos lucram
1530 com os mecanismos que alimentam o Sistema da Dívida e produzem a crise (em 2015, lucro
1531 de R\$ 96 bilhões + Provisão de R\$ 187 bilhões). Falou ainda da remuneração da sobra de
1532 caixa dos bancos, destacando o scandaloso mecanismo que ao mesmo tempo: gerou Dívida
1533 Pública: R\$ 1,2 Trilhão da Dívida Interna utilizados para remunerar a sobra de caixa dos
1534 bancos <https://bit.ly/2ZepGfY>; gerou rombo de R\$ 754 Bilhões em 10 anos (sem atualização)
1535 conforme balanços do Banco Central; produz escassez de moeda na economia: volume de
1536 moeda equivalente a quase 20% do PIB fica esterilizada no BC; provoca elevação brutal dos
1537 juros de mercado: moeda que deveria irrigar a economia fica escassa, pois bancos preferem a
1538 garantia de remuneração diária paga pelo Banco Central; desculpa de controlar inflação foi
1539 desmascarada em 2017 - IGP negativo em 2017 e o volume das Operações Compromissadas
1540 atingiu recorde de R\$ 1,23 trilhão <https://goo.gl/dvHYmr>; e ilegalidade: BC enviou PL
1541 9.248/2017 para “legalizar” os Depósitos Voluntários *Remunerados* pelo Banco Central
1542 <https://bit.ly/2F6Q8lJ> o que já vem sendo feito com o abuso das Op. Compromissadas.
1543 <https://goo.gl/qU6X7E> e <https://goo.gl/VWZgVa>. Afirmou que o rombo das contas públicas está
1544 no Sistema da Dívida e não nas Despesas Primárias. www.auditoriacidada.org.br. (Explicação:
1545 porque somamos Juros e Amortizações. <https://bit.ly/2Fp0x9C>). Disse ainda que o grande
1546 capital já não quer “apenas” os juros da dívida, mas se apodera diretamente da arrecadação.
1547 Além disso, destacou que novo esquema fraudulento da chamada “Securitização de Créditos
1548 Públicos” revela ainda mais o desvio de recursos para bancos privilegiados - PLP 459/2017
1549 (PLS 204/2016 no Senado - diversos materiais em <https://bit.ly/2WAKhJq>). Explicou como se
1550 dá a “Securitização de Créditos”: esquema fraudulento – os créditos pagos por à rede bancária
1551 são desviados no caminho e não chegam aos cofres públicos, por meio de conta vinculada
1552 (este esquema fere, inclusive, a Lei de Responsabilidade Fiscal). **Sobre as consequências da**

