



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA TRICENTÉSIMA VIGÉSIMA SEXTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO  
NACIONAL DE SAÚDE – CNS

Aos treze e catorze dias do mês de fevereiro de 2020, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Tricentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária do CNS. Estabelecido o quórum, às 9h10, conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, iniciou os trabalhos, com saudações aos presentes e aos internautas que acompanham a transmissão. Em seguida, apresentou os objetivos da reunião: **1) Socializar os informes e apreciar as indicações. 2) Conhecer e avaliar as ações adotadas pelo novo Departamento do Ministério da Saúde e o contexto da Política de AIDS no Brasil. 3) Atualizar e articular ações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS. 4) Debater e deliberar sobre o modelo de financiamento e cadastro proposto para a atenção primária à saúde. 5) Apreciar e deliberar acerca das demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS. 6) Analisar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS. 7) Conhecer e discutir os impactos causados na saúde e a dimensão do derramamento de óleo nas praias do nordeste brasileiro. 8) Apresentar e apreciar questões relativas à etapa nacional da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena – 6ª CNSI. 9) Socializar e deliberar a respeito das demandas das Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho, Coordenação de Plenárias dos Conselhos de Saúde.** Feita essa parte inicial, passou ao primeiro item da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DAS ATAS DAS 323ª E 324ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS E APROVAÇÃO DA PAUTA DA 326ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Apresentação:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS. **APROVAÇÃO DAS ATAS DAS 323ª E 324ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS –** O Presidente do CNS colocou em apreciação as atas das 323ª e 324ª Reuniões Ordinárias do CNS, enviadas com antecedência aos conselheiros. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** interveio para agradecer a incorporação dos seus adendos às atas e elogiar a assessoria pela fidelidade no registro dos debates das reuniões do Conselho. **Deliberação: as atas da 323ª e 324ª Reuniões Ordinárias do CNS foram aprovadas por unanimidade. APROVAÇÃO DA PAUTA DA 326ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação: a pauta da 326ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade.** Antes de proceder ao item 2 da pauta, o Presidente do CNS abriu espaço para homenagem à ex-conselheira Fernanda Benvenuth, que faleceu no dia 2 de dezembro de 2019. Foi reproduzido vídeo mostrando um pouco da trajetória de vida da conselheira e da sua atuação no controle social. Além disso, conselheiro **Jonathan Silva** fez a leitura de um documento destacando a contribuição da conselheira aos direitos humanos e à saúde pública LGBTI+. Fernanda Benvenuth era natural de Remígio (PB) e deixou três filhos. No CNS, representava a Articulação Nacional de Travestis e Transexuais - ANTRA, entidade em que era vice-presidenta. Ela foi conselheira nacional de saúde de 2015 a 2018 e integrou as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CISTT e de Saúde LGBT, do CNS. A ex-conselheira era enfermeira e fora funcionária pública no cargo de parteira na Maternidade Cândida Vargas e no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, na capital paraibana. Também foi presidenta-fundadora da Associação das Travestis da Paraíba - ASTRAPA. Em três eleições gerais no Brasil, tentou se eleger politicamente para vereadora e deputada estadual pelo Partido dos Trabalhadores (PT) na Paraíba. Sua contribuição por uma saúde pública e de qualidade para todos brasileiros e brasileiras foi fundamental e continuará reverberando em nossas práticas e desafios em defesa dos direitos da população e do SUS. **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária de**

53 **Conselhos de Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de fevereiro. Informes.**  
54 **Indicações.** *Coordenação:* conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora  
55 do CNS; e **Marco Aurélio Pereira**, Secretário-Executivo Substituto do CNS. **JUSTIFICATIVA**  
56 **DE AUSÊNCIAS – Albanir Pereira Santana; Ana Lúcia da Silva Marçal Paduelo; André**  
57 **Luiz de Oliveira; Antônio Lacerda Souto; Delmiro José Carvalho Freitas; Dulcilene Silva**  
58 **Tiné; Erivelto Fernandes do Nascimento; Gerídice Lorna Andrade de Moraes; José Eri**  
59 **Borges de Medeiros; Marisa Helena Alves; e Simone Maria Leite Batista.**  
60 **APRESENTAÇÃO DE CONVIDADOS (AS), NOVOS CONSELHEIROS (AS) E**  
61 **COORDENADORES (AS) DE PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE –** *Novos*  
62 *conselheiros: I – usuários: 2º Suplente: Jeová Pessin Fragoso*, Movimento Brasileiro de Luta  
63 *Contra as Hepatites Virais - MBHV (substituindo Aduino Vieira de Almeida); e II - entidades*  
64 *nacionais dos profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde: 2º*  
65 *Suplente: Gildemar José Bezerra Crispim*, Conselho Federal de Biologia - CFBio  
66 *(substituindo Elisângela Aparecida Tibério Santana). **COORDENADORES DE PLENÁRIA –**  
67 **estavam presentes à reunião: Carlos Alberto de Oliveira Silva**, Sergipe; e **Pedro Macedo**  
68 **Granja**, Mato Grosso do Sul. **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE**  
69 **FEVEREIRO –** 4 de fev. - Dia Mundial do Câncer (OMS). 5 de fev. - Dia Nacional da  
70 Mamografia. 5 de fev. - Dia da Papiloscopia. 7 de fev. - Dia Nacional de Luta dos Povos  
71 Indígenas. 15 de fev. - Dia Internacional de Luta contra o Câncer Infantil. 20 de fev. - Dia  
72 Nacional de Combate às Drogas e Alcoolismo. 29 de fev. - Dia Mundial das Doenças Raras.  
73 *Solicitação de inclusão:* 20 de fevereiro - Dia Mundial da Justiça Social. **INFORMES - 1)**  
74 Conselheira **Myrian Coelho Cunha da Cruz** fez os seguintes informes: **a)** o Conselho Federal  
75 de Nutricionistas ajuizou Ação Civil Pública com o objetivo de retirar os efeitos da Portaria nº.  
76 2.979/2019, que extinguiu o repasse de recursos federais para financiamento para equipes do  
77 Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF; e **b)** o Guia Alimentar para a População  
78 Brasileira completou 5 anos e, em comemoração, seria realizado seminário, no dia 13 de  
79 fevereiro, das 14 às 17h, promovido pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do  
80 MS, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. **2)** Conselheira **Sueli**  
81 **Terezinha Goi Barrios**, da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle  
82 Social do SUS – CIEPCSS, fez um informe sobre a 2ª edição Projeto de Formação para o  
83 Controle Social. O CNS, em parceria com CEAP, iniciaria no dia 26 de fevereiro, em  
84 Chapecó/Santa Catarina, a segunda edição do Projeto de Formação para o Controle Social no  
85 SUS. O lançamento do projeto ocorrerá na oficina de Santa Maria, dia 3 de março, e contará  
86 com a participação do Presidente do CNS e de representante da Organização Pan-Americana  
87 da Saúde - OPAS, diretor do vídeo. Na atividade, que será aberta à participação da sociedade  
88 em geral, será lançado vídeo, com posterior debate. Serão realizadas 84 oficinas distribuídas  
89 em todos os estados brasileiros e Distrito Federal. Cada oficina terá duração de três dias e  
90 contará com trinta participantes, dos quais vinte serão conselheiras e conselheiros estaduais e  
91 municipais de saúde e dez lideranças de movimentos sociais, populares, sindicais. A seleção  
92 dos conselheiros de saúde (obedecendo a paridade) será realizada pelas Comissões de  
93 Educação Permanente dos CES e a seleção das lideranças de movimentos sociais, pela  
94 CIEPCSS/CNS e pelo CEAP. A expectativa da CIEPCSS/CNS, em relação aos participantes do  
95 curso, é que sejam multiplicadores do processo e que assumam o compromisso de  
96 desenvolver em seus espaços de atuação, atividades que dialoguem com a defesa da  
97 democracia, da saúde como direito humano, do SUS como política pública universal, integral e  
98 equânime, a ser implementada de acordo com as necessidades e especificidades locais,  
99 reafirmando a importância da participação da sociedade e dos espaços de controle social. Para  
100 que este processo formativo tenha continuidade, a proposta é que estes multiplicadores sejam  
101 acompanhados pelos CES por meio das comissões estaduais/municipais de Educação  
102 Permanente, visando à construção de uma rede de Educação Permanente no país capaz de  
103 fortalecer o controle social no SUS. Conforme pactuado, os conselheiros nacionais de saúde  
104 não se inscreverão nas oficinas estaduais, para não utilizar vaga dos conselheiros estaduais e  
105 municipais de saúde, tendo em vista que muitos já realizaram a oficina na sua primeira edição  
106 e os demais terão oportunidade de realizar nos dias 17 e 18 de março de 2020, em Brasília.  
107 Esta definição não inviabiliza a participação dos conselheiros que desejarem, todavia, não  
108 terão custeio de suas despesas. Para que o projeto alcance seus objetivos, a CIEPCSS/CNS  
109 conta com todos os conselheiros para contribuir e ampliar a divulgação e mobilização das  
110 pessoas para que se inscrevam no site: [www.formacontrolesocial.org.br](http://www.formacontrolesocial.org.br). Estão em  
111 desenvolvimento pelo CNS dois projetos de formação/capacitação, que se encontram no site do  
112 CNS. Um deles é organizado pela CIEPCSS/CNS, que são as oficinas de formação para*

113 controle social, cujas inscrições estão sendo realizadas pela plataforma, site:  
114 [www.formacontrolesocial.org.br](http://www.formacontrolesocial.org.br). O outro é o curso *on line*, coordenado pela Comissão de  
115 Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS, em parceria com CGU – Participação e Controle  
116 Social, por meio da Rede Conselhos. **3) Conselheiro José Vanilson Torres** fez os seguintes  
117 informes do Movimento Nacional População em Situação de Rua-MNPR: **a)** participação do  
118 MNPR na Mesa de Abertura do VI Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, que  
119 aconteceu de 6 a 9 de fevereiro de 2020. Conjuntura atual e alternativas para enfrentar a  
120 situação; **b)** o Movimento do Nordeste estava realizando seminários para definir estratégias de  
121 enfrentamento das dificuldades do cenário atual; e **c)** a eleição do Movimento, para escolha de  
122 representante, será realizada em São Paulo. **4) Conselheira Ana Carolina Navarrete** informou  
123 o Pleno sobre o Decreto nº. 10.236/2020, publicado no dia 11 de fevereiro de 2020, que institui  
124 o regimento interno do Conselho da Saúde Suplementar - CONSU. O documento apresenta  
125 alterações importantes na composição desse Conselho, deslocando a presidência da Casa  
126 Civil para o Ministério da Saúde, além de definir qual será o regime de atividades da instituição.  
127 A publicação do regimento chama a atenção porque se alinha à proposta de mudança na lei  
128 de planos de saúde, vazada pelo jornalista Elio Gaspari no ano passado, elaborada pelas  
129 operadoras de planos de saúde. Essa proposta, negativa para os usuários de plano de saúde e  
130 para o SUS, previa, entre outras questões, a capacidade do CONSU realizar arbitragens em  
131 caso de conflitos entre a ANS e empresas de planos de saúde, ou ainda entre empresas e  
132 usuários. Considerando a importância de estar alerta a essa situação, a Comissão Intersetorial  
133 de Saúde Suplementar – CISS do CNS se reuniria para tratar do tema. **5) Conselheira Maria**  
134 **Laura Carvalho Bicca** fez um relato sobre a sua participação na solenidade de comemoração  
135 dos 75 anos do Sindicato dos Trabalhadores de Saúde do Rio Grande do Sul, representando o  
136 CNS e propôs a aprovação de moção de aplauso ao trabalho realizado pelo Sindicato. A  
137 proposta seria apreciada no último item da pauta. **6) Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira**  
138 fez os seguintes informes: **a)** mudanças na gestão de secretarias do MS: Secretaria de Ciência,  
139 Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde – SCTIE/MS; e Secretaria Especial de  
140 Saúde Indígena - SESAI/MS (**Robson Santos da Silva** assumiu a Secretaria em substituição a  
141 **Silvia Nobre Waiãp**); **b)** foram distribuídos exemplares do livro “Direito Sanitário: Oportuna  
142 discussão via coletânea de textos do *blog* Direito Sanitário: saúde e cidadania”, que traz uma  
143 coletânea dos 208 primeiros textos e seus respectivos comentários, todos publicados no  
144 referido *blog*, da Rede Direito Sanitário: Saúde e Cidadania (Rede DS). Ao todo, são 32  
145 autores e mais de 250 discussões e comentários (o livro foi organizado pelo conselheiro  
146 quando ele ocupava o cargo de diretor adjunto da ANVISA); **c)** dom Leonardo Steiner assumiu  
147 como novo arcebispo de Manaus – proposta: enviar voto de congratulação (a ser apreciada no  
148 último item da pauta); e **d)** a Exortação Apostólica Pós-Sinodal do Papa Francisco, fruto do  
149 Sínodo dos Bispos para a Amazônia, foi lançada no dia 12 de fevereiro de 2020, resultado da  
150 “Assembleia Especial sobre os novos caminhos para a Igreja e por uma ecologia integral”,  
151 realizada no mês de outubro de 2019, no Vaticano. **INDICAÇÕES - 1)** Indicação de  
152 representante do segmento de usuários para compor o Conselho de Administração da  
153 HEMOBRÁS. Obs.: Não há impedimento à renúncia de recebimento da remuneração paga aos  
154 conselheiros da HEMOBRÁS, através do recebimento de GTON. **Encaminhamento: o Fórum**  
155 **de Usuários aprofundará o debate na sua próxima reunião para definir a respeito. 2)**  
156 Indicação de conselheiro (a) do segmento dos Trabalhadores (as) para compor Comissão  
157 Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, em substituição a Dirceu Bartolomeu Greco (SBB),  
158 segmento dos profissionais de saúde. **Indicação:** conselheira **Elisabete Pimenta Araújo Paz**.  
159 **3)** Confirmação/indicação de representantes para o Comitê Nacional para a Promoção do Uso  
160 Racional de Medicamentos - CNPURM. O Comitê, considerando a nova portaria da Secretaria  
161 de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde -  
162 SCTIE/MS, possui caráter consultivo e propositivo e é coordenado pela Secretaria, por meio do  
163 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - DAF/SCTIE/MS. O  
164 CNPURM tem por finalidade orientar e propor ações, estratégias e atividades para a promoção  
165 do uso racional de medicamentos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde. A  
166 Secretaria solicita a confirmação dos representantes atuais ou novas indicações. Atualmente  
167 representam o CNS no CNPURM: conselheira Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello (Titular); e  
168 conselheira Maria da Conceição Silva (Suplente). **Indicação:** reconduzir as conselheiras **Ana**  
169 **Lúcia da Silva Marçal Paduello** (titular) e **Maria da Conceição Silva** (suplente) para o  
170 CNPURM. **4)** Solenidade em comemoração aos 75 anos do SINDISAÚDE-RS, Saúde: direito  
171 de todos, dever do estado. **Data:** 7 de fevereiro de 2020. **Local:** Porto Alegre/RS. **Indicação:**  
172 conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** (referendar). **5)** Convite da Comissão de

173 Constituição, Justiça e Cidadania ao CNS para participar da audiência pública de Instrução da  
174 Proposta de Emenda à Constituição n°. 187 de 2019, que institui reserva de Lei complementar  
175 para criar fundos públicos e extingue os que não forem ratificados até o segundo exercício  
176 financeiro, subsequente à promulgação da Emenda, no Senado Federal. Data: 11 de fevereiro  
177 de 2020. Local: Brasília/DF. **Indicação:** conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo** (referendar).  
178 **6)** O plenário do Conselho de Saúde do Distrito Federal aprovou em sua 445ª Reunião  
179 Extraordinária, que ocorreu no dia 17 de dezembro de 2019, a realização de audiência pública,  
180 no dia 13 de fevereiro de 2020, na Câmara Legislativa do Distrito Federal, para avaliar os  
181 impactos da Medida Provisória n°. 890/2019, aprovada pelo Senado Federal, em 27 de  
182 novembro de 2019, associada aos prejuízos já causados pela publicação da Portaria MS  
183 2.979/2019. Esse chamamento atende à Recomendação n° 55, aprovada pelo Pleno do CNS,  
184 na 324ª Reunião Ordinária, realizadas nos dias 5 e 6 de dezembro de 2019, que recomenda às  
185 Assembleias Legislativas Estaduais, Câmaras de Vereadores e Conselhos Estaduais e  
186 Municipais de Saúde que realizem audiências públicas sobre o tema, com a finalidade de  
187 avaliar os impactos da Medida Provisória n°. 890/2019, associada aos prejuízos já causados  
188 pela publicação da Portaria MS 2.979/2019. Nesse sentido, o Conselho de Saúde do DF  
189 convida representante do CNS para compor a mesa da audiência pública e tratar sobre o novo  
190 modelo de financiamento da atenção primária à saúde. **Data:** 13 de fevereiro de 2020. **Local:**  
191 Câmara Legislativa do DF. **Indicação:** conselheira **Maria da Conceição Silva** (referendar). **7)**  
192 Convite da Conferência Nacional de Bispos do Brasil ao conselheiro André Luiz de Oliveira  
193 para palestrar no Encontro de Formação de Conselheiros de Políticas Públicas ligados à igreja  
194 Católica (A CNBB arcou com todos os custos de deslocamento, hospedagem e alimentação).  
195 Data: 11 a 13 de fevereiro de 2020. Local: Brasília/DF. **Indicação:** conselheiro **André Luiz**  
196 **Oliveira** (referendar). **8)** Workshop Internacional do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Pesquisa e  
197 Práticas Saúde Coletiva, pela OPAS/OMS. (Custeio pela OPAS). **Data:** 17 a 22 de fevereiro de  
198 2020. **Local:** Bolonha/Itália. **Indicação:** conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**  
199 (referendar). **9)** 10º Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e  
200 da trabalhadora – 10º CISTÃO. Data: 25 a 27 de março de 2020. Local: Brasília/DF.  
201 **Indicação:** segmento de usuários: conselheira **Marcia Patrício de Araújo**; conselheira **Marisa**  
202 **Furia Silva**; conselheiro **Eduardo Maércio Fróes**; e conselheiro **Erivelto Fernandes do**  
203 **Nascimento**; segmento dos trabalhadores da saúde: conselheira **Maria Laura Carvalho**  
204 **Bicca**; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**; segmento dos gestores/prestadores (dois):  
205 a indicar. **9)** Indicação de Conselheiro (a) para a Coordenação Adjunta da Comissão  
206 Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho - CIRHRT, em substituição a Nara  
207 Monte Arruda (UNE), segmento dos usuários. **Indicação:** conselheira **Manuelle Maria Marques**  
208 **Matias**, ANPG, 1ª coordenação adjunta; e conselheira **Vitória Davi Marzola**, UNE, 2ª  
209 coordenação adjunta. **Deliberação: as indicações foram aprovadas, em bloco, por**  
210 **unanimidade. ITEM 3 – RADAR - Avaliação da Política de Aids no Brasil - Apresentação:**  
211 **Gerson Pereira**, diretor do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções  
212 Sexualmente Transmissíveis – DCCI/SVS/MS; e **Carlos Ebeling Duarte**, representante da  
213 Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS. **Coordenação:** conselheiro **Moyses**  
214 **Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, foi  
215 reproduzido vídeo, resultado da campanha #EuNãoSouDespesa, promovida pelo CNS, com  
216 depoimentos de ativistas, estudantes, aposentados, representantes de várias categorias  
217 profissionais (jornalismo, assistência social, advocacia, medicina), atores e diversas outras  
218 pessoas que defendem o SUS, contra o estigma, o preconceito e a discriminação. Após a  
219 reprodução do vídeo, a mesa saudou os convidados e abriu a palavra para as apresentações.  
220 O primeiro expositor foi o diretor do DCCI/SVS/MS, **Gerson Pereira**, que fez uma avaliação da  
221 Política de Aids no Brasil. Começou explicando que competia ao Departamento de Doenças de  
222 Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, nos termos do Decreto n°  
223 9.795/2019: I - propor a formulação e a implementação de políticas, diretrizes e projetos  
224 estratégicos no que se refere à: a) promoção das ações de vigilância, de prevenção, de  
225 assistência e de garantia do direito à saúde das populações vulneráveis e das pessoas com  
226 HIV/Aids; e b) promoção e fortalecimento da integração com as organizações da sociedade  
227 civil, nos assuntos relacionados às infecções sexualmente transmissíveis e ao HIV/Aids; II -  
228 coordenar o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais; e III -  
229 monitorar o padrão epidemiológico das infecções sexualmente transmissíveis e do HIV/Aids.  
230 No que se refere aos pressupostos, destacou a necessidade de repensar os termos doenças  
231 transmissíveis e crônicas, considerando: **1ª aproximação:** Surgimento e emergência de novas  
232 doenças transmissíveis - o modelo de transição epidemiológica de doenças transmissíveis para