1553 **crise fabricada, disse que afetou** fortemente todos os entes federados e os Estados estão
1554 sendo empurrados para o esquema fraudulento da “Securitização de Créditos Públicos” (Plano
1555 de Equilíbrio Fiscal). A esse respeito, disse que o Governo Federal deveria estar socorrendo
1556 Estados, pois dispõe de cerca de R\$ 4 trilhões entesourados na esfera federal. Além disso,
1557 destacou que Estados já pagaram mais de 3 vezes o valor de suas dívidas refinanciadas pela
1558 União no final da década de 90 e ainda devem cerca de 5 vezes o valor refinanciado. Disse
1559 que há diversos questionamentos: perda de patrimônio; dívidas infladas indevidamente por
1560 passivos de bancos (PROES); condições financeiras onerosíssimas (atualização mensal
1561 cumulativa pelo maior índice existente IDP-DI + juros reais de 6 a 7,5%). Disse que Estados
1562 são credores de R\$ 270 bilhões perante a União de créditos da Lei Kandir, mas o governo
1563 federal afirma não ter como pagar. Destacou as evidências reveladas pela Auditoria Cidadã em
1564 relação ao “Sistema da dívida”: utilização do endividamento como mecanismo de subtração de
1565 recursos e não para o financiamento dos Estados; reproduz-se internacional e internamente,
1566 em âmbito dos estados e municípios: crise em diversos entes federados brasileiros; dívidas
1567 sem contrapartida; sistema financeiro é o maior beneficiário. Disse que esse Sistema da dívida
1568 exige continuamente: ajuste fiscal (contingenciamento e corte de despesas primárias para que
1569 mais recursos se destinem às despesas financeiras com a dívida; de 1995 a 2014 foi
1570 produzido R\$ 1 trilhão de Superávit Primário e, apesar disso, a dívida interna aumentou de
1571 R\$ 89 bilhões para quase R\$ 4 trilhões no mesmo período; e EC 95 transformou o ajuste fiscal
1572 em regra constitucional); privatizações; “contrarreformas” (Previdência, Trabalhista, Tributária);
1573 política monetária suicida; esquemas que geram dívida: “securitização de créditos”; e benesses
1574 tributárias. Ou seja, quanto mais se paga, mais se deve, pois, apesar das “amortizações”
1575 gigantes, a dívida cresce, uma vez que grande parte dos juros é contabilizada como
1576 “amortizações” <https://bit.ly/2En3VSE>. afirmou que a dívida pública tem sido gerada por
1577 mecanismos financeiros: transformações de dívidas do setor privado em dívida pública;
1578 elevadíssimas taxas de juros: praticadas sem justificativa técnica, jurídica, econômica ou
1579 política; a ilegal prática do anatocismo: incidência contínua de juros sobre juros; a irregular
1580 contabilização de juros como se fosse amortização da dívida, burlando-se o artigo 167, III, da
1581 Constituição Federal; as escandalosas operações de *swap* cambial realizadas pelo Banco
1582 Central em moeda nacional, garantindo o risco de variação do dólar de forma sigilosa;
1583 remuneração da sobra do caixa dos bancos por meio das sigilosas “operações
1584 compromissadas” que alcançaram R\$1,23 trilhão em 2017; emissão excessiva de títulos para
1585 formar “colchão de liquidez”; prejuízos do Banco Central; e “Securitização de Créditos Públicos”
1586 gera dívida ilegal que é paga por fora do orçamento, mediante desvio de arrecadação que
1587 sequer alcançará os cofres públicos <https://bit.ly/2WAKhJq>. Acrescentou ainda que o rombo
1588 das contas públicas está nos gastos financeiros com a chamada dívida pública. Detalhou como
1589 se dá a conjuntura de crise fabricada pela política monetária do Banco Central: Taxas de Juros
1590 mais elevadas do mundo, restrição da base monetária para remunerar a sobra de caixa dos
1591 bancos, abusando-se das Operações Compromissadas, *Swap* Cambial (ilegal, conforme TC-
1592 012.015/2003-0), prejuízos do Banco Central de centenas de bilhões de reais e colchão de
1593 liquidez exagerado (R\$1,2 trilhão na Conta Única do Tesouro): emissão excessiva de títulos e
1594 explosão da Dívida. Nessa lógica, a crise tem justificado medidas restritivas: EC 95 (PEC do
1595 Teto), EC 93, Lei Complementar 159/2017; Reformas Trabalhista e da Previdência;
1596 Privatizações; Esquema Fraudulento: “Securitização de Créditos Públicos”; e autonomia do
1597 Banco Central. Destacou que Paulo Guedes, na Exposição de Motivos sobre a PEC 6/2019,
1598 afirma que: “(...) *nosso nó fiscal é razão primeira para a limitação de nosso crescimento
1599 econômico sustentável. E esse nó fiscal tem uma raiz: a despesa previdenciária. Enquanto nos
1600 recusarmos a enfrentar o desafio previdenciário, a dívida pública subirá implacavelmente e
1601 asfixiará a economia.*” Seguindo essa linha, disse que não é a previdência que tem feito a
1602 dívida crescer, mas sim a política monetária do BC que tem explodido a dívida. Salientou que é
1603 preciso reduzir a desigualdade social no Brasil e não aprofundá-la ainda mais: 9ª economia
1604 mundial, pior distribuição de renda do mundo [http://iepecdg.com.br/uploads/artigos/SSRN-
1605 id2479685.pdf](http://iepecdg.com.br/uploads/artigos/SSRN-id2479685.pdf); 79º no ranking de respeito aos Direitos Humanos – IDH – empatado com a Ilha
1606 Granada (área territorial de 344 km², população estimada em 110 mil habitantes, produz noz-
1607 moscada); e penúltimo no ranking da Educação entre 40 países (Índice Global de Habilidades
1608 Cognitivas e Realizações Educacionais). Ressaltou que o Brasil possui realidade de
1609 abundância e cenário de escassez. Nesse cenário, pontuou que a PEC 6/2019 irá aumentar a
1610 desigualdade social no Brasil. Lembrou que o país é a 9ª Maior Economia Mundial, com
1611 imensas potencialidades - abundância: maior reserva de Nióbio do mundo; terceira maior
1612 reserva de petróleo; maior reserva de água potável do mundo; maior área agricultável do

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

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

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

1793 126 participantes. 23-24/05/2019 – CO. Goiânia: 226 participantes. 06-07/06/2019 - NE II.
1794 Maceió: 135 participantes. No que se refere à avaliação das oficinas macrorregionais 2019,
1795 segundo os critérios definidos (atividades, organização, infraestrutura, metodologia, temas
1796 abordados), o resultado foi ótimo e bom, majoritariamente. Em seguida, fez um breve
1797 apanhado das propostas aprovadas nas oficinas, para conhecimento do Pleno (em cada
1798 Estado, os delegados apontavam uma diretriz sobre financiamento e até três propostas – todos
1799 os estados apresentaram, exceto Piauí, Amazonas e Distrito Federal). Por fim, disse que o
1800 material disponibilizado ao Pleno do CNS continha todas as propostas em detalhe. Feito esse
1801 informe, o representante da SPO/MS, **Marcos Moreira**, fez uma apresentação sucinta sobre o
1802 processo de elaboração do Plano Plurianual - PPA e Plano Nacional de Saúde - PNS 2020-
1803 2023. Primeiro, fez um histórico sobre o PPA e PNS 20016-2019, explicando a estreita relação
1804 entre os esses dois instrumentos (objetivos e metas comuns). Detalhou a composição dos dois
1805 instrumentos: PPA 2016-2019 – Diretrizes, Programa, Indicadores, Objetivos e Metas; e PNS
1806 Diretrizes do CNS e Conferência; Análise Situacional; e Objetivos. Destacou que a composição
1807 dos instrumentos é a seguinte: 13 Objetivos (PNS); cerca de 120 metas; aproximadamente 40
1808 indicadores; aproximadamente 130 iniciativas (apenas PPA); e Iniciativas individualizadas.
1809 Detalhou os objetivos comuns do PPA e do PNS: Acesso; Ciclo de Vida; Redes; Assistência
1810 farmacêutica; Educação em Saúde; Relação Federativa; Controle Social; Padrão de Gasto;
1811 Vigilância Sanitária; Saúde Suplementar; Indígena; Complexo Produtivo; Vigilância. Lembrou
1812 que cada Objetivo possui metas próprias e os indicadores não estão relacionados a nenhum
1813 Objetivo, sendo um capítulo separado (Indicadores – capítulo separado; e Metas – ligadas ao
1814 Objetivo). Seguindo, apresentou como ficará a proposta 2020-2023, destacando que houve
1815 mudança significativa na metodologia. No caso do PPA 2020-2023, explicou que a
1816 composição é a seguinte: Diretriz; Tema (Saúde); Programas (1 Objetivo por Programa); Meta
1817 – indicador; e Ações Orçamentárias. No caso do PPA, será composto por um Objetivo por
1818 Programa, uma Meta por Objetivo e um único indicador. Ou seja, serão sete objetivos e sete
1819 metas. Detalhou os objetivos do PPA e do PNS: Atenção Primária; Atenção Especializada;
1820 Vigilância em Saúde; Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Produtivo em Saúde; Assistência
1821 Farmacêutica; Gestão e Organização do SUS; e Saúde Indígena. Seguindo, detalhou como se
1822 deu a elaboração da proposta do PPA e PNS 2020-2023. Etapas do PPA 2020-2023:
1823 realização de Oficinas para elaboração de modelo lógico e árvore de problemas; elaboração
1824 dos relatórios das oficinas (Min. Economia); inserção dos Programas, Objetivos, Metas e
1825 Indicadores no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop); Programas: Atenção
1826 Primária à Saúde, Atenção Especializada, Vigilância em Saúde, Desenvolvimento Científico,
1827 Tecnológico e Produtivo, Gestão e Organização do SUS, Assistência Farmacêutica e Saúde
1828 Indígena. Etapas do PNS 2020-2023: definição das Diretrizes do Conselho e Conferência
1829 Nacional de Saúde; elaboração da Análise Situacional; elaboração de metas e indicadores por
1830 Objetivo. Objetivos relacionados a: Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada,
1831 Vigilância em Saúde, Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Produtivo, Gestão e
1832 Organização do SUS, Assistência Farmacêutica e Saúde Indígena. Por fim, disse que já se
1833 iniciou a análise de situação para o PNS e aguardam-se as contribuições do CNS e da 16ª
1834 Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** informou que o PPA
1835 ainda está em processo de discussão (avanço – ampliação do número de programas – quatro
1836 para sete). O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, avaliou que algumas mudanças
1837 nos instrumentos são bem-vindas e outras, por outro lado, são preocupantes. Pontuou como
1838 positiva a diminuição do número de programas (sete) por entender que daria conta das
1839 diferentes dimensões do Ministério da Saúde para implementação das políticas de saúde. Por
1840 outro lado, ponderou que a restrição de um objetivo por programa é um problema porque o
1841 PPA é o instrumento legal para a inclusão de recursos no orçamento para garantir as ações
1842 que implementam as políticas de saúde. Em seguida, houve breves considerações, para
1843 esclarecimento de dúvidas. Todavia, não houve aprofundamento porque o tema ainda estava
1844 em debate. Na sequência, o assessor técnico da COFIN, **Francisco Funcia**, apresentou a
1845 quarta etapa do processo de análise do Relatório Anual de Gestão 2018 - RAG 2018, feita pela
1846 COFIN, com o objetivo de apresentar a segunda parte de avaliação que será feita pelas
1847 comissões do CNS (apresentação ainda não é a versão final). Detalhou as quatro partes de
1848 avaliação do RAG: Parte 1 (Versão Preliminar) - Análise da execução orçamentária e
1849 financeira, inclusive dos Restos a Pagar, do Ministério da Saúde *em termos consolidados*.
1850 Fonte: adaptado de Ministério da Saúde/SPO - Planilhas de Execução Orçamentária e
1851 Financeira - dezembro/2018 (fechado) de Execução dos Restos a Pagar, recebidas pela
1852 COFIN/CNS em 1º/fevereiro/2019 e 30/janeiro/2019, respectivamente; Parte 2 (Versão