233 doenças crônicas, como consequência do modo e estilos de vida das pessoas e o  
234 envelhecimento da população, não é suficiente para compreender as mudanças atuais nos  
235 padrões de adoecimento e morte da população; *2ª aproximação*: Integração microbiana - uma  
236 consequência do processo de globalização no campo econômico e social é também uma maior  
237 integração microbiana do mundo e uma maior desigualdade no acesso a bens e serviços que  
238 assegurem a saúde (saúde ambiental); e *3ª aproximação*: Tecnologias - tecnologias  
239 biomédicas de diagnóstico, tratamento e de prevenção aumentam as chances de uma vida  
240 mais longa e com melhor qualidade de vida. Seguindo, mostrou um esquema com a  
241 composição da Secretaria e listou as prioridades para o exercício 2019 – 2020: Prioridade 1:  
242 reduzir a mortalidade das pessoas vivendo com HIV; Prioridade 2: ampliar o diagnóstico e o  
243 tratamento das Hepatites Virais, com foco na Hepatite C; Prioridade 3: reduzir a transmissão  
244 viral da sífilis da Hepatite B e eliminar a transmissão viral do HIV; Prioridade 4: ampliar o  
245 acesso às ações de prevenção, diagnóstico e tratamento para populações-chave; e Prioridade  
246 5: ampliar o diagnóstico e tratamento de sífilis adquirida e em gestantes. No que diz respeito ao  
247 HIV/AIDS no Brasil, apresentou os seguintes dados: a) Número de casos de HIV. Brasil 2008 a  
248 2018 – aumento do diagnóstico de PVHA (notificação compulsória a partir de 2014); b) Taxa de  
249 detecção de Aids. Brasil 2008 a 2018 – queda a partir de 2014, por conta da detecção do HIV,  
250 o que significa 123 mil casos evitados; c) taxa de detecção de Aids (x100 mil hab.) segundo  
251 região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2008 a 2018 – Rio Grande do Sul possui  
252 maior número de casos, mas apresenta queda; d) taxa de detecção de Aids (x100 mil hab.)  
253 segundo sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico. Brasil, 2008 a 2018 - doença  
254 masculina (23 homens para cada 10 mulheres, com predomínio no grupo de jovens (15 a 25  
255 anos); e) taxa de detecção da infecção pelo HIV em gestantes. Brasil 2008 a 2018 - aumento  
256 da detecção do HIV em gestantes, possibilitando evitar a transmissão vertical; f) taxas de  
257 detecção de AIDS em menores de 5 anos. Brasil 2008 a 2018 - diminuição dos casos de  
258 transmissão vertical – menos 350 infecções evitadas em crianças; g) distribuição percentual  
259 dos casos de Aids em homens de 13 anos ou mais segundo categoria de exposição, por ano  
260 de diagnóstico. Brasil, 2008 a 2018 – leve aumento na categoria de homens que fazem sexo  
261 com outros homens; e h) distribuição percentual dos casos de Aids segundo raça/cor da pele,  
262 por ano de diagnóstico. Brasil, 2008 a 2018 – número maior na população parda. Sobre a  
263 mortalidade por AIDS, disse que a situação era a seguinte: a) coeficiente de mortalidade por  
264 Aids. 2008 a 2018 – 6 mil óbitos evitados (sobrevida é praticamente igual a uma pessoa que  
265 não tem AIDS, se o tratamento for regular); b) coeficiente de mortalidade padronizado de Aids  
266 (x100 mil hab.), segundo UF e capital de residência. Brasil, 2018 - no Brasil é de 4,4, com  
267 destaque para o coeficiente alto no Rio Grande do Sul e Pará; c) coeficiente de mortalidade de  
268 AIDS (por 100 mil hab.) segundo sexo e razão de sexos, por ano do óbito. Brasil, 2008 a 2018  
269 – é maior no grupo de homens; e d) tendências nas metas 90-90-90 – a estimativa é de 900 mil  
270 pessoas vivendo com HIV no país, sendo: 85% das pessoas diagnosticadas (em 2012, eram  
271 69%); 78% em tratamento (em 2012, era 64%); e supressão viral de 93% (em 2012, era 86%).  
272 Diante desse cenário, disse que os desafios eram buscar os casos e assegurar tratamento e  
273 manter a supressão viral segundo as orientações da UNAIDS. Sobre a PrEP, detalhou que: de  
274 janeiro de 2018 a dezembro de 2019, foram 63.769 dispensações; 230 serviços, 26 UF; 16.644  
275 usuários; e 16.643 usuários iniciaram a PrEP (79% Gays e outros HSH, 40% 30 a 39 anos de  
276 idade, 71% com 12 anos de estudo ou mais); e houve aumento da PEP. Por categoria de  
277 exposição, mais pessoas passaram a utilizar no grupo de homens que fazem sexo com outros  
278 homens e jovens. Sobre a PEP, destacou o aumento das dispensações, de 21.498, em 2013,  
279 para 112.064, em 2019. Também lembrou que a notificação do HIV passou a ser compulsória a  
280 partir de 2014. Falou ainda da Estratégia Viva Sabendo Melhor, explicando que foram  
281 realizados 45.821 testes de HIV, entre setembro de 2018 e dezembro de 2019, por meio do  
282 Projeto. O aumento na taxa de detecção do HIV, conforme demonstrado em gráfico, no período  
283 entre 2014 a 2019, indica que a rede de vigilância vem absorvendo gradativamente as  
284 recomendações técnicas para melhoria da informação, com diminuição da subnotificação. No  
285 que se refere às gestantes vivendo com HIV, observou-se uma melhoria significativa no  
286 sistema de vigilância. Essas mulheres passaram a ser melhor monitoradas em decorrência do  
287 aumento do diagnóstico na atenção primária e de medidas de controle mais eficientes da  
288 transmissão do HIV da mãe positiva para a criança. No período entre 2014 e 2018, o número  
289 de gestante vivendo com HIV passou de 7.643 casos para 8.621 casos (11,5%), mas se  
290 observou uma queda de 26,9% no número de casos de Aids em crianças menores de cinco  
291 anos. Sinalizou que o sucesso no controle da transmissão vertical do HIV pode ser observado  
292 nos resultados alcançados pelo Município de São Paulo: com mais de 12 milhões de

293 habitantes, a capital paulista é a cidade com maior contingente populacional do mundo a  
294 eliminar essa forma de transmissão. Em relação aos casos de AIDS, a tendência histórica  
295 aponta para queda relativa no número de pessoas com AIDS. Essa queda deve-se à adoção  
296 da estratégia de tratamento para todos, que resultou em redução de 13,6% dos casos, no  
297 período 2014 a 2018. O tratamento para todos também contribuiu para redução da mortalidade  
298 por AIDS no país. Em cinco anos evitou-se 2,5 mil óbitos, uma redução relativa de 22,8%.  
299 Salientou também os avanços alcançados na prevenção. Em 2019, foram distribuídos a todas  
300 as unidades de saúde cerca de 462 milhões de unidades de preservativos masculinos, um  
301 crescimento de 38% em relação ao ano anterior. Além disso, destacou que houve aumento  
302 substancial no número de testes rápidos para HIV ofertados nos serviços de saúde, sendo uma  
303 parte significativa destinada à estratégia da prevenção voltada para populações chave,  
304 sobretudo as ações realizadas por organizações de base comunitária no âmbito do Projeto  
305 “Viva Melhor Sabendo (VMS)”. Detalhando, disse que em 2019 foram distribuídos 12 milhões  
306 de testes rápidos na rede de atenção. A profilaxia pós-exposição (PEP) saltou de 78 mil  
307 dispensações para 97 mil dispensas de ARV em 2019. Já a PrEP, profilaxia pré-exposição,  
308 estratégia iniciada em 2018 no SUS, dobrou o número de pessoas que passaram a utilizar a  
309 medida de prevenção (14.854 pessoas). Por fim, falou sobre os recursos financeiros,  
310 mostrando a evolução do orçamento global DCCI, de R\$ 1,75 bilhão, em 2018, para R\$ 2,48  
311 bilhões, em 2020 (previsão), e do orçamento para aquisição de medicamentos ARV, de  
312 R\$ 1,26 bilhão, em 2018, para \$ 1,88 bilhão, em 2020 (previsão). Em seguida, expôs o  
313 representante da ANAIDS, **Carlos Ebeling Duarte**, que também fez uma avaliação sobre a  
314 Política de AIDS no Brasil. Iniciou cumprimentando o CNS por pautar este tema e agradecendo  
315 à ANAIDS por indicá-lo para participar do debate. Lembrou que a Política de AIDS do Brasil já  
316 foi considerada um exemplo para o mundo (2000) e para a efetividade do SUS, o Sistema que  
317 deu certo. Todavia, essa política universal, integral, equânime, com controle social efetivo  
318 exercido pelos Conselhos e pela sociedade civil organizada, vinha sendo desmontada há  
319 alguns anos. As ações de assistência e prevenção vinham sendo desconstruídas, desde 2003, a  
320 partir da descentralização da Política, acompanhada de posicionamentos políticos  
321 conservadores e de forte conotação fundamentalista, religiosos de governos subnacionais que  
322 desmontaram políticas importantes como a de Redução de Danos ou voltadas a populações  
323 específicas em vários lugares, como em Porto Alegre e no Rio de Janeiro. Avaliou que, ao  
324 longo dos anos, essa influência conservadora ampliava-se, inclusive com censura a  
325 campanhas de prevenção do MS em escolas, no carnaval, e também para populações  
326 específicas (homossexuais e prostitutas (2013/2014)). Nas suas palavras, a prevenção  
327 baseada em informações e conhecimento sobre a Aids e as ações educativas em escolas  
328 foram abandonadas para atender as demandas de setores mais conservadores da sociedade.  
329 Disse que o movimento social de luta contra Aids e seus ativistas que denunciavam estes  
330 retrocessos na Política Nacional foram contestados pela gestão e suas críticas  
331 desconsideradas. Recordou que o enfrentamento da AIDS no Brasil foi iniciado na década de  
332 80, com base na nova Constituição, pautada na garantia dos direitos do cidadão, tendo a  
333 seguridade social (saúde, previdência e assistência) como um dos pilares políticos mais  
334 importante. O país diferiu-se e destacou-se no mundo por estabelecer uma política combinada  
335 de prevenção e assistência (promoção, proteção e recuperação). Enquanto o mundo falava  
336 apenas de prevenção, o Brasil foi protagonista no combate à AIDS. Com esse foco, as grandes  
337 conquistas surgiram: medicamentos de acesso universal, políticas de integralidade de  
338 tratamento, transversalidade de ações como assistência, previdência, trabalho, educação,  
339 entre tantas outras. Lembrou que a sociedade brasileira vivia um momento de ampliação de  
340 direitos, com predomínio de debates sobre sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos, direitos  
341 de minorias e inclusão social. No entanto, a luta contra Aids colocou em confronto o  
342 conservadorismo e a liberdade de expressão. Assim, a partir de 2013 o Brasil começou a  
343 copiar o que o mundo faz, o que não necessariamente dialoga com as necessidades e as  
344 especificidades do país. Nesse contexto, perguntou se o enfrentamento puramente biomédico  
345 da epidemia de AIDS ignorou a epidemia social, e os condicionantes e determinantes que  
346 levam à infecção e ao adoecimento. Destacou que a sociedade enfrenta um momento político e  
347 social bastante conservador, com retomada de debate de pautas já encerradas e conquistadas  
348 em um viés preconceituoso, discriminatório e estigmatizante. Neste contexto adverso, disse  
349 que era preciso enfrentar uma epidemia multifacetada, regionalizada, generalizada, como em  
350 Porto Alegre, e focalizada nas chamadas populações chaves (muito mais excludente que os  
351 grupos de risco). Além disso, combater os retrocessos civilizatórios, muitas vezes  
352 potencializados pelo ódio, em uma sociedade – talvez uma minoria barulhenta – que se orgulha

353 de seus preconceitos, na qual muitos se incluem e defendem, pois, são parte da sociedade que  
354 dá poder a este Estado político ao qual as pessoas são submetidas. Afirmou que nascem  
355 questionamentos tidos como extintos, como o da necessidade de o Estado fornecer  
356 medicamentos para tratamento de AIDS. A esse respeito, lembrou que os medicamentos novos  
357 e de ponta demoram a chegar ao país e o governo não prioriza os melhores medicamentos,  
358 obrigando, muitas vezes, a judicialização dos pedidos. Para ilustrar, citou o caso Padilha, no  
359 Rio Grande do Sul, em 1996, um exemplo possível e real para os dias de hoje: “Um juiz negou  
360 o medicamento a uma pessoa com AIDS afirmando que “poucos participam das festas, mas  
361 muitos pagam a conta, e que esta pessoa nada mais tem a oferecer para o Estado”. Também  
362 destacou que a destinação de recursos para a prevenção esbarrava em ideias moralizadoras  
363 que teimam em aplicar estratégias já descartadas ao longo da história. Para ilustrar, recordou  
364 que em 2000 o Brasil rechaçou a famosa política ABC, do governo americano, calcada na  
365 abstinência sexual, na postergação das relações sexuais/fidelidade e na não utilização de  
366 preservativos. Todavia, após duas décadas, apresentam-se no horizonte outras políticas piores  
367 em que o acesso ao insumo (preservativo e campanhas de uso) ganha rótulo de “escândalo às  
368 famílias”. Sintetizou que se trata de um retorno ao passado, de forma pior, em que a  
369 abstinência sexual virou política de estado (religioso e fundamentalista) sem nenhuma base  
370 científica que comprove sua eficácia (ao contrário, onde foi aplicada, com base na política ABC  
371 (Bush), não deu resultado). Nessa linha, perguntou como fica a prevenção combinada, a PREp  
372 ou a PEP? Ressaltou que, hoje, o Ministério da Saúde dispõe de um Departamento de  
373 Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, com extinção do Departamento de  
374 Aids, por decreto. Da mesma forma, lembrou que o PNCT virou Coordenação Geral de  
375 Doenças Respiratórias de Condição Crônica (tuberculose foi eliminada por decreto, tornando-  
376 se totalmente invisível) e as pessoas com AIDS morrem de tuberculose. Ressaltou que a  
377 Organização Mundial de Saúde propõe ao mundo, e o Brasil incorpora sem discussão, a meta  
378 90 (testagem) 90 (medicamento) 90 (CV), que é uma meta para conter o HIV e não combater a  
379 AIDS. Ou seja, não mais interessa a saúde da pessoa e sim sua capacidade de transmissão do  
380 HIV (Cobertura Universal de Saúde?)? Detalhou que a proposta do 90/90/90 determina que até  
381 2030 a AIDS deixará de ser um problema de saúde pública, ocorrendo em níveis mínimos até  
382 que desaparecesse ao longo do tempo. Nas suas palavras, essa proposta lembra o início da  
383 epidemia, quando se imaginava que, por se saber as formas de transmissão do HIV e como  
384 prevenir (camisinha, seringas descartáveis, sangue controlado), seria possível acabar com a  
385 epidemia em 5 anos (estatuto do GAPA SP). Ou seja, o fator humano foi esquecido e parece  
386 que se caminha para essa lógica novamente. Lembrou que no Brasil, desde o início, o  
387 enfrentamento da epidemia de AIDS se deu com ações de assistência e previdência social  
388 (praticamente inexistentes hoje). As pessoas com HIV/Aids terão carga viral indetectável, mas  
389 sofrerão por conta dos efeitos colaterais dos medicamentos, de depressão, da falta de  
390 emprego, da ausência de assistência social, da fome, abandonados pelos serviços, pois são  
391 culpabilizadas por abandonarem seus tratamentos e serão considerados maus usuários por  
392 não conseguirem ter carga viral indetectável, o que levará à morte por Aids. Perguntou se uma  
393 pessoa com fome ou com problemas de saúde mental conseguiria fazer um tratamento com  
394 ARV, diário e para sempre, lembrando que ainda havia outras comorbidades que necessitavam  
395 do uso contínuo de medicamentos (colesterol, diabetes, pressão alta). Além dessas questões,  
396 lembrou que na semana anterior o Presidente Bolsonaro reafirmou (pois já havia dito em outro  
397 momento quando ainda era deputado), que as pessoas com AIDS são despesas para a  
398 sociedade e para o governo. Contra essa afirmação, disse que não era despesa, mas sim um  
399 cidadão que pagava pelo seu tratamento no SUS, inclusive contribuindo para pagar o salário  
400 do Presidente que deveria governar para todos e todas. Avaliou que essa era uma afirmação  
401 cruel, sem precedente na história política brasileira desde a Constituição Federal de 1988 e a  
402 criação do SUS e reafirmava os retrocessos e problemas da política de enfrentamento da  
403 AIDS. Com isso, desconsideram-se as campanhas (vetadas), os programas (extintos) e as  
404 falhas na distribuição de medicamentos e de insumos de prevenção. Destacou que essa fala  
405 soa como uma ameaça muito potente contra a vida de quem vive com AIDS no Brasil (Letícia  
406 Ikeda). Considerando essa e outras frases do Presidente da República e também a campanha  
407 governamental pela abstinência sexual, deduziu que, quem faz sexo desobedece ao Estado;  
408 portanto, a pessoa que contrair uma IST ou HIV/AIDS através de um ato subversivo não terá  
409 assistência do Estado. Disse que hoje a questão refere-se a pessoas vivendo com AIDS, mas  
410 posteriormente podem ser aquelas com tuberculose, hanseníase e, quem sabe, para quem for  
411 mãe solteira. Lembrou que estava comprovado que uma pessoa com AIDS e carga viral  
412 indetectável há mais de seis meses (tomando medicamentos ARV distribuídos pelo SUS) não