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

1913 conselheira **Nara Monte Arruda**, coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS. *Apresentação:*

1914 **Henry de Holanda Campos**, reitor da Universidade Federal do Ceará. **PROCESSOS E**

1915 **INFORMES** – *Apresentação:* conselheira **Nara Monte Arruda**, coordenadora adjunta da

1916 CIRHRT/CNS. Primeiro, a coordenador da CIRHRT/CNS apresentou os dezenove pareceres

1917 elaborados pela Comissão, destacando, inicialmente as seguintes informações sobre os

1918 processos: 17 instituições de direito privado; 11 faculdades; concentração em Minas Gerais e

1919 São Paulo; concentração nas Regiões Sudeste e Nordeste; maior parte de cursos de

1920 Enfermagem – 9; e maior parte de solicitação de reconhecimento – 15. Feito esse preâmbulo,

1921 procedeu à apresentação dos pareceres. **Satisfatórios com recomendação** – total: 13. **1)**

1922 Processo E-Mec 201711476. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos -

1923 Sociedade Civil. UNAMA - Faculdade da Amazônia de Porto Velho. Rondônia. Porto Velho.

1924 Odontologia. Autorização. **2)** Processo E-Mec 201710758. Pessoa Jurídica de Direito Privado -

1925 Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Faculdade de Tecnologia, Educação Superior e

1926 Profissional – FATESP. Piauí. Teresina. Enfermagem. Reconhecimento. **3)** Processo E-Mec

1927 201714094. Pessoa Jurídica de Direito Público – Federal. Universidade Federal do Maranhão.

1928 Maranhão. São Luís. Enfermagem. Reconhecimento. **4)** Processo E-Mec 201717162. Pessoa

1929 Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Centro Universitário Atenas –

1930 UNIATENAS. Minas Gerais. Paracatu. Enfermagem. Reconhecimento. **5)** Processo E-Mec

1931 201709769. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou

1932 Comercial. Centro Universitário Fametro – Unifametro. Ceará. Fortaleza. Psicologia.

1933 Reconhecimento. **6)** Processo E-Mec 201714848. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com

1934 fins lucrativos - Sociedade Civil. Faculdade Uninassau Caruaru. Pernambuco. Caruaru.

1935 Enfermagem. Reconhecimento. **7)** Processo E-Mec 201715442. Pessoa Jurídica de Direito

1936 Privado - Sem fins lucrativos - Associação de Utilidade Pública. Universidade do Vale do Rio

1937 dos Sinos – Unisinos/Unidade Acadêmica: RS – Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

1938 Psicologia. Reconhecimento. **8)** Processo E-Mec 201709678. Pessoa Jurídica de Direito

1939 Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil . aculdade Cidade de João Pinheiro. Minas

1940 Gerais. João Pinheiro. Enfermagem. Reconhecimento. **9)** Processo E-Mec 201802521.

1941 Faculdade de Comunicação e Turismo de Olinda. Pernambuco. Olinda. Enfermagem.

1942 Reconhecimento. **10)** Processo E-Mec 201805829. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem

1943 fins lucrativos – Sociedade Civil. Universidade Paranaense – UNIPAR/ Unidade Acadêmica:

1944 Francisco Beltrão. Paraná. Francisco Beltrão. Psicologia. Reconhecimento. **11)** Processo E-

1945 Mec 201801729. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil.

1946 Faculdade Kennedy de Belo Horizonte. Minas Gerais. Belo Horizonte. Enfermagem.

1947 Reconhecimento. **12)** Processo E-Mec 201714295. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem

1948 fins lucrativos – Sociedade Civil. Faculdade Panamericana de Ji-Paraná. Rondonia. Ji-Paraná.