413 transmitia o HIV para seus parceiros (as) sexuais. Além disso, salientou que o Brasil fornecia  
414 medicamentos de forma universal desde 1996, e teve avanços importantíssimos como a  
415 redução drástica da mortalidade por AIDS e redução da estimativa do número de pessoas  
416 infectadas (2000). Todavia, no momento atual, por escolhas políticas equivocadas (parceria  
417 com a sociedade civil, abandono do enfrentamento social da epidemia, desmonte e  
418 sucateamento dos serviços de saúde) o país não conseguia mais frear a epidemia, que cresce  
419 mais que no restante do mundo. Nas suas palavras, é preciso garantir medicamentos e fazer o  
420 enfrentamento político social que tem causado desmontes sistemáticos. Pontuou que o país  
421 não consegue diminuir a mortalidade por AIDS (estabilizada em patamares elevados), nem  
422 zera a transmissão vertical do HIV como em Cuba (São Paulo zerou, mas em Porto Alegre  
423 continua elevada e crescente), mantendo epidemias regionalizadas, distintas. Na média do  
424 Brasil, explicou, há uma epidemia bastante alta concentrada em populações específicas (10%  
425 em HSH) e baixa na população geral (0,5%). No Rio Grande do Sul é generalizada (2%), mas  
426 concentrada em determinadas populações. A esse cenário, acrescentou a epidemia de sífilis e  
427 sífilis congênita e perguntou como ficariam os pacientes sem o tratamento no SUS. Destacou  
428 que hoje a RNP usa como lema “Antes nos escondíamos para morrer, hoje nos mostramos  
429 para viver”, assim, questionou: voltaremos ao passado? As pessoas com HIV/AIDS vão voltar a  
430 se esconder, pois serão responsabilizadas pela epidemia, discriminadas, culpabilizadas e  
431 expulsas dos serviços de saúde? Não farão teste? (para que saber?); A situação é de morte  
432 anunciada e epidemia em crescimento acelerado? Disse que a sociedade brasileira estava se  
433 posicionando contundentemente contra esta ideia e afirmação, inclusive fez com que o  
434 Presidente da República afirmasse que foi mal interpretado (mais uma vez) em suas palavras.  
435 Ou seja, mostra a repercussão negativa de suas palavras (o que não significa que ele tenha  
436 mudado de ideia). Finalizou destacando que as pessoas não podiam se deixar contaminar pelo  
437 ódio, pela discriminação e pela ignorância. Para além das questões colocadas nas falas dos  
438 expositores, conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** posicionou-se enfaticamente  
439 contrário ao movimento que culpa as pessoas vivendo com AIDS pela epidemia de AIDS e  
440 lembrou a responsabilidade do Estado Brasileiro de construir uma sociedade livre, justa e  
441 solidária, provendo o bem de todos sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e de  
442 quaisquer outras formas de discriminação. Nessa linha, lembrou que “sorofobia” é crime, pois  
443 todos são iguais perante a lei. **Manifestações.** Conselheira **Evalcilene Costa dos Santos**  
444 saudou os expositores pelas explicações, mas apontou que a situação real diferia daquela  
445 apresentada pelo diretor do DCCI/SVS/MS, pois pacientes sofriam, por exemplo, com falta de  
446 medicamentos e/ou fracionamento. Citou o Estado do Amazonas, que ocupa o primeiro lugar  
447 em abandono de tratamento, e perguntou que estratégias seriam adotadas para enfrentar essa  
448 situação. Também solicitou maiores informações sobre as ações do Departamento para a  
449 saúde das mulheres vivendo com HIV. Frisou que é essencial investir mais na política de  
450 HIV/AIDS, inclusive para garantir vidas, haja vista o alto índice de abandono do tratamento e  
451 também manifestou dúvida em relação à meta 90-90. Conselheiro **José Vanilson Torres**  
452 somou-se às falas da campanha #EuNãoSouDespesa, promovida pelo CNS, com defesa do  
453 SUS e posição contrária ao estigma, ao preconceito e à discriminação. Em seguida, abriu a  
454 palavra para a representante da Arco-íris, MNCP, Meiry Catarina, que iniciou afirmando que  
455 “não era despesa”, mas sim lucro ao Estado porque pagava seus impostos. A convidada  
456 solicitou atenção e cuidado com as pessoas vivendo com AIDS e denunciou o desmonte  
457 velado da rede de serviços no Distrito Federal voltados às pessoas nessa condição, haja vista  
458 a falta de médicos e demais profissionais que realizam atendimento, fechamento de  
459 laboratórios, filas de espera para a primeira consulta, interrupção de serviços e atendimento.  
460 Conselheira **Vitória Davi Marzola** perguntou quais ações estavam previstas para prevenir a  
461 infecção de DST na juventude e também sentiu falta de ações específicas para o período de  
462 carnaval. Conselheiro **Jonathan de Jesus Silva** fez as seguintes perguntas para o  
463 Coordenador: que estratégia seria adotada para resolver o problema do desabastecimento de  
464 medicamentos para tratamento da AIDS, inclusive da primeira combinação?; os exames CD4 e  
465 carga viral estavam sendo realizados normalmente?; há intersetorialidade nas ações de  
466 promoção e prevenção?; e como estava a estratégia das diferentes políticas de prevenção e  
467 profilaxia? Também destacou a importância de ações combinadas com a sociedade voltadas  
468 ao cumprimento das metas e de campanha de prevenção das DST/AIDS no carnaval.  
469 Conselheira **Débora Raymundo Melecchi** iniciou sua fala manifestando indignação com o  
470 posicionamento do Presidente da República que atenta contra a cidadania das pessoas  
471 vivendo com HIV/AIDS. Afirmou que era papel do controle social lutar pela sustentabilidade das  
472 políticas, priorizando o enfrentamento de fatores estruturais. Nessa linha, lembrou que era

473 dever do governo ofertar serviço de qualidade, de forma universal, a toda a população  
474 brasileira, assegurando prevenção, tratamento. Para tanto, era preciso enfrentar o estigma e  
475 exigir a garantia dos direitos humanos a pessoas vivendo com AIDS, com continuidade de  
476 campanhas educativas, respeitando a diversidade sexual e social. Disse que a interrupção de  
477 tratamento era uma afronta à vida das pessoas e, como encaminhamento, defendeu amplo  
478 debate sobre quebra de patentes, que possibilita economia e amplia o acesso aos  
479 medicamentos. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** interveio para recordar  
480 que o tema foi pautado diante de informações sobre a falta de medicamentos antirretrovirais.  
481 Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** perguntou qual a posição dos representantes do  
482 Ministério da Saúde diante da fala do Presidente: “Uma pessoa com HIV é despesa para todos  
483 aqui no Brasil... Essa liberdade que pegaram ao longo do (*governo do*) PT, (*em*) que vale tudo,  
484 chega a esse ponto, uma depravação total”. Avaliou como equívoco associar infecções  
485 sexualmente transmissíveis – IST à depravação e lamentou a proposta de abstinência sexual  
486 em detrimento do investimento em prevenção das IST. Conselheira **Marisa Furia Silva**  
487 salientou a importância de campanhas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis  
488 voltadas principalmente para jovens, com ações de informação nas escolas. Conselheiro **Luiz**  
489 **Aníbal Vieira Machado** começou sua fala registrando que a NCST era contra a posição da  
490 indústria de contestar regra que dava estabilidade no emprego a pessoas vivendo com HIV.  
491 Também manifestou preocupação com o aumento de casos de doenças no Brasil como  
492 dengue, HIV/AIDS, depressão. Diante dos dados sobre a AIDS no Brasil, defendeu a definição  
493 de políticas mais incisivas, destinando maior investimento para tratamento e prevenção,  
494 inclusive aquisição de insumos como preservativos. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo**  
495 **de Souza** informou que algumas cidades do país ainda não dispunham de preservativo para  
496 distribuição durante o período do carnaval, que iniciaria no dia 21. Conselheiro **Neilton Araújo**  
497 **de Oliveira** lembrou que, após a descoberta do primeiro caso de AIDS no Brasil, iniciou-se  
498 ação conjunta (governo, movimento social, sociedade, academia) que obteve resultados  
499 positivos no enfrentamento da situação. Na linha desse trabalho conjunto, solicitou que as  
500 áreas técnicas do Ministério da Saúde informassem as comissões do CNS sobre políticas e  
501 ações novas, bem como eventuais problemas, para debate mais amplo e definição de  
502 encaminhamentos. Por fim, saudou o movimento social brasileiro, na figura do ex-conselheiro  
503 de saúde, Carlos Duarte, que contribuiu para tornar o Programa de Enfrentamento da AIDS um  
504 patrimônio da sociedade e não somente uma política de governo. Conselheira **Jupiara**  
505 **Gonçalves de Castro** perguntou ao representante do Ministério da Saúde o que seria feito  
506 para aumentar o financiamento da pasta e assegurar a implementação das políticas de saúde,  
507 diante da política adotada pelo governo de diminuição de recursos destinados às áreas sociais,  
508 principalmente saúde e educação e do teto dos gastos públicos definido pela EC n°. 95/2016.  
509 Nas suas palavras, o governo demonstra descompromisso com o povo brasileiro ao adotar  
510 política de diminuição do Estado, que resultaria em “extermínio” da população brasileira. Disse  
511 que, além de resistir, os brasileiros, verdadeiros proprietários do Estado, precisavam lutar  
512 contra esses retrocessos. Conselheira **Marcia Patrício de Araújo** sentiu falta de dados oficiais  
513 sobre pessoas com deficiência vivendo com HIV (muitas delas contaminadas por meio de  
514 estupro de vulnerável) e falou da dificuldade enfrentada por este segmento para seguir o  
515 tratamento da forma adequada, por conta da situação de vulnerabilidade que vivem (depende  
516 do cuidador que, por vezes, é o agressor e o transmissor do vírus). Diante desse cenário,  
517 sugeriu que a Comissão de Saúde da Pessoa com Deficiência e área técnica da pessoa com  
518 deficiência realizassem trabalho conjunto para conhecer o percentual de pessoas com  
519 deficiência vivendo com HIV e as condições em que vivem e garantir que as campanhas de  
520 prevenção da AIDS fossem acessíveis. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**  
521 sinalizou a importância de retomar o debate sobre a situação das pessoas com patologias  
522 (AIDS, hepatites virais, hanseníase) e com deficiência no Brasil. Conselheiro **Fernando Zasso**  
523 **Pigatto**, Presidente do CNS, destacou a importância do debate desse tema e ressaltou a luta  
524 do Conselho em defesa da vida e de mais recursos para a saúde. **Raimundo Lima**, Conselho  
525 de Saúde do Distrito Federal – CES/DF, informou que o CES/DF debateria o desmonte da  
526 saúde no Distrito Federal e também solicitou atenção para o estigma e preconceito enfrentados  
527 pela população LGBT e vivendo com AIDS. Conselheiro **Eduardo Maércio Fróes** destacou  
528 que faltava informação à população, uma vez que o HIV/AIDS não se transmitia apenas por  
529 relação sexual. Nessa linha, manifestou preocupação da ABRALE com as contaminações por  
530 transfusão de sangue e hemoderivados, como ocorreu com alguns pacientes com talassemia,  
531 e perguntou o que seria feito para evitar esse tipo de situação. Conselheira **Gláucia Tamayo**  
532 **Hassler Sugai** também destacou que era preciso ter atenção com a limpeza urbana,

533 especialmente em relação ao descarte correto de material médico como seringas descartáveis,  
534 para evitar contaminação. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** retificou que,  
535 por meio de objetos perfuro cortantes, poderia ocorrer infecção e não contaminação, sendo  
536 mais possível contaminar por hepatites virais (vírus permanecem de sete a nove dias  
537 encapsulados, enquanto o vírus do HIV/AIDS dura poucos minutos em meio exterior). **Retorno**  
538 **da mesa.** O diretor do DCCI/SVS/MS, **Gerson Pereira**, agradeceu as considerações feitas e  
539 comentou os seguintes aspectos das falas: a) tratamento: o Brasil garante o melhor tratamento  
540 para AIDS disponível no mundo; é preciso ter atenção especial às mulheres, assegurando  
541 medidas de prevenção combinada, com foco nas gestantes; b) situação do Rio Grande do Sul:  
542 há uma epidemia generalizada no Estado, com alto índice nas mulheres, mas com taxa baixa  
543 de transmissão vertical; c) campanhas: a intenção é fazer de forma perene (a cada três  
544 meses); d) contaminação: tem sido feito trabalho com a coordenação de sangue e  
545 hemoderivados e a intenção é rever a portaria e diminuir o tempo (de doze para seis meses) –  
546 janela imunológica; e as denúncias de contaminação foram investigadas e um caso foi  
547 identificado; e) Departamento: é importante porque permite trabalhar de forma articulada AIDS,  
548 hanseníase, tuberculose, sífilis e hepatites; f) distribuição de medicamentos: a Coordenação  
549 possui cuidado especial com a distribuição, inclusive com reuniões mensais para monitorar a  
550 situação no país; é preciso incluir no site do MS a lista de medicamentos disponibilizados, bem  
551 como a quantidade, a fim de ampliar a transparência; a proposta é ampliar o montante de  
552 medicamentos dispensados para as pessoas vivendo com HIV AIDS (de três para seis meses),  
553 a fim de evitar o abandono de tratamento, além de descentralizar a distribuição; g) dados  
554 epidemiológicos de AIDS: dados atualizados estavam disponíveis no site do MS para consulta;  
555 h) distribuição de preservativos: está programada dispensação/distribuição de maior  
556 quantitativo desse insumo; i) Programa de AIDS: destaque ao esforço para manter a qualidade  
557 do Programa; j) hanseníase: é preciso ter atenção, por conta do número de casos e as  
558 sequelas causadas pela doença; e l) diagnóstico da AIDS e início do tratamento: é fundamental  
559 diminuir o tempo entre o diagnóstico da AIDS e o início do tratamento (no RS, diminuiu para 50  
560 dias). Acrescentou que registrara as questões colocadas e estariam no radar da Coordenação  
561 para serem acompanhadas. Por fim, disse que o debate em conjunto era fundamental,  
562 lembrando que um dos pilares do Programa era a participação do movimento social. Na  
563 sequência, o representante da ANAIDS, **Carlos Ebeling Duarte**, comentou as questões  
564 colocadas nas falas do Plenário, destacando, inicialmente, que o Programa de AIDS no Brasil  
565 teve avanços e era um exemplo para o mundo, por isso, era mais cobrado e exigido. Todavia,  
566 havia muito a avançar diante de retrocessos e questões políticas preocupantes, como a  
567 campanha em prol da abstinência para prevenção de gravidez e AIDS no lugar da informação.  
568 Nas suas palavras, esse processo causava grande preocupação, inclusive porque poderia  
569 avançar para um estágio ainda mais agressivo. Disse que a fala do Presidente da República  
570 demonstrava desconhecimento e atingia as políticas de saúde, portanto, não poderia ser  
571 desconsiderada no debate (convicção de governo e não do gestor). Além disso, afirmou que a  
572 realidade das pessoas vivendo com AIDS não aparecia em nenhum lugar (pessoas vivendo  
573 com AIDS perderam benefício de saúde e não conseguiam emprego). Também defendeu a  
574 utilização do termo pessoas vivendo com “HIV/AIDS”, frisando ser essencial combater o HIV,  
575 que é feito com medicamentos, mas fundamental combater a AIDS com políticas sociais. Além  
576 dessas questões, salientou que a testagem do sangue era uma das grandes conquistas da  
577 sociedade brasileira no enfrentamento da epidemia de AIDS. No mais, reiterou que o  
578 enfrentamento da AIDS sempre foi feito de forma conjunta - gestão, sociedade civil, academia  
579 (incluindo serviços de saúde), mas as organizações da sociedade civil vinham sendo  
580 criminalizadas. Ainda em relação aos desafios, ressaltou que a Prep não era uma política de  
581 acesso universal e a campanha de prevenção do HIV/AIDS lançada era hetero normativa e não  
582 atingia o público alvo. Por fim, disse que as questões levantadas precisavam ser tratadas com  
583 profundidade porque traziam riscos às políticas públicas. Após essas falas, o coordenador da  
584 mesa acrescentou que as campanhas adotadas, de um modo geral, eram heteronormativa,  
585 altamente ideológicas, direcionadas à classe branca e, portanto, não contribuíam para retirar a  
586 população LGBTI da invisibilidade. Lembrou ainda que o movimento social vinha construindo a  
587 política nacional de luta contra a AIDS ao longo dos anos e deveria agir para evitar retrocessos.  
588 Também frisou que o foco deveria ser na pessoa vivendo com HIV/AIDS e lamentou as  
589 declarações do Presidente da República, proferidas em 5 de fevereiro de 2020, afirmando que  
590 as pessoas com HIV/Aids eram uma “despesa” à sociedade brasileira. Dito isso, procedeu aos  
591 encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário decidiu elaborar minuta de recomendação**  
592 **contemplando as propostas que emergiram do debate: a) solicitar resposta do**

593 Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente  
594 Transmissíveis – DCCI/SVS/MS sobre a efetividade (custo/benefício) do tratamento da  
595 Terapia Antirretroviral no Brasil, mostrando o avanço da resposta Brasil para conter a  
596 epidemia, minimizar óbitos e preservar a vida e a saúde da população (estudos e  
597 pesquisas); b) solicitar ao Ministério da Saúde que retome e amplie as ações de  
598 prevenção das DST/AIDS/HIV voltadas a adolescentes e jovens, com campanhas  
599 informativas, de acordo com dados atuais e a realidade brasileira; c) aprovar moção de  
600 repúdio às declarações do Presidente da República, proferidas em 5 de fevereiro de  
601 2020, afirmando que as pessoas com HIV/Aids são uma “despesa” à sociedade  
602 brasileira”; d) revitalizar as ações de parceria com a iniciativa privada para fomentar  
603 mais ações de promoção da saúde e prevenção; e e) estreitar ainda mais o contato com  
604 os movimentos sociais para retomar as parcerias com as ONG no Brasil. A minuta de  
605 recomendação seria apreciada e votada no último item da pauta. Finalizando, o  
606 coordenador da mesa agradeceu a presença dos convidados e, às 12h40, encerrou a manhã  
607 do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras  
608 nesse período: *Titulares* - **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de  
609 Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Carlos de Souza Andrade**,  
610 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC; **Dulcilene Silva**  
611 **Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais – FBH; **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira  
612 de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**, Conselho Federal de  
613 Enfermagem – COFEN; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de  
614 Moradores – CONAM; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores  
615 Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINTAPI/CUT; **Joana Batista Oliveira Lopes**,  
616 Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa  
617 Idosa – PPI; **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-  
618 Administrativos das Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Luiz Aníbal**  
619 **Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marisa Furia Silva**,  
620 Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação  
621 Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Musa Denaise de Sousa de Moraes de Melo**,  
622 Ministério da Saúde; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viégas**  
623 **Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Ruth**  
624 **Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN; **Shirley Marshal Diaz**  
625 **Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Solimar Vieira da Silva Mendes**,  
626 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS;  
627 **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA; **Valdenir**  
628 **Andrade França**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB;  
629 **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM; e **Vitória Davi Marzola**,  
630 União Nacional dos Estudantes - UNE. *Suplentes* - **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**,  
631 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Alceu Kuhn**, Organização Nacional de  
632 Cegos do Brasil – ONCB; **Ana Carolina Navarrete Munhoz Fernandes da Cunha**, Instituto  
633 Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC; **Casemiro dos Reis Júnior**, Federação Médica  
634 Brasileira – FMB; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações  
635 de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Cleonice Caetano Souza**, União Geral dos  
636 Trabalhadores – UGT; **Debora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos  
637 – FENAFAR; **Erivelto Fernandes do Nascimento**, Fórum de Presidentes de Conselhos  
638 Distritais de Saúde Indígena – FPCONDISI; **Evalcilene Costa dos Santos**, Movimento  
639 Nacional das Cidadãs Posithivas – MNCP; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional  
640 dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem  
641 – ABEn; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e  
642 Idosos – COBAP; **Giancarlo de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia –  
643 CFO; **Gilberto Soares Casanova**, Associação de Diabetes Juvenil – ADJ; **Giovanna de**  
644 **Saboia Bastos**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Gláucia Tamayo Hassler**  
645 **Sugai**, Ministério das Cidades; **Jacildo de Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos  
646 Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar no Brasil – CONTRAF BRASIL; **João**  
647 **Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS; **Jonathan de Jesus Silva**, União Nacional LGBT –  
648 UNALGBT; **José Vanilson Torres**, Movimento Nacional de População de Rua – MNPR;  
649 **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;  
650 **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Luiz**  
651 **Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos –  
652 SINDNAPI/FS; **Manuelle Maria Marques Matias**, Associação Nacional de Pós-Graduandos –