1949 Psicologia. Reconhecimento. **13)** Processo E-Mec 201817174. Pessoa Jurídica de Direito

1950 Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Faculdades Integradas de

1951 Bauru – FIB. São Paulo. Bauru. Psicologia. Reconhecimento. **Deliberação: os treze**

1952 **pareceres satisfatórios com recomendações foram aprovados, em bloco, com uma**

1953 **abstenção. Insatisfatórios** – Total: 6. **1)** Processo E-Mec 201809268. Pessoa Jurídica de

1954 Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Centro Universitário

1955 Estácio de Brasília – Estácio Brasília. Distrito Federal. Brasília. Odontologia. Autorização. **2)**

1956 Processo E-Mec 201700520. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos -

1957 Sociedade Mercantil ou Comercial. Centro Universitário de Desenvolvimento do Centro Oeste –

1958 UNIDESC. Goiás. Luziânia. Odontologia. Autorização. **3)** Processo E-Mec 201811747. Pessoa

1959 Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Faculdade

1960 de Ciências Gerenciais. São Paulo. São Joaquim da Barra. Enfermagem. Autorização. **4)**

1961 Processo E-Mec 201714062. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos –

1962 Sociedade Civil. Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – UNISALESIANO/Campus

1963 Araçatuba. São Paulo. Araçatuba. Psicologia. Reconhecimento. **5)** Processo E-Mec

1964 201803481. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou

1965 Comercial Faculdade Capixaba da Serra – Multivix Serra. Espírito Santo. Serra.

1966 Psicologia. Reconhecimento. **6)** Processo E-Mec 201716822. Pessoa Jurídica de Direito

1967 Privado - Sem fins lucrativos - Associação de Utilidade Pública. Faculdade Social da Bahia –

1968 FSBA. Bahia. Salvador. Enfermagem. Reconhecimento. **Deliberação: os seis pareceres**

1969 **insatisfatórios foram aprovados, em bloco, com uma abstenção.** Por fim, apresentou o

1970 seguinte encaminhamento: devolução ao sistema e-Mec, por meio de Ofício, com base nas

1971 diversas manifestações contrárias do CNS à autorização de cursos de graduação na área da

1972 saúde na modalidade EaD, com base na Resolução nº 515, de 7 de outubro de 2016,