653 ANPG; **Marcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostromizados – ABRASO;  
654 **Marlene Pereira dos Santos Oliveira**, Instituto Lado a Lado pela Vida; **Maria da Conceição**  
655 **Silva**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação  
656 Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho Federal  
657 de Nutricionistas – CFN; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria –  
658 CNI; **Rodrigo César Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de  
659 Saúde – CONASEMS; **Tiago Farina Matos**, Instituto Oncoguia; e **Wilson Hiroshi de Oliveira**  
660 **Uehara**, Conselho Federal de Farmácia - CFF. Retomando às 14h10, a mesa foi composta  
661 para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – O CENÁRIO DO NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO DA**  
662 **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - Apresentação:** **Maria José Oliveira Evangelista**,  
663 assessora do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; e **Lígia Giovanella**,  
664 docente permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de  
665 Saúde Pública – ENSP/Fiocruz. **Coordenação:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**,  
666 Presidente do CNS. Contextualizando, o Presidente do CNS lembrou que a pauta dava  
667 continuidade ao debate sobre o novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde,  
668 iniciado em novembro 2019, com a publicação da Portaria nº 2.979/2019. A esse respeito,  
669 informou que foi realizado na manhã daquele dia, na Câmara Legislativa do Distrito Federal,  
670 seminário para debater a Portaria nº 2.979/2019. Recordou que a realização do seminário na  
671 CLDF foi aprovada pela Comissão de Seguridade Social e Família - CSSF, da Câmara dos  
672 Deputados, conforme Requerimento nº 351/2019, que determina ainda a promoção de  
673 seminários em todos os estados brasileiros para debater o tema. Destacou que o CNS daria  
674 continuidade a esse debate para deliberação na reunião ordinária do mês de maio de 2020.  
675 Feitas essas considerações iniciais, agradeceu a presença das convidadas e abriu a palavra  
676 para as explicações. A primeira expositora foi a assessora do CONASS, **Maria José Oliveira**  
677 **Evangelista**, que começou falando da sua formação em saúde pública e da sua experiência  
678 em atenção primária (durante 32 anos) e destacando a importância da articulação entre as três  
679 esferas de gestão, com o apoio do controle social, para alcançar o que se deseja. Iniciou a  
680 abordagem do tema com um pouco da história da atenção básica (década de 20 a 70), citando  
681 os seguintes fatos: 1920 - Relatório Dawson (Reino Unido), surgido uma década depois do  
682 Relatório Flexner; 1948 - criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, com a adoção  
683 do médico generalista; 1960 - movimento feminista e a pílula anticoncepcional, movimentos  
684 pacifistas e ecológicos, saúde materno-infantil, estudos de Framingham, estudos sobre saúde e  
685 tabaco etc; e 1977/1978 - Assembleia Mundial de Saúde (meta social: Saúde para todos no  
686 ano 2000) e Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata. Em  
687 âmbito nacional, apresentou a seguinte evolução histórica da APS: 1º Ciclo: Os centros de  
688 saúde-escola (USP), anos 20; 2º Ciclo: O modelo da fundação SESP, anos 40; 3º Ciclo: Os  
689 centros de saúde estaduais, anos 60 (Prog. Saúde Pública); 4º Ciclo: O modelo da medicina  
690 simplificada, anos 70 (PIASS); 5º Ciclo: As ações integradas de saúde, anos 80 (AIS,  
691 SUDS,CF/SUS); 6º Ciclo: A municipalização da atenção primária à saúde, início dos anos 90  
692 (Institucionalização do SUS); 7º Ciclo: O modelo da atenção básica à saúde, segunda metade  
693 dos anos 90 - PNACS – PACS – PSF – ESF; e 8º Ciclo: Um novo ciclo - o ciclo da atenção  
694 primária à saúde. Detalhou também os modelos de APS: Tradicional – consultas médicas e de  
695 enfermagem; Semachko – clínico, GO e pediatra; Medicina de Família e Comunidade –  
696 centrado no médico dessa especialidade; ESF – médico, enfermeiro, técnico de enfermagem,  
697 ACS, odontólogo e outros profissionais de nível superior; e Modelos mistos em uma mesma  
698 UBS. Disse que esses diferentes modelos fragilizam a APS e o sentimento de desencanto pelo  
699 PSF expressava-se nas seguintes propostas de substituição ou flexibilização do PSF:  
700 flexibilização do trabalho dos profissionais – trabalho em tempo parcial; exagerada expansão  
701 das UPAS, competindo com o PSF; e oferta de atendimento hospitalar em unidade de pequeno  
702 porte, que operam sem escala e desvio de recursos da APS. Apresentou um gráfico para  
703 explicitar que a atenção primária não era prioridade, pois o volume de recurso investido nesse  
704 nível de atenção era expressivamente menor (13,5% do gasto total do MS (população  
705 Ribeirinha, quilombola, moradores de rua)) que o da MAC (40,3% do gasto total do MS).  
706 Também falou sobre os gastos do SUS com os hospitais (ineficientes) – sobrecarga dos  
707 estados: os gastos com internações hospitalares no SUS foram, em 2014, de R\$ 47,3 bilhões,  
708 o que representa 22,2% dos gastos totais e 41,0% dos gastos em atenção curativa. Esses  
709 gastos foram assim distribuídos: R\$ 16,8 bilhões (35,5%) do Ministério da Saúde; R\$ 23,9  
710 bilhões (50,5%) dos estados; e R\$ 6,6 bilhões (14%) dos municípios. Ou seja, as despesas  
711 com hospitais atingiram um total de R\$ 78,1 bilhões. Desse modo, avaliou que era preciso  
712 organizar melhor a atenção primária, a fim de diminuir esses gastos e promover melhor

713 equilíbrio no Sistema como um todo. Recordou que o CONASS desenvolve um projeto que  
714 contribuiu com a organização das redes de atenção à saúde, principalmente no que se refere à  
715 atenção primária, e, conhecendo a realidade do país, reconheceu como fragilidades do 7º ciclo:  
716 Acesso Universal x Cobertura; baixa valorização política, econômica e social do PSF;  
717 fragilidade institucional em todos os âmbitos do SUS; precarização do trabalho; carência de  
718 infraestrutura adequada; baixa densidade tecnológica (tanto cognitivas como tecnologia mais  
719 duras); fragilidade dos Sistemas de Apoio Diagnóstico (ex: Patologia Clínica); equipes  
720 incompletas, não cumprimento da carga horária, carência de equipes multiprofissionais;  
721 enfermeiro divide o tempo entre a gestão e a clínica; em alguns casos, fragilidade do controle  
722 social; e subfinanciamento. A essas fragilidades, acrescentou: o modelo de ensino médico é  
723 centrado na especialização; baixo salário dos generalistas frente aos especialistas; maior  
724 incremento das responsabilidades clínicas da APS; cumprimento de carga horária; APS não  
725 frequente as manchetes de grande mídia e não gera notícia positiva sobre saúde; população vê  
726 APS como medicina de baixa qualidade e prefere especialista; gestores preferem investir em  
727 unidades de atenção especializada e hospitais, que dão maior visibilidade política, o que  
728 subfinancia e fragiliza a APS; e Modelo de Atenção à Saúde. Seguindo, falou sobre o 8º Ciclo  
729 de Desenvolvimento da APS no Brasil, que deve ser o ciclo da APS e da Consolidação da ESF.  
730 Explicou que o 7º ciclo esgotou-se pela persistência e não superação dos problemas, mas não  
731 pelo fracasso do modelo de PSF. Destacou que o Decreto nº. 7.508, 28 de junho de 2011, que  
732 regulamenta a Lei nº 8.080/90, faz uma clara opção por uma APS como estratégia de  
733 reordenamento do SUS e estabelece a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário  
734 às ações e aos serviços de saúde. Salientou que no 8º Ciclo era necessário: fortalecimento do  
735 Sistema de Apoio Diagnóstico; a utilização de equipes multiprofissionais na ESF; a implantação  
736 de Sistemas Eletrônicos de Informações Clínicas; o fortalecimento gerencial das unidades da  
737 ESF; o fortalecimento do Controle Social na ESF; a superação dos problemas educacionais e  
738 nas relações de trabalho; a implantação de modelos de atenção à saúde para as condições  
739 agudas e para as condições crônicas; e o financiamento adequado da ESF. Seguindo, detalhou  
740 a mudança da APS proposta pela Organização Mundial de Saúde – OMS: **1) Reformas em**  
741 **busca da cobertura universal para atingir a equidade em saúde; 2) Reformas na prestação dos**  
742 **serviços de saúde para construir um sistema de atenção à saúde centrado nas pessoas; 3)**  
743 **Reformas na liderança dos sistemas de atenção à saúde, para tornar as autoridades mais**  
744 **confiáveis; e 4) Reformas nas Políticas Públicas, para promover a saúde das comunidades.**  
745 Diante desse cenário, abordou os desafios para transformar a atenção primária ordenadora do  
746 cuidado, detalhando a situação atual do país: transição demográfica e alimentar e situação  
747 epidemiológica com tripla (quádrupla) carga de doenças; prevalência das condições crônicas  
748 de saúde; e um Sistema de Saúde Fragmentado e que não responde à situação de saúde  
749 atual. Destacou que, para promover mudança no modelo de atenção, era preciso ir do modelo  
750 de atenção às condições e aos eventos agudos para o modelo de atenção às condições  
751 crônicas e aos eventos agudos. No Modelo de Gestão e de Financiamento, era preciso ir da  
752 gestão da oferta para a gestão com base na população, voltado para os resultados em saúde.  
753 Além disso, sair dos sistemas fragmentados para as redes de atenção à saúde - organização  
754 hierárquica para organização poliárquica (AP no centro da atenção). Para isso, era preciso:  
755 integrar as ações e os serviços de atenção à saúde por meio da estruturação de rede,  
756 fortalecendo a Região de Saúde; atuar com foco na qualificação dos processos de trabalho e  
757 no gerenciamento dos riscos. Com isso, evoluir na organização da Atenção Primária à Saúde.  
758 A segunda expositora foi a docente permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde  
759 Pública/ENSP/Fiocruz, **Lígia Giovanella**, que falou sobre a Política Nacional de Atenção  
760 Básica em contexto de restrição de direitos. Começou agradecendo o convite para tratar do  
761 tema no Conselho e ressaltando, em nome da Rede de Pesquisa APS da ABRASCO, a  
762 importância de estabelecer pontes de diálogo com os gestores do SUS, CONASS,  
763 CONASEMS, conselhos de saúde e profissionais de saúde, que tornam o SUS realidade no dia  
764 a dia dos cidadãos. É fundamental diálogos em defesa do SUS público, universal de qualidade,  
765 em que a APS, forte, integral, de orientação comunitária, territorializada, que equilibre cuidado  
766 individual oportuno com ações programáticas e cuidado coletivo, cumprindo assim, com os  
767 atributos essenciais e derivados da APS, seja o coração da rede regionalizada para garantia da  
768 atenção integral no SUS com equidade, respondendo às necessidades individuais e  
769 populacionais de atenção à saúde ([www.redeaps.org.br](http://www.redeaps.org.br)). Pontuou como avanços nos 30 anos  
770 do SUS a Constituição Federal brasileira de 1988 que reconhece a conexão entre o  
771 desenvolvimento econômico e social e as condições de saúde e estabelece “saúde como  
772 direito de todos e dever do Estado”. Além disso, trouxe mudança de modelo de seguro social

773 de acesso restrito a contribuintes inseridos no mercado formal de trabalho para seguridade  
774 social – da cidadania regulada para a cidadania plena e criou um sistema público universal de  
775 saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que há 30 anos busca cumprir com os princípios e  
776 diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, participação social e descentralização. No  
777 mais, promoveu a universalização do acesso e ampliação de cobertura de atenção à saúde  
778 (básica, especializada e de alta complexidade) a amplas camadas da população até então  
779 excluídas de cuidado sanitário (<50% para 75%/100%). Além disso, houve avanços na  
780 institucionalidade descentralizada democrática com participação social em todos os níveis de  
781 gestão e inovações no modelo assistencial, em especial saúde mental e a Estratégia Saúde da  
782 Família. Sobre a Política Nacional de Atenção Básica em contexto de restrição de direitos,  
783 destacou que a política atual de AB precisa ser analisada considerando o conjunto de medidas  
784 e o contexto atual (conhecer a direcionalidade das políticas – para onde vamos?). Pontuou o  
785 contexto de restrição de direitos, congelamento de gastos públicos em políticas sociais,  
786 autoritarismo, graves ameaças e afrontas à democracia, aumento das desigualdades sociais.  
787 Além disso, destacou: reforma previdenciária – reduz direitos, dificulta acesso – 2 milhões na  
788 fila de espera; reforma trabalhista – aumento da informalidade e restrições aos sindicatos;  
789 redução da cobertura PBF de 13,8 milhões de famílias em janeiro de 2019 para 13,1 em dez  
790 2019 – 1 milhão de famílias na lista de espera; BPC 300 mil na fila de espera; agressões ao  
791 meio ambiente, liberação de agrotóxicos proibidos em diversos países com incentivos; e  
792 ameaças à democracia: autoritarismo, abolição de conselhos, agressão a minorias, recurso  
793 explícito a estratégias nazistas; liberdade para matar; desmonte educação pública, ciência e  
794 tecnologia, cultura. Ainda nesse contexto, citou os impactos negativos em todos os  
795 determinantes sociais da saúde – saúde é por essência intersetorial – afetada pelo conjunto  
796 das políticas – sobretudo pelas desigualdades sociais – políticas atuais, nem previnem nem  
797 promovem a saúde. Ainda contextualizando, detalhou as principais medidas da APS: Lei  
798 13.958/2019 (ex. MP n°. 890) – institui o Programa Médicos pelo Brasil – PMB e cria a ADAPS  
799 com amplas atribuições, inclusive prestação direta de APS por meio da contratação de  
800 prestadores privados; Carteira de serviços/rol de procedimentos centrado no cuidado clínico  
801 individual; e Portaria nº 2.979 – Programa Previne Brasil – Financiamento da APS – com base  
802 em capitação ponderada. Ressaltou que havia uma sinergia de políticas para a APS –  
803 focalização, seletividade e mercantilização – com aumento das desigualdades. Discorreu sobre  
804 a Lei n°. 13.958/2019 (antiga MP n°. 890), que institui o Programa Médicos pelo Brasil e cria a  
805 Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - ADAPS, serviço social  
806 autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse  
807 coletivo e de utilidade pública, com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução  
808 de políticas de desenvolvimento da APS”. Disse que os objetivos da Agência transcendem o  
809 Programa Médicos Pelo Brasil: a ADAPS deve promover a execução de políticas de APS;  
810 prestar serviços de APS; desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão que terão  
811 componente assistencial por meio da integração entre ensino e serviço; e promover o  
812 desenvolvimento e a incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão; entre outros.  
813 Apontou como primeiro risco da proposta a mudança de relação entre os entes federados,  
814 sendo governo federal como prestador de serviços de saúde AB em âmbito local,  
815 desconsiderando o processo de descentralização do SUS, com comando único em cada esfera  
816 de governo – fere o princípio de descentralização. Além disso, destacou que a participação do  
817 setor privado na execução da política de APS era claramente explicitada, pois a ADAPS podia  
818 articular-se com órgãos e entidades públicas e privadas e firmar contratos com órgãos e  
819 entidades públicas e privadas, incluindo instituições de ensino, para o cumprimento de seus  
820 objetivos. Avaliou que esta relação com o setor privado também se estabelecia na composição  
821 do conselho deliberativo da ADAPS: 6 do Ministério da Saúde, 1 do CONASS, 1 do  
822 CONASEMS, 1 da Associação Médica Brasileira, 1 do Conselho Federal de Medicina, 1 da  
823 Federação Nacional dos Médicos e 1 do Conselho Nacional de Saúde. Pontuou como outros  
824 riscos da proposta: traz, internamente, a possibilidade de deslocamento da gestão pública para  
825 o âmbito privado (Anderson, 2019); permite a contratação de empresas privadas para a  
826 provisão e formação em APS no SUS; promove a mercantilização da atenção básica – setor  
827 menos mercantil, mais público e mais eficiente do SUS; e possibilita posicionamento de  
828 entidades médicas e seguros privados: CFM, Unimed. Ponderou que o debate sobre em que  
829 medida a ADAPS representa privatização no SUS deve contemplar duas dimensões: própria  
830 modalidade de gestão da ADAPS - serviço social autônomo (figura jurídica de direito privado  
831 sem fins lucrativos) e sua potencialidade de responder ao interesse coletivo, com  
832 transparência, economicidade, e não ser capturada pelo setor privado e responder aos

833 interesses de mercado; depende da qualidade do contrato de gestão e da capacidade  
834 governamental de exercer seu controle; e ampla liberdade à Agência para estabelecer  
835 contratos com o setor privado. A esse respeito, pontuou como riscos a dupla terceirização, pois  
836 terceiriza a implementação da política de APS na ADAPS e a Agência terceiriza a prestação  
837 contratando o setor privado com ou sem fins de lucro. Além disso, destacou que não havia  
838 evidências científicas que a prestação privada e/ou a terceirização eram mais eficientes ou de  
839 maior qualidade. Relatou que revisão da Cochrane sobre contratação de terceiros para  
840 prestação de serviços de saúde em países de renda média e baixa apontou que a contratação  
841 de terceiros fazia nenhuma ou pouca diferença no uso de serviços ou nos resultados quando  
842 comparados aos serviços prestados diretamente pelos governos (Odendaal, 2018).  
843 Acrescentou que outras revisões mostraram que prestadores privados respondem a demandas  
844 e não às necessidades de saúde; instalam-se em áreas de maior desenvolvimento  
845 socioeconômico; ofertam serviços mais rentáveis; prestam mais serviços desnecessários e  
846 mais frequentemente violam padrões de boa prática médica; e são menos eficientes e têm  
847 resultados inferiores em saúde do que os serviços públicos. Em suma, podem prover atenção  
848 mais oportuna e cuidados mais personalizados (Basu et al, 2012; Berendes et al, 2011).  
849 Também apontou que a Lei define, para a implementação do Programa Médicos pelo Brasil,  
850 que a Adaps realizará a contratação de médicos com CRM e tutores especialistas de família e  
851 comunidade ou em clínica médica por meio de processo seletivo público. O pagamento se dará  
852 por bolsa e depois de 2 anos por CLT, não há carreira e nem menção de carreira na Lei. Ainda  
853 nos termos da Lei, o processo seletivo para médico incluirá curso de formação com duração de  
854 dois anos, com prova final para habilitação de título de especialista em medicina de família e  
855 comunidade – quebra regra da SBMFC e rompe com a exigência de residência. Além disso, o  
856 PMM possui como eixo estratégico principal a formação médica com universalização das  
857 residências médicas (1 a 2 anos em MFC) e interiorização das escolas médicas para  
858 substituição progressiva dos médicos intercambistas no provimento de médicos em áreas  
859 remotas ou desfavorecidas. Continuando, falou sobre a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro  
860 de 2019, Programa Previne Brasil, financiamento para APS com base à capitação ponderada.  
861 Explicou que a nova proposta de financiamento da APS traz consequências drásticas para os  
862 municípios ao substituir o PAB fixo, o PAB variável por ESF e os incentivos ao NASF e  
863 gerentes por um pagamento por capitação ponderada, calculada pelo número de pessoas  
864 cadastradas. Disse que isso significa, em primeiro lugar, que os municípios terão que renunciar  
865 à única transferência governamental em saúde de base populacional atualmente existente,  
866 para aplicação com autonomia, que é o PAB fixo, o que certamente é um risco para a  
867 sustentabilidade financeira do SUS municipal. Nas suas palavras, eliminar incentivos  
868 específicos para o NASF e ESF significa a abolição dos NASF e a extinção da prioridade para  
869 a Estratégia Saúde da Família. Além disso, há o risco de prescindir de um modelo assistencial  
870 e o resultado poderá ser qualquer atenção básica de qualquer jeito. Destacou que o modelo  
871 assistencial de APS integral com enfoque territorial e comunitário da Estratégia Saúde da  
872 Família (ESF), que alia o cuidado individual com a abordagem coletiva, demonstrou ser mais  
873 efetivo que outros modelos. Seguindo, destacou que a importante expansão da cobertura da  
874 ESF e continuidade do modelo assistencial, ao longo de mais 20 anos, resultou em aumento da  
875 oferta de amplo espectro de ações e serviços e concorreu para efeitos positivos importantes  
876 sobre a saúde da população: redução da mortalidade infantil (<5 anos), internações por  
877 condições sensíveis à APS e mortalidade por doenças cardiovasculares. Disse que a própria  
878 ideia de equipes multiprofissionais da ESF deixou de ser incentivada e em médio prazo tende a  
879 deixar de existir. Além disso, qualquer equipe de atenção básica ESF ou EAP receberá  
880 incentivos financeiros equivalentes, bastando para tal constar em sua composição um/a  
881 médico/a e um/a enfermeiro/a com cargas horárias diversificadas (EAP criadas na PNAB 2017  
882 sem ACS), o que permitiria inferir não haver diferença entre o cuidado prestado pelas duas  
883 modalidades. Com isso, extingue-se na prática a prioridade às equipes SF – por modelo  
884 centrado no cuidado individual. Lembrou que a Nota técnica da SAPS de janeiro de 2020  
885 esclareceu que os NASF-AB foram abolidos: não serão mais credenciados e não receberão  
886 qualquer incentivo. Alude-se a uma suposta maior autonomia do gestor municipal para a  
887 composição de suas equipes. Salientou que muito provavelmente a abolição do incentivo e  
888 suporte financeiro incorrerá em demissões de profissionais e a extinção dos NASF em médio  
889 prazo. Com redução do escopo das práticas e resolutividade da atenção básica, haverá  
890 consequências para a qualidade dos cuidados, principalmente para portadores de doenças  
891 crônicas, afetando o princípio da integralidade e causando redução da cesta. Ressaltou que os  
892 riscos de desfinanciamento dos municípios, já sobrecarregados, somado ao contexto de

893 situação fiscal crítica, eram elevados. Lembrou que os municípios assumiram  
894 progressivamente a efetivação do SUS e eram responsáveis por importante proporção dos  
895 gastos públicos em saúde (31%/ cerca de R\$ 82 bilhões em 2017). Apontou que havia elevada  
896 probabilidade de redução de recursos transferidos aos municípios, por abolição do PAB fixo, já  
897 em curto prazo, em 2021, mesmo com regras de transição. Segundo a SAPS, 1098 municípios  
898 terão redução de recursos em 2020 pelas novas regras e receberão montantes idênticos aos  
899 de 2019 durante 2020, mas em 2021 serão submetidos às novas regras. Detalhou que os  
900 municípios classificados como urbanos teriam as perdas mais importantes e, segundo  
901 estimativas de cálculo das transferências com base na capitação ponderada, elaboradas pelos  
902 COSEMS do RJ e de SP, haverá enormes perdas para muitos municípios em seus estados,  
903 considerada a proporção da população cadastrada. Inclusive, sugeriu que o CNS convidasse  
904 os dois COSEMS para falar desse tema. Segundo o COSEMS SP, era de 47% a estimativa de  
905 perda em 2021 dos recursos federais transferidos aos municípios paulistas em 2019 para APS.  
906 Somente 36% da população do Estado possui cadastro nas UBS. Mesmo em cenário ideal de  
907 cadastramento na meta máxima para cada equipe, para o conjunto dos municípios paulistas na  
908 dimensão da capitação ponderada, haveria em 2021 uma perda de mais de 25% das  
909 transferências previstas para 2019, atingindo 391 municípios (ou 61% do conjunto de  
910 municípios) segundo o Cosems SP (Cosems SP. Nota Técnica COSEMS/SP: Novo modelo de  
911 financiamento da Atenção Primária em Saúde. Disponível em:  
912 [http://www.cosemssp.org.br/noticias/nota-tecnica-cosems-sp-novo-modelo-de-financiamento-](http://www.cosemssp.org.br/noticias/nota-tecnica-cosems-sp-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-em-saude/)  
913 [da-atencao-primaria-em-saude/](http://www.cosemssp.org.br/noticias/nota-tecnica-cosems-sp-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-em-saude/) acesso 10.02.2020). Detalhou que nos doze municípios da  
914 Baixada Fluminense, por exemplo, seria necessário cadastrar até maio de 2020 mais de 2  
915 milhões de pessoas com uma perda mensal de mais de seis milhões de reais, o que  
916 certamente resulta em desassistência importante para a população destes municípios carentes  
917 (Cosems RJ 2019). Destacou que as transferências intergovernamentais para a atenção básica  
918 não podem se restringir ao número de cadastrados em equipes. As ações das equipes dirigem-  
919 se a toda população do território; ademais, centenas de municípios somente têm serviços SUS  
920 em seus territórios: atendem de fato toda população. Nas suas palavras, considerar apenas a  
921 população cadastrada, na prática, significa romper com a universalidade do SUS. Lembrou  
922 que, atualmente, existem reais dificuldades de cadastramento, pois os municípios ainda se  
923 encontram em processo de transição para o e-SUS SISAB e não conseguiram atualizar todos  
924 os cadastros. No sistema anterior SIAB, o cadastro era familiar. No e-SUS, cadastro individual  
925 (CPF, cartão SUS), dados de todas as pessoas. Há dificuldades para inserção de dados no  
926 novo sistema: internet com boa conectividade, disponibilidade de computadores na UBS; onde  
927 os ACS não usam tablete, o processo de digitação é demorado, ademais dos desincentivos e  
928 redução do número de ACS, que são os responsáveis pelo cadastramento. Além disso, na  
929 mudança de sistema ocorreu redução do número de cadastrados. Para se ter uma ideia, em  
930 dezembro de 2013, havia 121 milhões de pessoas cadastradas no SIAB e, ao final de 2018,  
931 apenas 86 milhões de cadastros individuais no e-SUS. Disse que peça publicitária governo  
932 federal, após a publicação da Portaria 2.979, apontou que 50 milhões de brasileiros mais  
933 vulneráveis encontravam-se “esquecidos” e desassistidos pela ESF. O componente  
934 desempenho terá progressivamente um maior peso - não se trata de melhora do  
935 financiamento, mas de realocação de recursos, diferente do PMAQ-AB. O componente de  
936 desempenho do PAB Variável, criado em 2011 com o PMAQ-AB, consistiu em novo recurso  
937 financeiro, transferido aos municípios conforme o resultado da avaliação externa e de um  
938 conjunto de indicadores. Disse que ocorreria uma realocação de recursos entre municípios e  
939 não um aumento real, com perdas evidentes para partes dos municípios, especialmente os  
940 classificados como urbanos. Lembrou, ainda, que tal mudança estrutural no financiamento da  
941 APS, exigindo grande esforço de compreensão e ação pelos gestores e equipes de saúde,  
942 coincidia com as eleições e com o encerramento de gestões municipais em 2020 – agrega  
943 complexidade que pode comprometer esse esforço de aumento de cobertura/cadastramento  
944 uma vez que nos anos eleitorais há limitação de gastos e períodos de impedimento legal para a  
945 execução de certos gastos. Continuando, falou sobre o Programa Saúde na Hora que se  
946 centrava no pronto atendimento e estes incentivos apontavam para a transformação das  
947 Unidades de Saúde da Família, nos municípios de médio e grande porte, em unidades de  
948 pronto-atendimento; flexibilizava jornada e carga horária, desconstruindo equipes e vínculos; e  
949 priorizava o cuidado individual e o atendimento à demanda espontânea. Também fez referência  
950 à Carteira de serviços, uma carteira nacional que orienta o modelo de atenção que se deseja  
951 implementar. Disse que o modelo expressado na carteira era de primeiro nível com ênfase no  
952 cuidado individual, centrando-se em parte dos atributos essenciais da APS e “descurava” a

953 abordagem coletiva, o necessário balanço, entre o cuidado individual, e a abordagem  
954 populacional territorial, crucial para a efetivação em uma APS de fato forte, integral e  
955 ordenadora da rede. Destacou que este desequilíbrio no escopo de ações pode ser bem  
956 ilustrado pela quase ausência de menção à ação dos ACS, elo entre o serviço de saúde e o  
957 território/população, na busca ativa, na facilitação do acesso para famílias vulneráveis, nas  
958 ações de saúde coletiva, na educação em saúde, na promoção da participação social. A  
959 carteira menciona o ACS somente uma vez ao afirmar a necessidade de busca ativa de  
960 puérperas e aponta para APS pouco integrada à rede regionalizada - menciona apenas uma  
961 vez a rede ao referir a utilização de referência e contrarreferência. Destacou a necessidade de  
962 garantir cuidado individual oportuno de qualidade em sintonia com cuidado coletivo e  
963 abordagem territorial. Além disso, a APS em sistemas universais europeus carece de trabalho  
964 em equipe e de abordagem comunitária, recém iniciam com abordagem multiprofissional –  
965 recente exclusão do financiamento federal para as equipes de NASF. Frisou que era preciso  
966 fortalecer o que temos de muito positivo em nosso modelo e não abandonar aquilo que  
967 temos de melhor e que pode servir de exemplo positivo para outros países – os sistemas de  
968 saúde são singulares e dinâmicos. Destacou que as proposições das políticas federais  
969 recentes tendem a enfraquecer a APS como parte e “coração” da rede de serviços de saúde do  
970 SUS, prescinde-se de sua integração na rede assistencial regionalizada. Observa-se um  
971 deslocamento do debate do direito universal à saúde e da integralidade do cuidado em redes  
972 regionalizadas, ordenadas pela APS e direcionamento do conjunto de medidas para uma APS  
973 neoseletiva, mercantilizada, alinhando-se às propostas de cobertura universal e não de direito  
974 universal à saúde. Além disso, destacou que o incremento de autonomia requerido pelos  
975 gestores municipais não pode servir à descaracterização da ESF e que a conjuntura de  
976 ameaças aos direitos sociais e de restrição orçamentária, com agravamento da situação de  
977 subfinanciamento do SUS com a EC 95 configura-se em um contexto que favorece a influência  
978 dos interesses de mercado na provisão e organização da APS. Frisou que estes são alguns  
979 dos graves riscos implícitos nestas propostas de mudança da atenção básica no Brasil. Afirmou  
980 que o diálogo e a ação conjunta de gestores, controle social, CONASEMS, CONASS,  
981 profissionais de saúde, movimentos sociais, Ministério Público e academia, renovando e  
982 fortalecendo o movimento da reforma sanitária, são cruciais para impedir retrocessos.  
983 Finalizando, apresentou as proposições para APS integral no coração do SUS: fortalecer o  
984 controle social - defender a implementação resultados da 16ª CNS; insistir na revogação da EC  
985 nº. 95; contra a desvinculação dos recursos para saúde e educação em todos os níveis (–  
986 atenção à saúde competirá com educação básica por recursos!); manter e recompor o PAB  
987 fixo, preservando a autonomia dos municípios no uso desses recursos; preservar a lógica do  
988 PAB variável com base no financiamento por Equipes de Saúde da Família e NASF como  
989 estratégia de ampliação do acesso à APS integral no SUS na busca da universalidade com  
990 equidade; reforçar o papel dos estados no planejamento regional, no financiamento e na  
991 regulação da rede de serviços, possibilitando a integração da APS com todos os serviços  
992 necessários para atenção de qualidade, e no apoio à formação e capacitação de profissionais  
993 para o SUS; promover estratégias que fortaleçam a gestão pública do sistema e contenham a  
994 mercantilização; e promover uma reforma tributária com justiça fiscal, progressividade da  
995 arrecadação e carga tributária adequada para garantir a universalidade de direitos sociais.  
996 Reafirmou que há robusta evidência de que sistemas públicos universais são superiores em  
997 qualidade, eficiência e equidade, quando possuem como pilares estruturantes: a organização  
998 de uma APS integral; o financiamento e a prestação predominantemente públicos e uma  
999 efetiva regulação do Estado para a garantia do acesso universal com equidade (Wagstaff,  
1000 2011; Schneider et al, 2017; Starfield, Shi & Macinko, 2005; Kringos et al; 2010). Frisou que era  
1001 preciso aliar a boa prática clínica, o compromisso com a promoção de saúde, o amplo acesso  
1002 aos serviços, a vinculação aos territórios, a participação da comunidade, o cuidado  
1003 multiprofissional e a defesa da saúde como direito universal, são desafios importantes para  
1004 todas e todos que formulam políticas e apostam em uma APS forte que cumpra os atributos  
1005 essenciais e derivados. Fechou destacando a defesa do SUS público, universal de qualidade  
1006 sempre! Inseparável da construção de uma sociedade e estado democráticos e valores de  
1007 solidariedade e ressaltando a importância de transformar utopia em toponímia para agir e  
1008 avançar com garra e criatividade. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS,  
1009 agradeceu as expositoras pelas explicações e reiterou a crítica do CNS à falta de debate da  
1010 proposta no Conselho antes da pactuação. Disse que esse tema seria pautado novamente,  
1011 antes da deliberação, com convite inclusive a COSEMS. **Manifestações**. Conselheira **Maria**  
1012 **Laura Carvalho Bicca** agradeceu as expositoras pelas explicações e convocou todos os

1013 parceiros do CNS para contribuir de forma solidária na construção do Sistema. Ressaltou que  
1014 era preciso encontrar uma saída para superar esse momento de retrocessos e desafios e  
1015 assegurar conquistas e direitos. Conselheira **Manuelle Maria Marques Matias** saudou as  
1016 expositoras e pontuou que a proposta de novo modelo financiamento da atenção básica  
1017 associava-se a um contexto de retirada de direitos, de desmonte da seguridade social e da  
1018 proteção social e de precarização do trabalho. Nas suas palavras, o novo modelo assentava-se  
1019 em dois pontos, precarização do trabalho e mudança do modelo de atenção, mas causaria  
1020 piora da situação de saúde, porque pessoas ficariam desassistidas. Além disso, criticou a  
1021 extinção das equipes multiprofissionais, com centralidade em três profissões. Por fim,  
1022 perguntou até quando seria validada a retórica falsa de priorizar uma atenção primária à saúde  
1023 ordenadora e coordenadora do cuidado, quando, na prática, as iniciativas desmontavam a  
1024 política. Conselheira **Vitória Davi Marzola** agradeceu as explicações e fez o seguinte  
1025 questionamento à representante do CONASS: como o novo modelo de financiamento  
1026 estruturaria os serviços e garantiria a multiprofissionalidade sem os NASF, com centralização  
1027 do financiamento em cadastro ao invés de priorizar a integralidade do cuidado? Conselheiro  
1028 **Jonathan de Jesus Silva** avaliou que o novo modelo não solucionaria as dificuldades do  
1029 modelo anterior, ao contrário, pioraria os desafios e criaria outros. Nessa linha, perguntou:  
1030 como o novo modelo ampliaria o acesso aos serviços, especialmente àquelas populações em  
1031 situação de vulnerabilidade, como a negra? Como garantiria o fortalecimento da atenção  
1032 primária nos municípios com menos recursos? Como o modelo de avaliação de desempenho  
1033 garantiria o respeito e a valorização dos profissionais de saúde? Conselheira **Francisca Valda**  
1034 **da Silva** avaliou que o Brasil vivia o resultado de uma crise financeira global, que era avaliada  
1035 pelo PIB, um parâmetro que não media o modelo de desenvolvimento social e não tratava a  
1036 desigualdade social. Nesse cenário, a maioria dos brasileiros não tinha acesso a trabalho,  
1037 alimentação, renda, educação, habitação e cuidado à saúde. Sobre o novo modelo de  
1038 financiamento, avaliou que era resultado de um ajuste à Emenda nº 95, que tem como eixo o  
1039 desfinanciamento. Saliu que as várias medidas adotadas pelo governo traziam sérios  
1040 prejuízos: o Plano Mais Brasil desvincula os fundos públicos, a PEC emergencial da reforma  
1041 administrativa retira 25% do salário dos servidores públicos e aumenta a alíquota de  
1042 contribuição previdenciária e joga a população contra os servidores com ofensas. Entre as  
1043 consequências dessas medidas, citou corte de recursos, privatização do SUS, quebra do  
1044 paradigma do direito à saúde, quebra do financiamento tripartite, desresponsabilização da  
1045 União com o financiamento do SUS, precarização do trabalho e corte de receitas. Diante da  
1046 gravidade da situação, defendeu a revogação da EC nº. 95, a suspensão dos efeitos da  
1047 Portaria do novo financiamento e ação civil pública solicitando a suspensão da nota pública do  
1048 NASF. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**, após saudar as expositoras, destacou a  
1049 importância de lutar contra o desmonte das residências multiprofissionais, lembrando que era  
1050 impossível cuidar do ser humano, pela sua complexidade, apenas com profissionais de três  
1051 áreas da saúde (Medicina, Enfermagem e Odontologia), relacionadas a atividades mais  
1052 curativas, de cunho biológico. Além disso, salientou que desregular os blocos de  
1053 financiamento possibilitava aos gestores financiar qualquer modelo de atenção, inclusive  
1054 priorizando a atenção especializada. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** também  
1055 saudou as expositoras e perguntou qual era a posição do CONASS acerca das Portarias nºs  
1056 2.979 e 322, porque a fala da representante se contradizia às definições dessas referidas  
1057 Portarias (que propõem fragmentação da carga horária, extinção dos NASF...). Conselheiro  
1058 **Luiz Aníbal Vieira Machado** reiterou a posição contrária da NCST à proposta de novo modelo  
1059 de financiamento e defendeu que o CNS defenda a revogação da Portaria. **Claudio Augustin**,  
1060 Presidente do CES/RS, interveio para registrar que a atenção básica em Porto Alegre estava  
1061 sendo destruída com a nova Política. Além disso, lembrou que, em novembro de 2019, o  
1062 CES/RS recomendou ao CNS a rejeição da nova política, uma vez que, nos termos da Lei  
1063 Orgânica da Saúde e da LC nº. 141, cabe ao CNS aprovar (ou não) a Política Nacional de  
1064 Saúde. Sendo assim, defendeu que o CNS rejeite a nova proposta de financiamento.  
1065 Conselheira **Evalcilene Costa dos Santos** falou dos prejuízos que essas mudanças trazem à  
1066 população – desassistência, dificuldade no cadastro e perda de recursos, extinção dos NASF –  
1067 causando danos especialmente às pessoas em situação de vulnerabilidade. Conselheira  
1068 **Jupiara Gonçalves de Castro** ponderou que se vive o pior quadro da política pública na  
1069 sociedade brasileira e o governo, que não representava a maior parte dos brasileiros (que era a  
1070 classe trabalhadora), adotava medidas que iriam destruir o SUS. Nas suas palavras, o objetivo  
1071 do governo brasileiro era entregar a saúde do país ao capital internacional como mercadoria e  
1072 a população precisava lutar nas ruas em defesa do SUS. Conselheiro **Rodrigo César Faleiros**