1973 Resolução nº 569, de 08 de dezembro de 2017, Recomendação nº 069, de 13 de dezembro de
1974 2017 e Nota Pública contra a graduação a distância na área da saúde. **Deliberação: aprovada**
1975 **a proposta de devolução por unanimidade. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE**
1976 **DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**
1977 **ESTRANGEIRA – REVALIDA - Apresentação: Henry de Holanda Campos**, reitor da
1978 Universidade Federal do Ceará - UFC. Inicialmente, conselheira **Priscilla Viégas Barreto de**
1979 **Oliveira** informou que o Ministério da Educação foi convidado a participar deste debate, mas
1980 justificou, via ofício, a impossibilidade de indicação de representante. Em seguida, a
1981 coordenadora da CIRHRT/CNS informou que a Comissão, na última reunião, 200ª RO,
1982 realizada nos dias 4 e 5 de junho de 2019, discutiu o REVALIDA na atual conjuntura
1983 governamental. Destacou que o debate contou com a presença de representantes da
1984 Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação - SESU/MEC; da Associação
1985 Brasileira de Educação Médica - ABEM; da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de
1986 Medicina - DENEM; da Rede de Médicos e Médicas Populares - RMMP; e da Associação de
1987 Médicos Formados no Exterior - AMBMFE. Por outro lado, a Secretaria de Gestão, Trabalho e
1988 Educação na Saúde - SEGTES/MS também foi convidada, mas não participou da discussão.
1989 Feitas essas considerações, foi aberta a palavra ao reitor da UFC, **Henry de Holanda**
1990 **Campos**, fez uma apresentação detalhada sobre a Revalidação de Diplomas Médicos
1991 Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira – REVALIDA, desde sua
1992 concepção. Relatou que o processo de revalidação de diplomas médicos foi oficializado por
1993 meio da Portaria Interministerial nº 383, de 19 de fevereiro de 2009, envolvendo MEC-SESU,
1994 MS-SGTES, MRE, ANDIFES, Procuradoria Federal (UFG) e dezesseis universidades públicas.
1995 Destacou que o processo foi iniciado em março de 2008 e as bases estabelecidas em
1996 sucessivas reuniões com CFM, AMB, ANDIFES, ABRUEM, CNE/CSE, conjunto de
1997 universidades públicas, CNS, parlamentares, movimentos sociais, MPF. Além disso, em
1998 interlocução com brasileiros graduados no exterior e entidades representativas. Salientou que
1999 naquele momento observava-se a oportunidade de Rever o Processo de Revalidação de
2000 Diplomas à Luz das Diretrizes Curriculares Nacionais. Tratava-se de oportunidade para
2001 construir e avaliar processo de revalidação isonômico para todos os graduados por
2002 estabelecimentos estrangeiros de ensino superior. Também destacou que era preciso inserir o
2003 processo de revalidação de diplomas no conjunto de políticas de estado para a educação nas
2004 profissões (de saúde). Também salientou que se observada a importância da Avaliação como
2005 Balizadora do Treinamento, da Competência do Aprendiz. Sinalizou que havia a clara
2006 necessidade de estabelecer-se nos hospitais de ensino, padrões e ferramentas de avaliação de
2007 desempenho que indicassem de modo claro os estudantes aptos a assumir o (s) próximo (s)
2008 patamar (es) superiores de responsabilidade e independência. Para ilustrar, mostrou quadro
2009 sobre a demanda de Revalidação de Diplomas de Curso Médico, UFC, Edital de 2008,
2010 destacando que foram 726 candidatos, sendo 717 de Medicina, a maioria da Bolívia (449),
2011 Argentina (155), Cuba (29), entre outros. Destacou as bases do Projeto foram: novo paradigma
2012 para o modelo de formação médica; transformações curriculares; novas concepções sobre as
2013 práticas acadêmicas; novos conceitos: profissionalismo, papel balizador da avaliação. Com
2014 isso, foram consideradas novas concepções sobre as práticas acadêmicas, considerando o
2015 perfil “cinco estrelas” dos profissionais de saúde para aqueles: cuidador, capacidade de
2016 decisão, comunicador, líder na comunidade, gestor, buscando o profissionalismo. Explicou que,
2017 para definição da proposta, trabalhou-se com o conceito de Matriz (*Blueprint*), considerando:
2018 Perfil do Profissional (central), Conjunto de competências, Objetivos de aprendizagem e
2019 Objetivos instrucionais. Explicou, para construção da Matriz de Correspondência Curricular,
2020 considerou-se "conceitos introduzidos pelas DCN impõem a reorientação de todos os
2021 processos que definam aptidão ao exercício profissional, enfatizando a importância da
2022 avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes, de onde decorre a necessidade de torná-la
2023 elemento central no processo de revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior"
2024 (Subcomissão de Revalidação de Diplomas, abril de 2009). Para construção da matriz,
2025 considerou-se que: matriz diferente de currículo; DCN como referência; LDB – flexibilização:
2026 opção por poucas “amarras” temporais (7200 h, 35% de carga horária no Internato); e
2027 conteúdos: reflexo do percurso acadêmico e oportunidades para aquisição de conhecimentos,
2028 conteúdos e habilidades (competência). Nesse processo, dezesseis universidades assinaram
2029 termo de compromisso com o MS e partir iniciou-se a especificação de conteúdos, a definição
2030 de competências, especificação de habilidades e definição dos níveis de desempenho.
2031 Considerando as diretrizes curriculares nacionais, a matriz de correspondência curricular e as
2032 diretrizes/instrumentos de avaliação definiriam o que seria aptidão para o exercício profissional.