1073 **de Lacerda**, em nome do CONASEMS, destacou a importância do debate deste tema e  
1074 avaliou que deveria ser pauta permanente do controle social (CES, CMS e CNS). Lembrou que  
1075 os municípios sustentavam a atenção básica do país – aplicavam 24,5% ao invés de 15% e  
1076 eram responsáveis pela maior parte do orçamento. Lembrou que a PNAB foi pactuada entre as  
1077 três esferas e, para o CONASEMS, a ESF era prioridade e uma das primeiras questões  
1078 pactuadas foi que nenhum município teria perda orçamentária ou financeira neste processo de  
1079 transição. Explicou que a nova proposta modificava a forma de financiamento, com incentivo no  
1080 cuidado e indução de resultados ao invés de processo. Apesar dos avanços, disse que a  
1081 atenção básica ainda era insuficiente e destacou, por exemplo, perda de cobertura vacinal,  
1082 pioria de indicadores como sífilis congênita. Disse que a expectativa era de ampliação do  
1083 orçamento de R\$ 2 a R\$ 3 bilhões e pontuou que 1090 municípios, que eram os maiores,  
1084 encontravam-se em processos de transição, com o compromisso de ampliar a cobertura de  
1085 estratégia de saúde da família para não perder recursos. Também disse que os NASF não  
1086 foram extintos e os recursos destinados a esses Núcleos estavam incluídos no financiamento  
1087 da atenção básica. Ressaltou que as Portarias foram debatidas em todos os Estados da  
1088 Federação e, após amplo diálogo, foram pactuadas. Por fim, afirmou que eventual risco de  
1089 privatizar a saúde não decorria da proposta de novo financiamento, mas sim da Lei que  
1090 autoriza capital estrangeiro no setor de assistência à saúde. Conselheiro **Geraldo Adão**  
1091 **Santos** saudou as convidadas e lembrou que a atenção básica era o primeiro estágio de  
1092 qualquer tratamento da atenção, portanto, merecia cuidado para preservação e melhoria.  
1093 Também perguntou qual o significado da mudança para os municípios – ainda terão a  
1094 responsabilidade com a atenção básica? Conselheira **Maria da Conceição Silva** registrou  
1095 posição contrária à proposta do novo modelo financiamento, porque afronta o princípio da  
1096 equidade e desconhece e valoriza a diversidade dos grupos populacionais da sociedade  
1097 brasileira, como a saúde da população negra, LGBT, indígena. No que se refere aos  
1098 indicadores, destacou a saúde das crianças, perguntando como fazer o acompanhamento, de  
1099 forma integral, com equipe mínima e evitar mortalidade por diversas doenças (hipertireoidismo,  
1100 doença falciforme, fenilcetonúria). Também manifestou preocupação com a saúde das  
1101 mulheres, reduzida exclusivamente à reprodução, desconsiderando os direitos sexuais e  
1102 reprodutivos, desconstruindo a lógica da cesta de atendimento. Conselheiro **Moysés**  
1103 **Longuinho Toniolo de Souza** relatou situação ocorrida com ele, em Salvador, para  
1104 demonstrar que as equipes de saúde do posto de saúde desconheciam o cadastramento,  
1105 conforme definido na Portaria. Também destacou a importância de garantir equidade, porque  
1106 as Portarias não apontam a necessidade de incluir populações excluídas como LBGT, negra,  
1107 campo, águas e florestas. Conselheiro **José Vanilson Torres** avaliou que as Portarias não  
1108 consideravam as desigualdades sociais do país e ressaltou que os governantes deveriam agir  
1109 para fazer o bem e não retirar direitos do povo e, por consequência, matar. Especificamente  
1110 sobre a portaria do novo modelo de financiamento, perguntou como se daria o cadastro para a  
1111 população nômade – em situação de rua, cigana, circense. Também chamou a atenção para o  
1112 volume de demissões de agentes comunitários de saúde - ACS em vários estados brasileiros.  
1113 Disse que essa nova proposta era um retrocesso, com sérios prejuízos para a população e não  
1114 foi discutida com a sociedade, o controle social e os trabalhadores. Por fim, manifestou seu  
1115 repúdio à proposta e conclamou o CNS a manifestar-se contra, inclusive para evitar outras  
1116 mortes no Brasil, país rico, mas desigual. Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**  
1117 começou afirmando que o novo modelo não foi amplamente discutido com os setores da  
1118 sociedade e, nessa linha, o Conselho estava debatendo e apoiando o processo de discussão  
1119 da proposta nos Estados para manifestar-se. Discordou que a proposta visava melhor  
1120 destinação de recursos e que o cadastro resolveria problemas como a fila de espera para  
1121 atendimento. A representante do CFESS, **Morena Marques**, Frente Nacional Contra a  
1122 Privatização da Saúde, afirmou que a crise fiscalizatória era um projeto de governo, que se  
1123 dava a partir do desmonte da proteção social, tendo como um dos instrumentos fundamentais o  
1124 fim do SUS e como legitimidade o ódio de classe, a criminalização e penalização dos pobres,  
1125 em benefício de setores mais ricos. Também estranhou a fala de CONASS e CONASEMS, pois  
1126 o primeiro, apesar de reconhecer o caráter central da atenção primária, aponta para  
1127 culpabilização da população usuária e dos profissionais de saúde e ignora fatos como a EC n.º  
1128 95 e o maior repasse para a saúde suplementar. No caso do CONASEMS, avaliou como  
1129 responsáveis genocidas todos os que apoiam a proposta nefasta de desmonte do SUS e  
1130 desfinanciamento da Saúde da Família. Conselheiro **Erivelto Fernandes do Nascimento**  
1131 avaliou que a nova proposta de financiamento da atenção básica ampliou ainda mais a  
1132 desigualdade, pois desconsidera as especificidades das regiões do país. Disse que padronizar

1133 o financiamento pela quantidade de pessoas cadastradas causaria grande distorção, com  
1134 sérios prejuízos a populações específicas, como ribeirinha. Além disso, pontuou que a proposta  
1135 fortalecia a privatização do SUS (45% da atenção básica já estava privatizada) e acarretaria  
1136 em mais mortes, mais patologias crônicas, com aumento do atendimento na média e alta  
1137 complexidade. Por fim, destacou que qualquer proposta relativa à atenção básica precisava ser  
1138 debatida com o controle social das três esferas. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**  
1139 salientou que os diversos setores – sociedade, controle social, gestão, academia – enfrentam  
1140 dificuldades diuturnas e que o SUS ainda era uma política contra hegemônica e precisava  
1141 legitimar-se cotidianamente. Destacou que o processo de discussão era dinâmico, inclusive  
1142 com mudança de opiniões e visões no percurso e citou, por exemplo, que o CNS manifestou-se  
1143 contra a PNAB vigente, em 2011, e agora defendia que não houvesse mudança. Disse que os  
1144 processos de mudança careciam de amplo debate e, neste caso, a discussão estava iniciando-  
1145 se e precisava de aprofundamento. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** disse que a  
1146 assessora do CONASS apresentou conjunto de diretrizes do trabalho desenvolvido pela  
1147 entidade em todos os Estados, há mais de dez anos, e as ações traduziam essas  
1148 compreensões (iniciativa poderia ser apresentada ao CNS de firma detalhada em outra  
1149 oportunidade). Disse que as dificuldades, presentes desde a criação do SUS, precisavam ser  
1150 enfrentadas de forma proativa, na busca por soluções. Ressaltou que a proposta do novo  
1151 financiamento foi pactuada, mas seria necessário debater pontos específicos. Pontuou ainda  
1152 que era preciso entender que todos estavam do mesmo lado na defesa do SUS, mas ninguém  
1153 poderia falar pelo outro. Sobre o financiamento, lembrou que, desde o início, o CONASS já  
1154 havia se posicionado claramente contra a EC n°. 95. Conselheira **Marisa Furia Silva** destacou  
1155 que o processo de cadastramento era complexo e sugeriu que os municípios buscassem a  
1156 população para cadastrar. Além disso, perguntou sobre o cadastro de turistas estrangeiros que  
1157 visitavam o país, tendo em vista as regiões turísticas do Brasil. No mais, frisou que o Ministério  
1158 da Saúde deveria debater com o CNS as Portarias que trazem mudanças substanciais na  
1159 saúde, antes da publicação. O representante do CES/AL, Mauricio Sarmiento, manifestou  
1160 posição contrária à proposta, porque, entre outros aspectos, causaria perdas de recursos para  
1161 os municípios. **Retorno da mesa.** A assessora do CONASS, **Maria José Oliveira Evangelista**,  
1162 fez um apanhado geral das falas, mas antes, reiterou a importância de conduzir o debate de  
1163 forma respeitosa, inclusive com consideração ao posicionamento do outro. Explicou que  
1164 sempre trabalhou no setor público e, após aposentar-se como funcionária pública, passou a  
1165 trabalhar no CONASS. Nesses dez anos no CONASS, viajava pelo país, desenvolvendo  
1166 trabalho com foco na pessoa, visando melhor qualidade de vida. Dito isso, passou aos  
1167 comentários: modelo de atenção - a ESF não é o modelo, mas sim uma forma de utilizar o  
1168 modelo para organização; Cadastro – não havia novidade e era fundamental para conhecer a  
1169 pessoa e organizar o sistema para garantir o cuidado; a proposta foi pactuada e as dificuldades  
1170 poderiam ser corrigidas; NASF – diante da situação do país, não era possível centrar a  
1171 assistência em três profissionais. Assim, cada gestor, com o controle social, garantiria equipe  
1172 multiprofissional, independente da nomenclatura, com garantia de vínculo; foi pactuado  
1173 compromisso para que os municípios não tenham perda de recursos; carga horária – a Portaria  
1174 não define que equipes de saúde da família não terão carga de 40 horas e outros modelos  
1175 mistos seriam considerados, assegurando recursos; o excesso de portarias era um problema  
1176 que existia desde a criação do SUS e precisava ser resolvido; é preciso definir diretrizes para  
1177 orientar, mas sem amarras; populações específicas (LGBT, negra, idosa) – todos devem ter os  
1178 mesmos direitos, considerando o princípio da equidade; era possível cadastrar a população de  
1179 rua, inclusive quando buscasse o serviço de saúde; a ideia não era atender apenas as pessoas  
1180 cadastradas, mas sim tentar organizar o território para conhecer a população e garantir o  
1181 cuidado; não culpabilizou usuário e trabalhadores pela situação, mas reafirmou que, entre as  
1182 fragilidades, destaca-se o não cumprimento da carga horária; e as várias mudanças na gestão  
1183 também afetam negativamente o Sistema, portanto, controle social deve atuar no sentido de  
1184 garantir política de continuidade. Por fim, agradeceu a oportunidade, reafirmando que  
1185 continuava a trabalhar por acreditar no SUS e colocou-se à disposição para outros debates. A  
1186 docente permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz,  
1187 **Lígia Giovanella**, manifestou satisfação com as falas em defesa do SUS público, universal,  
1188 integral e equânime e frisou que era crucial manter o diálogo entre controle social, gestão e  
1189 academia. A respeito das questões colocadas, pontuou os seguintes aspectos: impossível  
1190 debater as políticas da saúde sem considerar a conjuntura política do país; os princípios da  
1191 universalidade, integralidade, equidade fazem parte do modelo assistencial e de certa forma  
1192 estavam sendo atingidos pela EC n°. 95; CONASEMS lutou para que nenhum município tenha

1193 redução de recursos, todavia, não havia garantia de que não haveria perdas em 2020; era  
1194 necessário mais recurso para a atenção básica; o SUS estava subfinanciado (segundo a OMS,  
1195 os países deveriam gastar 6% como proporção do PIB em gasto público em saúde e o Brasil  
1196 gasta menos que 4%); o cadastro era fundamental para conhecer a população, todavia, para  
1197 cadastrar, eram necessárias mais equipes; indicadores de desempenho – a melhoria da  
1198 qualidade acontece por um conjunto de iniciativas (formação profissional, por exemplo) e não  
1199 apenas por indicador de desempenho; progressivamente, somente seria possível atender  
1200 aqueles que foram cadastrados, porque somente haveria recursos para esses - tensão entre  
1201 focalização e universalidade; era preciso ter cuidado para que o SUS não vire apenas atenção  
1202 primária - cesta restrita de serviços; não é possível discutir determinadas “tecnalidades” da  
1203 saúde sem considerar o contexto de política econômica ultraneoliberal, de redução do Estado  
1204 ao mínimo – Estados Unidos é exemplo de sistema de saúde centrado no mercado: muito caro  
1205 e deixa muita gente sem atendimento; e o CONASEMS tem trabalhado no sentido de melhorar  
1206 o SUS, inclusive por conta da responsabilidade dos secretários municipais de saúde.  
1207 Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, afirmou que o CNS cumpriria a sua  
1208 agenda de debate sobre esse tema, até o mês de maio de 2020, com convite a outras  
1209 representações (CONASEMS e CONSEMS), mesmo diante da publicação das várias portarias  
1210 do Ministério, sem aguardar o posicionamento do Pleno do Conselho. Além disso, lembrou que  
1211 esse tema estava em debate na COFIN/CNS e na Câmara Técnica de Atenção Básica e  
1212 reforçou que todas as comissões do Conselho deveriam pautar esse tema a fim de levantar  
1213 subsídios para definição do Pleno. Ademais, registrou a presença dos presidentes dos  
1214 conselhos estaduais de Alagoas, de Sergipe e do Rio Grande do Sul e informou que fizera  
1215 contato telefônico com todos os presidentes de conselhos estaduais para reiterar a importância  
1216 de participar dos seminários estaduais, no formato de audiência pública, que tratariam deste  
1217 tema. Saliou que o CNS continuaria posicionando-se sobre essa pauta e solicitou que MS,  
1218 CONASEMS e CONASS considerassem a agenda de debate definida pelo CNS, inclusive para  
1219 preservar a relação institucional com o Conselho. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**  
1220 perguntou qual seria o encaminhamento acerca da proposta de aprovar resolução do CNS  
1221 solicitando a rejeição do novo modelo de financiamento. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**,  
1222 Presidente do CNS, explicou que as propostas que emergiram do debate, bem como outras  
1223 propostas que poderiam ser apresentadas, seriam apreciadas no último item da pauta  
1224 (encaminhamentos). Dito isso, agradeceu a presença das convidadas e encerrou este ponto de  
1225 pauta. **ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES**  
1226 **DE TRABALHO – CIRHRT - Coordenação:** conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da  
1227 Mesa Diretora do CNS. *Composição da mesa:* conselheira **Francisca Valda da Silva**,  
1228 coordenadora da CIRHRT/CNS; conselheira **Manuelle Maria Marques Matias**, coordenadora  
1229 adjunta da CIRHRT/CNS; e conselheira **Vitória Davi Marzola**, 2ª coordenadora adjunta da  
1230 CIRHRT/CNS. Iniciando este ponto de pauta, conselheira **Francisca Valda da Silva**,  
1231 coordenadora da CIRHRT/CNS, fez um informe sobre a última reunião da CIRHRT/CNS,  
1232 realizada nos dias 11 e 12 de fevereiro de 2020, com destaque para os temas debatidos: **a)**  
1233 plano de trabalho da Comissão para 2020 – proposta: participação de representantes da  
1234 CIRHRT em atividades externas para tratar do tema “trabalho em saúde e educação em  
1235 saúde”; **b)** avaliação dos cursos da área da saúde – proposta: ampliar a visibilidade das  
1236 Resoluções do CNS n°. 350, 515 e 569, com realização de atividades; **c)** criação das CIST nos  
1237 estados – foi elaborada recomendação que seria apreciada no último item da pauta  
1238 (Comissões); **d)** construção da programação para participar do Congresso da Rede Unida; **e)**  
1239 proposta de realização de seminário nacional sobre trabalho em saúde; **f)** solicitar pauta no  
1240 CNS para tratar do processo de avaliação de cursos (sugestão: reunião ordinária de junho),  
1241 com a participação da SGTES/MS; **g)** realização de oficina sobre residências; **h)** debate sobre  
1242 o trabalho em saúde (precarização – vínculo, jornada, remuneração); e **i)** suspensão das  
1243 atividades da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Também disse que, durante  
1244 a reunião, foram definidos encaminhamentos que seriam votados no último item da pauta  
1245 (segundo dia de reunião). Por fim, informou que a assessora da CIRHRT/CNS, **Núbia Nunes**,  
1246 estava aposentando-se após 38 anos de trabalho. Neste momento de ataque do governo ao  
1247 serviço público, fez uma homenagem à servidora e sugeriu a aprovação de moção de apoio ao  
1248 conjunto de servidoras e servidores públicos federais, estaduais e municipais (o documento  
1249 seria apreciado no último item da pauta). A assessora **Núbia Nunes** fez uma fala emocionada  
1250 de despedida após 38 anos de trabalho no Ministério da Saúde, relatando um pouco da sua  
1251 experiência e dos desafios enfrentados. Manifestou orgulho da sua formação profissional e da  
1252 sua atuação e registrou sua satisfação por encerrar essa trajetória no CNS. Após essa fala, a

1253 coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS apresentou os 48 pareceres elaborados pela  
 1254 Comissão. *Insatisfatórios* – total: 11. **1)** Processo n°. 201902641. Faculdade de Botucatu –  
 1255 FDB. São Paulo. Botucatu. Psicologia. Autorização. **2)** Processo n°. 201819609. Fundação  
 1256 Libertas. Faculdades Integradas. Minas Gerais. São Sebastião do Paraíso. Psicologia.  
 1257 Autorização. **3)** Processo n°. 201701602. Faculdade Master de Parauapebas – FAMAP. Pará.  
 1258 Parauapebas. Psicologia. Autorização. **4)** Processo n°. 201819406. Faculdade Vidal de  
 1259 Limoeiro do Norte – FAVILI. Ceará. Limoeiro do Norte. Psicologia. Autorização. **5)** Processo n°.   
 1260 201904984. Faculdade Educacional e Complexo do Cariri. Paraíba. Monteiro. Psicologia.  
 1261 Autorização vinculada ao credenciamento. **6)** Processo n°. 201906182. Associação de Utilidade  
 1262 Pública. Faculdade Marechal Rondon de Bauru. São Paulo. Bauru. Psicologia. Autorização  
 1263 vinculada ao credenciamento. **7)** Processo n°. 201902680. Faculdade FASIPE de Primavera.  
 1264 Mato Grosso. Primavera do Leste. Psicologia. Autorização vinculada ao credenciamento. **8)**  
 1265 Processo n°. 201806632. Escola Superior UNA de Conselheiro Lafaiete. Minas Gerais.  
 1266 Conselheiro Lafaiete. Psicologia. Autorização vinculada ao credenciamento. **9)** Processo n°.   
 1267 201806685. Escola Superior UNA de Itumbiara. Goiás. Itumbiara. Psicologia. Autorização  
 1268 vinculada ao credenciamento. **10)** Processo n°. 201902499. Instituto de Serra Dourada. São  
 1269 Paulo. Lorena. Odontologia. Autorização vinculada ao credenciamento. **11)** Processo n°.   
 1270 201906188. Faculdade Marechal Rondon de Guarulhos. São Paulo. Guarulhos. Psicologia.  
 1271 Autorização vinculada ao credenciamento. *Satisfatórios com recomendações* – total: 37. **1)**  
 1272 Processo n°. 201819941. Faculdade Unida de Campinas. Goiás. Goiânia. Odontologia.  
 1273 Autorização. **2)** Processo n°. 201820080. Faculdade Vale do Cricaré. Espírito Santo. São  
 1274 Mateus. Odontologia. Autorização. **3)** Processo n°. 201901798. Faculdade Vértice. Minas  
 1275 Gerais. Matipó. Psicologia. Reconhecimento. **4)** Processo n°. 201819736. Faculdade Maria  
 1276 Milza. Bahia. Cruz das Almas. Psicologia. Autorização. **5)** Processo n°. 201901066. Faculdade  
 1277 de Ciências Educacionais Capim Grosso. Bahia. Capim Grosso. Enfermagem. Autorização. **6)**  
 1278 Processo n°. 201819455. Faculdade Mater Dei (FMD). Paraná. Pato Branco. Psicologia.  
 1279 Autorização. **7)** Processo n°. 201902484. Fundação Libertas Faculdades Integradas. Minas  
 1280 Gerais. São Sebastião do Paraíso. Odontologia. Autorização. **8)** Processo n°. 201819223.  
 1281 Centro Universitário Integrado de Campo Mourão. Paraná. Campo Mourão. Odontologia.  
 1282 Autorização. **9)** Processo n°. 201906755. Faculdade Integrada de Palmeiras de Goiás – FAI.  
 1283 Goiás. Palmeiras de Goiás. Psicologia. Autorização. **10)** Processo n°. 201808175. Faculdade  
 1284 Santa Inês. Maranhão. Santa Inês. Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento.  
 1285 **11)** Processo n°. 201820836. Faculdade Uberlandense de Núcleos Integrados de Ensino,  
 1286 Serviço Social e Aprendizagem – FAESSA. Minas Gerais. Uberlândia. Enfermagem.  
 1287 Autorização. **12)** Processo n°. 201905165. Faculdade Adventista da Amazônia – FAAMA. Pará.  
 1288 Benevides. Enfermagem. Autorização. **13)** Processo n°. 201820521. Faculdade Vidal de  
 1289 Limoeiro do Norte – FAVILI. Ceará. Limoeiro do Norte. Enfermagem. Autorização. **14)** Processo  
 1290 n°. 201901852. Faculdade de Tecnologia – FINACI. São Paulo. São Paulo. Enfermagem.  
 1291 Autorização. **15)** Processo n°. 201808235. Faculdade de Educação e Tecnologia da Amazônia  
 1292 – FAM. Pará. Abaetetuba. Psicologia. Autorização. **16)** Processo n°. 201819460. Faculdade  
 1293 Católica Imaculada Conceição do Recife – FICR. Pernambuco. Recife. Psicologia. Autorização.  
 1294 **17)** Processo n°. 201900937. Centro Universitário Atenas – Uni Atenas. Minas Gerais.  
 1295 Paracatu. Odontologia. Autorização. **18)** Processo n°. 201820516. Pontifícia Universidade  
 1296 Católica de Goiás. Goiás. Goiânia. Odontologia. Autorização. **19)** Processo n°. 201819825.  
 1297 Faculdade IDOR de Ciências Médicas. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Enfermagem.  
 1298 Autorização. **20)** Processo n°. 201901439. Faculdade Centro São Paulo. São Paulo. São  
 1299 Paulo. Psicologia. Autorização vinculada ao credenciamento. **21)** Processo n°. 201902490.  
 1300 Centro de Ensino Superior de Serra Dourada. São Paulo. Lorena. Psicologia. Autorização  
 1301 vinculada ao credenciamento. **22)** Processo n°. 201904970. Faculdade de Nova Mutum. Mato  
 1302 Grosso. Nova Mutum. Psicologia. Autorização vinculada ao credenciamento. **23)** Processo n°.   
 1303 201714936. Fundação Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. Mato Grosso. Sinop.  
 1304 Medicina. Reconhecimento. **24)** Processo n°. 201806571. Escola Superior São Judas Tadeu de  
 1305 Guarulhos. São Paulo. Guarulhos. Odontologia. Autorização vinculada ao credenciamento. **25)**  
 1306 Processo n°. 201906740. Faculdade UNINORTE. Marabá. Pará. Marabá. Odontologia.  
 1307 Autorização vinculada ao credenciamento. **26)** Processo n°. 201815310. Faculdade Verde  
 1308 Norte – FAVENORTE. Minas Gerais. Mato Verde. Odontologia. Reconhecimento. **27)** Processo  
 1309 n°. 201817101. Centro Universitário do Rio São Francisco Unirios. Bahia. Paulo Afonso.  
 1310 Psicologia. Reconhecimento. **28)** Processo n°. 201808173. Faculdade Santa Inês. Maranhão.  
 1311 Santa Inês. Odontologia. Autorização vinculada ao credenciamento. **29)** Processo n°.   
 1312 201808174. Faculdade Santa Inês. Maranhão. Santa Inês. Psicologia. Autorização vinculada

1313 ao credenciamento. **30)** Processo n°. 201900831. Centro Universitário Farias Brito. Ceará.  
1314 Fortaleza. Psicologia. Reconhecimento. **31)** Processo n°. 201901311. Faculdade Asa de  
1315 Brumadinho. Minas Gerais. Brumadinho. Enfermagem. Reconhecimento. **32)** Processo n°.   
1316 201903632. Faculdade Vértice – VÉRTICE. Minas Gerais. Matipó. Odontologia.  
1317 Reconhecimento. **33)** Processo n°. 201905240. Faculdade do Trabalho – FATRA. Minas  
1318 Gerais. Uberlândia. Psicologia. Reconhecimento. **34)** Processo n°. 201903293. Faculdade  
1319 Uninassau Aliança - Redenção - Nassau Aliança. Piauí. Teresina. Reconhecimento. **35)**  
1320 Processo n°. 201817463. Faculdade Princesa do Oeste – FPO. Ceará. Crateús. Psicologia.  
1321 Reconhecimento. **36)** Processo n°. 201901230. Faculdade de Saúde Santo Agostinho de  
1322 Vitória da Conquista – FASA. Bahia. Vitória da Conquista. Medicina. Reconhecimento. **37)**  
1323 Processo n°. 201902148. Centro Universitário – UNIESP. Paraíba. Cabedelo. Psicologia.  
1324 Reconhecimento. Por fim, disse que a Comissão estava debatendo critérios, com base nas  
1325 resoluções e recomendações do CNS, para avaliação de cursos. Conselheira **Shirley Shirley**  
1326 **Marshall Diaz Morales** perguntou qual seria o encaminhamento às propostas debatidas na  
1327 reunião ampliada da CIRHRT/CNS que tratou da precarização/terceirização das relações de  
1328 trabalho (proposta: pautar o tema no CNS). Conselheira **Vitória Davi Marzola** informou que  
1329 participara da última reunião da Comissão, com debate de questões atuais e reiterou que a  
1330 UNE espera continuar a contribuir com os trabalhos da Comissão. Conselheira **Manuelle Maria**  
1331 **Marques Matias** recordou que, na reunião ampliada da CIRHRT/CNS, fora elaborado plano de  
1332 trabalho com temas prioritários (o próximo debate será sobre DCN). Além disso, foi sugerida a  
1333 preparação de seminário nacional para debater trabalho em saúde (perfil profissional, principais  
1334 causas de afastamento, relações do trabalho etc), a ser realizado no Congresso Nacional. Por  
1335 fim, informou que, na reunião ordinária do CNS do mês de maio, a Comissão trataria sobre  
1336 relação de trabalho. Conselheira **Francisca Valda da Silva** explicou que a CIRHRT definiu  
1337 pautas para serem debatidas com outras comissões e também agendas de debate – DCN,  
1338 residências; e trabalho. Feitas essas considerações, a mesa passou aos encaminhamentos.  
1339 **Deliberação: o Pleno aprovou, por unanimidade, os 48 pareceres apresentados pela**  
1340 **CIRHRT/CNS e aprovados ad referendum pela Mesa Diretora do CNS (37 processos**  
1341 **satisfatórios com recomendação e onze insatisfatórios). Os instrumentos elaborados**  
1342 **pela CIRHRT/CNS seriam apreciados no último item da pauta. ITEM 6 – COMISSÃO**  
1343 **INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Apresentação:**  
1344 **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN/CNS. *Coordenação:* conselheiro **Moyses**  
1345 **Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheiro **Moyses**  
1346 **Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, justificou que o coordenador da  
1347 COFIN/CNS não estava presente porque estava participando de ciclos de debate sobre  
1348 políticas públicas, promovido pela CNBB. Também agradeceu a assessoria da COFIN pelas  
1349 informações sobre a PEC n°. 187 que serviram de subsídio à participação na audiência pública  
1350 no Senado Federal. Após essas considerações iniciais, o assessor técnico da COFIN/CNS,  
1351 **Francisco Funcia**, fez um informe sobre o calendário do Curso EaD – Participação e Controle  
1352 Social em 2020, realizado na modalidade a distância e autoinstrutivo, com carga horária de 40h  
1353 e certificação pelo CNS. A inscrição para a Turma 1-2020 poderia ser feita pelo link:  
1354 <http://redeconselhosdosus.net/preinscricao/ficha.php?processo=40>, com as seguintes datas:  
1355 Turma 1/2020: inscrição de 10 de fevereiro a 9 de março. Período do Curso: de 10 de março a  
1356 10 de maio; Turma 2/2020: inscrição de 10 de maio a 9 de junho. Período do Curso: de 10 de  
1357 junho a 9 de agosto; e Turma 3/2020: inscrição de 10 de agosto a 9 de setembro. Período do  
1358 Curso: de 10 de setembro a 10 de novembro. Destacou que até aquele momento foram 1.244  
1359 inscrições e reiterou o convite aos interessados. Em relação ao curso já realizado, detalhou  
1360 que o aproveitamento dos participantes foi o seguinte: 43% dos Participantes Certificados em  
1361 40h (576); e 56,9% de Participantes Não Certificados (762). Seguindo, apresentou resumo  
1362 executivo do Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral (2º Quadrimestre/2019) e  
1363 Execução dos Restos a Pagar (até 31/08/2019) e, por fim, a minuta de recomendação medidas  
1364 corretivas urgentes para que não ocorra a redução de recursos em 2020 para as despesas  
1365 com ações e serviços públicos de saúde. No segundo quadrimestre, destacou:  
1366 contingenciamento orçamentário (ou indisponibilidade de recursos para empenho no 2º  
1367 Quadrimestre), concentrado em Emendas - R\$ 1,4 bi de emendas; dotação atualizada: queda  
1368 OCC (ASPS e Não ASPS) e disponibilidade para empenho: aumento OCC ASPS. A respeito  
1369 da execução orçamentária e financeira, pontuou os seguintes aspectos: no total de Ações e  
1370 Serviços Públicos de Saúde - ASPS, empenho adequado e liquidação regular; Outros Custeios  
1371 - OCC - empenho adequado e liquidação regular; Pessoal Ativo - empenho preocupante e  
1372 liquidação regular; e Emendas – empenho inadequado e liquidação regular. Em relação ao

1373 Fundo Nacional de Saúde - FNS, salientou que, em termos agregados, teve empenho  
1374 adequado e liquidação regular, com destaque para os seguintes itens: Auxílios ao servidor -  
1375 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; Programa de Prevenção das DST/AIDS;  
1376 PACS/PSF - Apoio à Manutenção dos Polos de Academia da Saúde; Programa Saúde da  
1377 Família - PACS/PSF; PACS/PSF - Qualificação Profissional do SUS; Assistência Médica a  
1378 Servidores – FNS; Hospitais Próprios; Farmácias Populares; Instituto Nacional do Câncer –  
1379 INCa. Como intoleráveis e inaceitáveis, destacou os seguintes itens: Aquisição e Distribuição  
1380 de Medicamentos/DST/AIDS; Vigilância Sanitária – PAB; Farmácia Básica – PAB; Instituto  
1381 Cardiológico – INC; Incentivo Financeiro - Vigilância em Saúde; Programa Sangue e  
1382 Hemoderivados; Medicamentos Excepcionais; Manutenção Administrativa – FNS; Instituto  
1383 Traumatologia e Ortopedia – INTO; Emendas do Fundo Nacional De Saúde – FNS; Vacinas e  
1384 Vacinação - FNS 0+6 3.871.616.889 3.871.616.889 Reestruturação de Hospitais Universitários  
1385 Federais. Classificados como inaceitáveis, citou: Serv. de Processamento Dados – DATASUS;  
1386 Publicidade de Utilidade Pública; Fomento a Pesquisa em Ciência e Tecnologia; Aquisição e  
1387 Distribuição de Medicamentos Estratégicos; Outros Programas - FNS Ações de Vigilância  
1388 Epidemiológica; Atenção Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Jovem; Programa  
1389 Estruturação Saúde Família – PROESF; Reaparelhamento Unidades do SUS; e Combate às  
1390 Carências Nutricionais. Sobre os Restos a Pagar, Nível de Execução comparação 2016 a 2019  
1391 (até 31 de agosto), salientou que no 2º Quadrimestre de 2019 houve aumento do valor do saldo  
1392 a pagar, estabilidade do valor pago em comparação ao mesmo período de 2018 e queda do  
1393 valor cancelado em comparação ao mesmo período de 2018. No que se refere à execução  
1394 orçamentária e financeira relativas às transferências Fundo a Fundo para Estados e  
1395 Municípios, nível de empenho adequado e liquidação regular, sendo que a maior parte foi para  
1396 Custeio, especialmente para Média e Alta Complexidade. Sobre oferta e produção de serviços -  
1397 Rede Própria, GHC e Institutos (jan-ago/2019x2018), aumento na maioria dos procedimentos,  
1398 com queda em internação, exames laboratoriais e partos. A respeito das Auditorias e Controle,  
1399 destacou queda de 37% nas atividades em 2019 em comparação a 2018. Com base no  
1400 conjunto de informações, disse que a COFIN elaborou minuta de recomendação com medidas  
1401 corretivas urgentes para que não ocorra a redução de recursos em 2020 para as despesas  
1402 com ações e serviços públicos de saúde. O texto é o seguinte: “Recomendação nº XXX, de xx  
1403 de fevereiro de 2020. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua xxxx Reunião  
1404 Ordinária, realizada no dia xx de fevereiro de 2020, em Brasília, no uso de suas atribuições  
1405 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro  
1406 de 1990; pela Lei Complementar nº 141/2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006,  
1407 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da  
1408 legislação brasileira correlata; e considerando o disposto no Art. 41 da Lei Complementar (LC)  
1409 nº 141/2012, da qual deriva a competência do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para  
1410 encaminhar as indicações de medidas corretivas decorrentes da análise do Relatório de  
1411 Prestação de Contas Quadrimestral do Ministério da Saúde (MS) ao Presidente da República;  
1412 considerando os demais dispositivos da Lei Complementar nº 141/2012, em especial os artigos  
1413 14 e 24; considerando a análise do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do 2º  
1414 Quadrimestre de 2019; considerando os elevados valores de saldos a pagar dos Restos a  
1415 Pagar, especialmente os não processados, que caracterizam despesas não liquidadas e,  
1416 portanto, ainda não efetivadas como ações e serviços públicos de saúde para o atendimento  
1417 das necessidades da população verificadas até o 2º quadrimestre de 2019; considerando que o  
1418 financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pelas três esferas de governo continua em  
1419 torno de 4% do Produto Interno Bruto (PIB), muito abaixo do mínimo de 8% do PIB dos  
1420 padrões internacionais para sistemas públicos de saúde de caráter universal e gratuito;  
1421 considerando que a regra estabelecida pela Emenda Constitucional nº 95/2016 para apuração  
1422 do valor do piso federal da saúde e do teto de despesas primárias da União representa uma  
1423 dupla penalização para a alocação de recursos para o financiamento do SUS, quer pela queda  
1424 do valor real do piso, quer pelo teto de despesas primárias estabelecido para pagamento nos  
1425 níveis de 2016, que restringem também a disponibilidade orçamentária e financeira para os  
1426 empenhos realizados durante o exercício pelo Ministério da Saúde; considerando a  
1427 reincidência dos baixos níveis de liquidação de vários itens de despesas (a maioria desde o 1º  
1428 quadrimestre/2016); considerando a insuficiência financeira nas contas do Fundo Nacional de  
1429 Saúde (FNS) em relação aos valores de Restos a Pagar e dos empenhos a pagar já liquidados  
1430 no final do 2º Quadrimestre de 2019, situação que se repete a cada quadrimestre;  
1431 considerando a redução das atividades de auditoria e controle no 2º Quadrimestre de 2019 em  
1432 comparação ao mesmo período de 2018, o que também foi verificado no 1º Quadrimestre de

1433 2019. Recomenda: ao Ao Exmo. Sr. Presidente da República a adoção de medidas corretivas  
1434 urgentes a seguir elencadas, para que não ocorra a redução de recursos em 2020 para as  
1435 despesas com ações e serviços públicos de saúde (conforme princípio constitucional da  
1436 vedação de retrocesso) como decorrência da redução real no piso federal do SUS verificada  
1437 nos últimos anos, e com o objetivo de aprimorar o desenvolvimento das ações e serviços  
1438 públicos de saúde no âmbito federal, nos termos das diretrizes para o estabelecimento das  
1439 prioridades para 2020 aprovadas pela Resolução 614, de 15 de fevereiro de 2019, do Conselho  
1440 Nacional de Saúde, homologada pelo Senhor Ministro da Saúde e publicada no Diário Oficial  
1441 da União nº 54, de 20 de março de 2019, Seção 1, páginas 63 e 64: **1)** Disponibilizar no início  
1442 de cada ano a totalidade dos recursos orçamentários e financeiros para todas as unidades  
1443 orçamentárias do Ministério da Saúde, o que possibilita atender com mais eficiência e eficácia  
1444 às necessidades de saúde da população e, com isso, reduzir os níveis de empenhos a pagar e  
1445 de saldos de restos a pagar. **2)** Promover um planejamento do processo de liquidação e  
1446 pagamento das despesas empenhadas pelo Ministério da Saúde, de modo a distribuir melhor a  
1447 execução das despesas ao longo do ano, o que contribui para um baixo valor de empenhos a  
1448 pagar no final do exercício e, com isso, contribui para o atendimento das necessidades de  
1449 saúde da população com mais eficiência e eficácia. **3)** Aumentar os níveis de liquidação de  
1450 despesas, especialmente para aquelas que recorrentemente tem obtido a classificação de  
1451 inadequadas, intoleráveis e/ou inaceitáveis. **4)** Aumentar as ações de auditoria e controle no  
1452 âmbito do SUS. **5)** Orientar o Ministério da Saúde a rever os processos de trabalho, inclusive o  
1453 referente à tomada de decisão, para que os níveis de liquidação de despesas em todos os  
1454 quadrimestres sejam compatíveis com os valores das despesas fixadas nas dotações  
1455 orçamentárias, de modo a não agravar ainda mais o processo de subfinanciamento e  
1456 desfinanciamento do SUS que está em curso desde a vigência da Emenda Constitucional  
1457 95/2016. **6)** Orientar a área do Tesouro Nacional para que a movimentação financeira das  
1458 despesas do MS (Administração Direta) seja feita exclusivamente por meio do Fundo Nacional  
1459 de Saúde, inclusive com a transferência de recursos financeiros compatíveis com os saldos de  
1460 empenhos a pagar e com os saldos dos restos a pagar, cumprindo assim a exigência da LC  
1461 141/2012, especialmente os artigos 14 (unidade orçamentária e gestora) e 24 (comprovação da  
1462 aplicação em ASPS). **7)** Autorizar o Ministério da Saúde para cancelar em 2020 os Restos a  
1463 Pagar (pelo menos os não processados) referentes a empenhos de 2017 e anos anteriores,  
1464 pela inviabilidade de execução destas despesas pelo tempo decorrido até o momento, os quais  
1465 deverão ser compensados em 2021 como aplicação adicional ao mínimo daquele ano, nos  
1466 termos do artigo 24, II, §2º da Lei Complementar nº 141/2012.” Concluída a leitura, o  
1467 coordenador da mesa colocou em apreciação da minuta de recomendação. **Deliberação: a**  
1468 **recomendação foi aprovada por unanimidade.** Em seguida, o assessor da COFIN/CNS  
1469 lembrou que, em termos da Lei Complementar nº. 141/2012, compete ao Conselho Nacional  
1470 de Saúde estabelecer diretrizes para definição de prioridades às ações e serviços públicos de  
1471 saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes  
1472 Orçamentárias da União para 2021. Explicou que, em tese, o Ministério da Saúde deveria  
1473 encaminhar as diretrizes para deliberação do CNS, todavia, isso jamais ocorreu. Portanto, o  
1474 CNS, desde 2012, assumiu a tarefa de definir as diretrizes e enviar ao Ministério da Saúde.  
1475 Destacou que as diretrizes definidas levaram em consideração as deliberações da 16ª  
1476 Conferência Nacional de Saúde. Além disso, comunicou que até aquele momento o CNS não  
1477 havia recebido a Programação Anual de Saúde de 2020, o Plano Nacional de Saúde  
1478 2020/2023 e as planilhas de fechamento da execução orçamentária de 2019. Dito isso, fez a  
1479 leitura da minuta de resolução que estabelece diretrizes referentes à definição de prioridades  
1480 para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o  
1481 Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2021. O texto é o seguinte: “Minuta  
1482 de resolução nº xxxxxx. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua XXXXX Reunião  
1483 Ordinária, realizada nos dias XXXXXXX de fevereiro de 2020, no uso de suas competências  
1484 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº  
1485 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo  
1486 as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação  
1487 brasileira correlata; e considerando a afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS) como  
1488 modelo de sistema universal de saúde instituído pela Constituição-Cidadã de 1988 que é direito  
1489 de todos e dever do Estado, em seus princípios e diretrizes garantidores da universalidade,  
1490 integralidade e equidade do acesso às ações e serviços públicos de saúde, incluindo a gestão  
1491 descentralizada, hierarquizada, regionalizada e com a participação da comunidade;  
1492 considerando a Resolução nº. 614, de 15 de fevereiro de 2019, do Conselho Nacional de