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

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

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

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

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

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

2393 Interministerial nº 278, de 17 de março de 2011, que instituiu o Exame Nacional de Revalidação
2394 de Diplomas Médicos expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida),
2395 que tem como finalidade subsidiar os procedimentos conduzidos por universidades públicas;
2396 considerando a Medida Provisória nº 621, de 9 de julho de 2013, posteriormente convertida na
2397 Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos para o Brasil
2398 (PMMB); considerando que a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, em seu Art. 13, §1º,
2399 estabelece critérios de prioridade para seleção e preenchimento de vagas do PMMB;
2400 considerando o Projeto de Cooperação para o Mais Médicos (PCMM), iniciativa inovadora de
2401 cooperação trilateral entre a Organização Pan-americana da Saúde - OPAS e os governos do
2402 Brasil e de Cuba, realizada por intermédio de seus Ministérios da Saúde, que trouxe ao Brasil
2403 milhares de médicos cubanos, com formação voltada para a solidariedade internacional da
2404 medicina e que, com demais médicos estrangeiros, ocuparam mais de 70% das vagas do
2405 PMMB; considerando a Resolução CNE nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes
2406 Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina, como norteadoras de um
2407 processo necessário de qualificação da formação médica para o SUS; considerando que o
2408 Programa Mais Médicos para o Brasil é um programa governamental que obteve reconhecido
2409 êxito em seus objetivos até meados de 2018, quando alcançou resultados significativos no
2410 provimento de médicos em municípios/regiões de maior necessidade, com ampliação da
2411 cobertura da atenção básica, inclusive para a população indígena, com mais de 70% dos
2412 municípios brasileiros atendidos pelo projeto, beneficiando 63 milhões de brasileiros;
2413 considerando a Demografia Médica no Brasil 2018, em que 65% das vagas para cursos de
2414 Medicina são ofertadas em escolas médicas privadas, nas quais o valor das mensalidades
2415 pode variar de cinco a quinze mil reais, aliando-se a isto, a grande concorrência nos concursos
2416 para ingresso nessa graduação; considerando que, em novembro de 2018, após a eleição do
2417 Presidente Jair Messias Bolsonaro, foi encerrado o acordo de cooperação entre Brasil e Cuba,
2418 gerando a saída abrupta dos médicos cubanos, devido a discordância do seu governo às
2419 novas exigências feitas pelo Brasil, como a necessidade dos profissionais se submeterem ao
2420 Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida), cuja última prova se deu em
2421 2017; considerando que, nessa conjuntura, mais de 2.000 médicos cubanos optaram por
2422 permanecer no Brasil, por razões diversas, mas estão proibidos de exercer medicina até
2423 realizarem o exame do Revalida, e isso impacta diretamente em suas condições de vida e
2424 sobrevivência, enquanto se encontram na condição de refugiados; considerando o Decreto nº
2425 9.795, de 17 de maio de 2019, que aprova a nova estrutura regimental do Ministério da Saúde,
2426 com alterações importantes na sua estrutura organizacional, tais como a extinção do
2427 Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde da
2428 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEPREPS/SGTES), onde
2429 estavam inseridas as ações do PMMB, passando as mesmas, então, a integrar o recém criado
2430 Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (DSF/SAPS), o
2431 que gera um período de descontinuidade dos trabalhos, com consequências irreparáveis aos
2432 serviços prestados à população brasileira; considerando a Portaria nº 17, de 15 de maio de
2433 2019, que institui Grupo de Trabalho (GT) com a finalidade de promover estudos e propor
2434 medidas visando o aperfeiçoamento do processo de revalidação dos diplomas de graduação
2435 em Medicina, entretanto, com questionável representação, uma vez que integram o referido GT
2436 apenas dois representantes da Secretaria de Educação Superior do MEC (SESU/MEC), dois
2437 representantes do Instituto Nacional de Educação e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira
2438 (INEP); e um representante do Conselho Federal de Medicina (CFM); considerando a Portaria
2439 nº 18, de 16 de maio de 2019, que designa membros da Secretaria de Educação Superior do
2440 MEC (SESU/MEC), nos termos da Portaria nº 17/2019, entretanto, deixando dúvidas quanto a
2441 sua real finalidade, uma vez que designa a Sra. Secretária de Gestão do Trabalho e da
2442 Educação na Saúde (SGTES/MS), Mayra Isabel Correia Pinheiro, como membro da SESU,
2443 além de incluir três membros convidados, representantes da Associação Brasileira de
2444 Educação Médica (ABEM), da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Academia Nacional de
2445 Medicina; considerando a Recomendação nº 17, de 12 de abril de 2019, na qual o Conselho
2446 Nacional de Saúde dirigindo-se ao Ministério da Saúde, recomenda que se garanta o
2447 provimento das Áreas do Perfil 1, 2 e 3 do PMMB, em que permanecem vazios assistenciais;
2448 que os novos editais contemplem profissionais formados no exterior, caso profissionais
2449 brasileiros não preencham a totalidade das vagas; e que promovam a renovação de contrato
2450 para profissionais do PMMB, que queiram permanecer no referido Programa; considerando a
2451 200ª Reunião Ordinária da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de
2452 Trabalho do CNS (CIRHRT/CNS), ocorrida em 4 e 5 de junho de 2019, que discutiu o Exame