1493 Saúde, homologada pelo Senhor Ministro da Saúde e publicada no Diário Oficial da União nº  
1494 54, de 20 de março de 2019, Seção 1, páginas 63 e 64, que estabeleceu as diretrizes para o  
1495 estabelecimento de prioridades para 2020; considerando o papel propositivo e formulador do  
1496 Conselho Nacional de Saúde para o processo de elaboração da Programação Anual de Saúde  
1497 e do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2021 pelo Ministério da Saúde,  
1498 conforme estabelece a Lei Complementar 141/2012 e a Lei 8142/90; considerando as diretrizes  
1499 e propostas aprovadas pela 16ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 4 a 7 de agosto  
1500 de 2019 em Brasília; considerando a Recomendação nº 041/2019 do Conselho Nacional de  
1501 Saúde, com orientações, dentre outros, ao Ministério da Saúde, para incorporar as  
1502 deliberações da 16ª Conferência Nacional de Saúde no capítulo saúde do Plano Plurianual da  
1503 União 2020-2023 e no Plano Nacional de Saúde 2020-2023, instrumentos do processo de  
1504 planejamento federal quadriênio do SUS que servem de referência para a elaboração da  
1505 Programação Anual de Saúde para 2021, do capítulo saúde do Projeto de Lei de Diretrizes  
1506 Orçamentárias para 2021 e do capítulo saúde do Projeto de Lei do Orçamento para 2021;  
1507 considerando que a Recomendação 041/2019 do Conselho Nacional de Saúde, na parte  
1508 introdutória do anexo dessa recomendação, estabelece a necessidade de “garantir a  
1509 democracia e saúde como direitos de cidadania, imprescindíveis à qualidade de vida, liberdade  
1510 de expressão e participação, ao lado dos demais direitos sociais para consolidar e fortalecer o  
1511 SUS como política pública, projeto de Nação e fator de desenvolvimento, fortalecendo seu  
1512 caráter público, com equidade, universalidade e integralidade para assegurar resolutividade da  
1513 atenção à saúde, estruturada de forma regionalizada, descentralizada e hierarquizada, com  
1514 participação popular”, bem como “assegurar o direito constitucional da Seguridade Social e o  
1515 financiamento adequado, transparente e suficiente, com sustentabilidade orçamentária do  
1516 SUS, propiciando a participação da comunidade, com efetivo controle social, especialmente o  
1517 fortalecimento e aperfeiçoamento dos conselhos de saúde, de modo a garantir a transparência  
1518 e a moralidade na gestão pública e melhorar a comunicação entre a sociedade e os gestores,  
1519 respeitando seu caráter deliberativo”; considerando a necessidade de compatibilizar o  
1520 financiamento público do Sistema Único de Saúde (SUS) com a mudança do modelo de  
1521 atenção à saúde para priorizar a atenção básica como a ordenadora da rede de cuidados de  
1522 saúde da população e a valorização dos trabalhadores do SUS , essencial para cumprir o  
1523 princípio constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, cujos serviços são  
1524 definidos como de relevância pública; considerando os efeitos negativos da Emenda  
1525 Constitucional (EC) 95/2016 para o financiamento federal do SUS, que estabelece tanto um  
1526 parâmetro da aplicação mínima em ações e serviços de saúde, no período de 2018 a 2036, no  
1527 valor correspondente de 15% da Receita Corrente Líquida de 2017, como um teto geral para as  
1528 despesas primárias da União calculado a partir dos valores pagos em 2016, ambos atualizados  
1529 pela variação anual do IPCA/IBGE; considerando que esse piso federal do SUS estabelecido  
1530 pela EC 95/2016 está em desacordo com o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP no  
1531 321/2013), que obteve mais de 2,2 milhões de assinaturas auditadas em favor da alocação  
1532 mínima de 10% das receitas correntes brutas da União para o financiamento federal das ações  
1533 e serviços públicos de saúde, correspondente a 19,4% em termos de receita corrente líquida  
1534 conforme dispositivo da Proposta de Emenda Constitucional no 01-D/2015, que foi aprovada  
1535 em primeiro turno pela Câmara dos Deputados em 2016; considerando a impossibilidade  
1536 jurídico-constitucional de redução dos valores mínimos aplicados em saúde pelas regras  
1537 constitucionais anteriores, sob pena de violação da efetividade do direito à saúde e da  
1538 igualdade federativa, com aumento das desigualdades regionais, em consonância com o  
1539 despacho liminar do Ministro Ricardo Lewandowski, do Supremo Tribunal Federal, na Ação  
1540 Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5595; considerando o caráter deliberativo do controle  
1541 social, destacando que cabe aos Conselhos de Saúde, enquanto instâncias máximas do  
1542 Sistema Único de Saúde, deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades  
1543 nas matérias constantes dos planos plurianuais, das leis de diretrizes orçamentárias, das leis  
1544 orçamentárias e dos planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos  
1545 Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Lei Complementar no 141/2012, §4º, artigo 30).  
1546 Resolve: aprovar as seguintes diretrizes referentes à definição de prioridades para as ações e  
1547 serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei  
1548 de Diretrizes Orçamentárias da União para 2021. Seção Única. Da Deliberação das Diretrizes e  
1549 Prioridades. Art. 1º Para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de  
1550 saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes  
1551 Orçamentárias da União para 2021, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes  
1552 diretrizes: I – A programação orçamentária e financeira do Ministério da Saúde deve alocar

1553 recursos compatíveis com a mudança do modelo de atenção à saúde para organizar uma rede  
1554 de cuidados de saúde da população ancorada numa atenção primária forte e resolutiva, de  
1555 modo a cumprir os princípios e diretrizes constitucionais da universalidade, gratuidade,  
1556 integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade no Sistema Único de  
1557 Saúde. II - investimento de todo o orçamento da saúde em prol da consolidação do SUS  
1558 universal e de qualidade mediante o financiamento suficiente para esse fim, incluindo os  
1559 valores das transferências fundo a fundo da União para os Estados, Distrito Federal e  
1560 Municípios conforme critérios, modalidades e categorias pactuadas na Comissão Intergestores  
1561 Tripartite e deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde nos termos do artigo 17 da Lei  
1562 Complementar nº 141/2012, para promover a: a) otimização da aplicação dos recursos públicos  
1563 já destinados, especialmente, pela disponibilização integral e tempestiva de recursos e a  
1564 ausência de contingenciamento orçamentário e financeiro de dotações do Ministério da Saúde  
1565 na Lei Orçamentária de 2021, bem como da ausência de limite de pagamento para os restos a  
1566 pagar inscritos e reinscritos para execução financeira em 2021; b) alocação de recursos  
1567 suficientes para uma mudança de modelo de atenção à saúde, que fortaleça a atenção básica  
1568 como responsável sanitária para uma população territorialmente referenciada, fazendo com  
1569 que seja a principal porta de entrada ao SUS e a ordenadora dos cuidados de saúde nas redes  
1570 de atenção sob gestão pública federal, estadual e municipal; c) priorização da alocação de  
1571 recursos orçamentários e financeiros públicos de saúde para o fortalecimento e ampliação das  
1572 unidades próprias de prestação de serviço no âmbito do SUS e para a ampliação das equipes  
1573 de saúde da família, de modo a valorizar as trabalhadoras e os trabalhadores do SUS; d)  
1574 criação de dotação orçamentária específica para a aplicação, adicional ao mínimo exigido para  
1575 ações e serviços públicos de saúde em 2021, tanto dos valores totais de Restos a Pagar  
1576 cancelados em 2020 e dos ainda pendentes de compensação cancelados desde 2012, como  
1577 das despesas financiadas com recursos do pré-sal; e) garantia da fixação dos profissionais de  
1578 saúde, principalmente na Região Norte do Brasil, nas áreas periféricas das regiões  
1579 metropolitanas, nas áreas rurais e de difícil acesso do território nacional, mediante alocação  
1580 suficiente de recursos orçamentários e financeiros em processo continuado de melhoria de  
1581 qualidade, com estímulo e valorização da força de trabalho do SUS e formulação e implantação  
1582 do Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários do SUS; f) aprimoramento dos critérios de  
1583 rateio de recursos para transferência do Fundo Nacional de Saúde para Estados, Distrito  
1584 Federal e Municípios, com destaque para a reformulação dos critérios que privilegiam o  
1585 financiamento da atenção à saúde pelo número de usuários cadastrados nos municípios, a ser  
1586 pactuado na Comissão Intergestores Tripartite e deliberado pelo Conselho Nacional de Saúde,  
1587 de modo a cumprir o caput do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012, bem como a  
1588 implementação das transferências fundo a fundo segundo esses critérios com a alocação de  
1589 recursos adicionais ao piso para evitar que o aumento que venha a ocorrer para uma parte dos  
1590 entes seja compensado pela redução de outros entes, de modo a garantir o direito à saúde da  
1591 população. III - ampliação da pactuação do saneamento básico e saúde ambiental, incluindo  
1592 tratamento adequado dos resíduos sólidos, dando a devida prioridade político-orçamentária,  
1593 para a promoção da saúde e redução dos agravos e das desigualdades sociais; IV -  
1594 contribuição para erradicar a extrema pobreza e a fome no País; V – garantia de recursos  
1595 orçamentários e financeiros para além do piso fixado pela Emenda Constitucional 95/2016 de  
1596 modo a impedir que em 2021, em termos de valores reais (atualizados pelo IPCA/IBGE) total  
1597 ou *per capita* ou como proporção da receita corrente líquida da União, a aplicação em ações e  
1598 serviços públicos de saúde seja menor que as aplicações verificadas desde 2014, adotando a  
1599 que for maior, bem como para o cumprimento de outras diretrizes estabelecidas nesta  
1600 Resolução. Art. 2º O Ministério da Saúde, em observância ao disposto no artigo 1º, deverá  
1601 atender também às seguintes diretrizes: I - garantia do acesso da população a serviços  
1602 públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades  
1603 de saúde, de modo a considerar os determinantes sociais, atendendo às questões culturais, de  
1604 raça/cor/etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero e geração, aprimorando a  
1605 política de atenção básica e a atenção especializada e a consolidação das redes  
1606 regionalizadas de atenção integral às pessoas no território; II - redução dos riscos e agravos à  
1607 saúde da população, por meio das ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde; III -  
1608 garantia da atenção integral à saúde da criança, com especial atenção nos dois primeiros anos  
1609 de vida, e da mulher, com especial atenção na gestação, aos seus direitos sexuais e  
1610 reprodutivos, e às áreas e populações em situação de maior vulnerabilidade social, população  
1611 com deficiência, especialmente a população em situação de rua, ribeirinhos, povo do  
1612 campo/água/floresta, população negra, quilombolas, LGBT e ciganos; IV - aprimoramento das

1613 redes de urgência e emergência, com expansão e adequação de suas unidades de  
1614 atendimento, do SAMU e das centrais de regulação, bem como das Unidades de Pronto  
1615 Atendimento (UPA), estimulando o funcionamento com pessoal capacitado e em quantidade  
1616 adequada, articulando-as com outras redes de atenção; V - fortalecimento de todas as redes  
1617 de atenção pública, em especial a rede de saúde mental e demais transtornos, com ênfase nas  
1618 ações de promoção e prevenção relacionadas ao uso problemático de crack, álcool e outras  
1619 drogas, com ampliação e garantia de abertura e/ou manutenção dos investimentos dos  
1620 serviços da rede própria e leitos integrais em hospitais gerais, bem como as redes de atenção  
1621 às pessoas com deficiência e à saúde bucal; VI - garantia da atenção integral à saúde da  
1622 mulher, do homem, da pessoa com deficiência, da pessoa idosa e das pessoas com doenças  
1623 crônicas, raras e negligenciadas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e  
1624 fortalecendo as ações de promoção, prevenção e reabilitação, bem como o fortalecimento de  
1625 espaços para prestação de cuidados prolongados e paliativos e apoio à consolidação do Plano  
1626 Nacional de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis; VII - aprimoramento do  
1627 Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado na atenção  
1628 diferenciada, no cuidado integral e intercultural, observando as práticas de saúde tradicionais,  
1629 com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais, com prioridade para a  
1630 garantia da segurança alimentar; VIII - garantia da implementação da Política Nacional de  
1631 Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Agroecologia e Produção  
1632 Orgânica, que incentivam a produção de alimentos ambiental, social e economicamente  
1633 sustentáveis; IX - contribuição para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e  
1634 democratização das relações de trabalho dos profissionais que atuam na área da saúde; X –  
1635 garantir e implementar gestão pública e direta com instrumentos de relação federativa, com  
1636 centralidade na garantia do acesso, gestão participativa e democrática, qualificada e resolutiva  
1637 com participação social e financiamento estável; XI – alocar recursos orçamentários suficientes  
1638 para que o Conselho Nacional de Saúde, instância máxima de deliberação do SUS, possa  
1639 exercer com autonomia e independência política, financeira e administrativa seu papel de  
1640 propositivo, deliberativo e fiscalizador da política de saúde e das ações e serviços dela  
1641 decorrentes enquanto instância máxima de deliberação do SUS, bem como contribuir para o  
1642 processo de qualificação permanente dos conselheiros nacionais, estaduais e municipais de  
1643 saúde; XII - qualificação dos instrumentos de execução direta com contratualização dos  
1644 serviços públicos que garantam a autonomia administrativa e financeira desses serviços,  
1645 gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS, mediante a utilização de indicadores  
1646 específicos para avaliação de estratégias e metas que assegurem a qualidade e resolutividade  
1647 de ações e serviços públicos de saúde com redução de possibilidade de corrupção e  
1648 desperdício de recursos; XIII - garantia e aprimoramento da assistência farmacêutica universal  
1649 e integral no âmbito do SUS, estimulando e pactuando a estruturação da rede de serviços e a  
1650 sua força de trabalho da assistência farmacêutica das três esferas de governo e a incorporação  
1651 rápida de novos medicamentos à lista do Relação Nacional de Medicamentos Essenciais -  
1652 RENAME após a apreciação especializada de Comissão Nacional de Incorporação de  
1653 Tecnologia no SUS (Conitec), com a garantia da manutenção da rede própria do Programa de  
1654 Farmácia Popular; XIV - fortalecimento do complexo industrial e de ciência, tecnologia e  
1655 inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento  
1656 econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da  
1657 assistência farmacêutica no âmbito do SUS; XV - garantia da regulação e fiscalização da saúde  
1658 suplementar, assegurando a participação dos Conselhos de Saúde neste processo; XVI -  
1659 garantia da implementação e efetivação da política nacional de práticas integrativas e  
1660 complementares em saúde e sua inserção nos três níveis de assistência, da política nacional  
1661 de promoção de saúde e de educação popular em saúde; XVII - aprimoramento da política  
1662 nacional de comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a  
1663 sociedade em torno das diretrizes do SUS e da política de saúde como meio de atender as  
1664 demandas sociais; XVIII - aprimoramento do controle às doenças endêmicas, parasitárias e  
1665 zoonoses, melhorando a vigilância à saúde, especialmente a sua capacidade de vigilância e  
1666 emergências sanitárias; XIX - aprimoramento e fiscalização da rotulagem de alimentos com  
1667 informações claras e não enganosas ao consumidor, especialmente em relação aos impactos  
1668 do uso de agrotóxico e organismos geneticamente modificados (transgênicos), bem como a  
1669 regulamentação de práticas de publicidade e comercialização de alimentos não saudáveis,  
1670 principalmente voltada ao público infante-juvenil e as pessoas com necessidades alimentares  
1671 especiais (celíacos, diabéticos, hipertensos, alérgicos e com intolerância alimentar); XX -  
1672 regulamentação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e

1673 Crianças de 1a Infância, bicos, chupetas e mamadeiras para assegurar o uso apropriado  
1674 desses produtos, de forma que não haja interferência na prática do aleitamento materno; XXI –  
1675 melhorar a qualidade do transporte de pessoas assistidas pela rede pública de saúde, que  
1676 proteja os usuários de constrangimentos combatidos historicamente pelo SUS, como por  
1677 exemplo as pessoas com deficiência etc; e XXII - fortalecimento dos programas de saúde da  
1678 (o) trabalhadora (o) para garantir condições de trabalho adequadas no setor público, privado e  
1679 filantrópico e identificar agravos, com oferta de educação permanente e suporte técnico  
1680 periódicos a todos os municípios, especialmente por meio da ampliação e garantia de  
1681 funcionamento de pelo menos um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador - CEREST  
1682 por região de saúde.” Concluída a leitura e, aberta a palavra ao Pleno, foram apresentadas as  
1683 seguintes contribuições à minuta: Inciso I – incluir o termo “geração ou geracional”; Inciso III –  
1684 incluir o trecho “população idosa” após o termo “deficiência”; Inciso IX – incluir o seguinte  
1685 trecho: “garantir a implementação e a efetivação da Política Nacional de Educação Permanente  
1686 em Saúde (...); letra “F”, inciso II, art. 1º – nova redação: “aprimoramento dos critérios de rateio  
1687 de recursos para transferência do Fundo Nacional de Saúde para Estados, Distrito Federal e  
1688 Municípios, com destaque para evitar a regressão dos critérios que privilegiam o financiamento  
1689 da atenção à saúde pelo número de usuários cadastrados nos municípios, a ser pactuado na  
1690 Comissão Intergestores Tripartite e deliberado pelo Conselho Nacional de Saúde, de modo a  
1691 cumprir o caput do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012, bem como a implementação  
1692 das transferências fundo a fundo segundo esses critérios com a alocação de recursos  
1693 adicionais ao piso para evitar que o aumento que venha a ocorrer para uma parte dos entes  
1694 seja compensado pela redução de outros entes, de modo a garantir o direito à saúde da  
1695 população”. Além das sugestões ao texto, foram pontuadas as seguintes questões: importância  
1696 da citação à população em situação de rua para dar maior visibilidade a esse segmento; sobre  
1697 os veículos de transporte, é importante garantir veículos adaptados para as pessoas com  
1698 deficiências (cadeirantes). **Deliberação: a minuta de resolução foi aprovada, por**  
1699 **unanimidade, com as alterações sugeridas.** O assessor da COFIN destacou que  
1700 apresentaria posteriormente os levantamentos solicitados pela conselheira Marisa Furia Silva e  
1701 Maria Laura Carvalho Bicca. *Solicitação:* pautar na COFIN e trazer para o Pleno do CNS.  
1702 Seguindo, apresentou a minuta de recomendação elaborada pela COFIN/CNS. O texto é o  
1703 seguinte: “O Conselho Nacional de Saúde, em sua reunião xxx ordinária de 13 e 14 de  
1704 fevereiro, xxxxxx e Considerando o princípio constitucional de que a saúde é direito de todos e  
1705 dever do Estado, Considerando que o Conselho Nacional de Saúde e a Conferência Nacional  
1706 de Saúde são instâncias máximas de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito  
1707 da esfera federal de governo, inclusive quanto aos aspectos econômicos e financeiros nos  
1708 termos da Lei 8142/90; Considerando que o governo federal encaminhou em novembro de  
1709 2019 encaminhou ao Congresso Nacional três Propostas de Emenda Constitucional (PEC 186,  
1710 PEC 187 e PEC 188) equivocadamente denominadas como "Plano Brasil Mais", pois não se  
1711 caracterizam tecnicamente como um "plano", mas são propostas de medidas econômicas e  
1712 administrativas para atingir tanto o objetivo de promover uma reforma administrativa que  
1713 prejudica o funcionalismo público, como o objetivo de realocar recursos orçamentários e  
1714 financeiros para priorizar o pagamento da dívida pública em detrimento do atendimento das  
1715 necessidades da população; Considerando que essas três PEC representam um  
1716 aprofundamento da restrição orçamentária e financeira decorrente da Emenda Constitucional  
1717 95/2016, cuja combinação de teto de despesas primárias mediante o congelamento dos  
1718 pagamentos nos níveis de 2016; Considerando que a PEC 186 altera, dentre outras, a regra de  
1719 atualização do piso federal da saúde e educação, retirando o dispositivo que atualiza o valor