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

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

2573 aumentar a tributação dos refrigerantes e outras bebidas açucaradas em, no mínimo, 20%, por
2574 meio de tributos específicos com o objetivo de reduzir seu consumo e prevenir doenças; e que
2575 utilize os recursos obtidos com o referido aumento de impostos para financiar políticas de
2576 enfrentamento à obesidade infantil. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por**
2577 **unanimidade. 3)** Recomendação nº 000, de 05 de julho de 2019. O texto é o seguinte:
2578 “Recomendação nº 000, de 05 de julho de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde
2579 (CNS), em suas Trecentésima Décima Oitava e Trecentésima Décima Nona reuniões
2580 ordinárias, realizadas nos dias 02, 03, 04 e 05 de julho de 2019, e no uso de suas
2581 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de
2582 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de
2583 janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da
2584 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e
2585 considerando a Medida Provisória nº 881, de 30 de abril de 2019, que institui a Declaração de
2586 Direitos de Liberdade Econômica, estabelece garantias de livre mercado, análise de impacto
2587 regulatório, entre outras providências; considerando que a liberdade econômica não pode se
2588 sobrepôr ao direito constitucional à saúde garantido a todo cidadão e a toda cidadã deste país
2589 desde a promulgação da Constituição Federal de 1988; considerando o que estabelece a Lei nº
2590 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), no seu Art. 6º, em que há
2591 expressa previsão da execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive
2592 farmacêutica; considerando que a Lei nº 8.080/1990 define a vigilância como o conjunto de
2593 ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e problemas decorrentes do meio
2594 ambiente, da produção e circulação de bens e serviços de interesse da saúde; considerando
2595 que a Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, cria o Conselho Federal e os Conselhos
2596 Regionais de Farmácia, e dá outras Providências; considerando que a farmácia é um
2597 estabelecimento de saúde e o local adequado para a comercialização de medicamentos,
2598 conforme disposto pela Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014; considerando que a
2599 recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que o uso responsável de
2600 Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs) deve ser feito de forma segura e segundo
2601 orientação de profissional habilitado, devendo seu controle e fiscalização se dar no âmbito dos
2602 órgãos Reguladores; considerando que para a OMS o uso racional de medicamentos se dá
2603 quando pacientes recebem os medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em
2604 doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado; considerando
2605 que o Estado, de acordo com a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, deve, por meio da
2606 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), controlar a qualidade, segurança e eficácia
2607 de produtos e serviços; considerando que as ações de Vigilância Sanitária (VISA) devem
2608 promover e proteger a saúde da população e serem capazes de eliminar, diminuir ou prevenir
2609 riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção,
2610 da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde; considerando que o
2611 controle e fiscalização do acesso a medicamentos necessitam de regulação, de acordo com
2612 Política Nacional de Regulação do SUS; considerando que o medicamento é o instrumento do
2613 fazer do farmacêutico voltado para atender as necessidades das pessoas e que este é o último
2614 profissional da saúde a entrar em contato com o usuário no momento da distribuição do
2615 medicamento; considerando que a saúde não é mercadoria e que o acesso a medicamentos é
2616 um direito constitucional previsto no Art. 196 da Constituição Federal de 1988; considerando
2617 que os conselhos profissionais são autarquias com o dever de proteger a sociedade, e para
2618 tanto precisam ter a autonomia para fiscalização, conforme definido nos seus planos de
2619 fiscalização; e considerando que o Conselho Nacional de Saúde prima pela defesa da saúde
2620 como direito e respeito à vida com qualidade e dignidade. Recomenda ao Congresso Nacional:
2621 que não aprove a MP nº 881 e respectivas emendas que ferem a dignidade humana e
2622 desconsideram o direito à saúde, a assistência farmacêutica e os papéis dos órgãos
2623 fiscalizadores; e que realize audiência pública para amplo debate democrático dos temas
2624 abordados pela MP 881/2019. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por**
2625 **unanimidade. 4)** Recomendação nº 000, de julho de 2019. O texto é o seguinte:
2626 “Recomendação nº 000, de julho de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS),
2627 em suas Trecentésima Décima Oitava e Trecentésima Décima Nona Reuniões Ordinárias,
2628 realizadas nos dias 02, 03, 04 e 05 de julho de 2019, e no uso de suas competências
2629 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº
2630 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012;
2631 pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da
2632 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que

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

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

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

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

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

2932 Associação de Controle do Tabagismo Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos – ACT; e
2933 **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS.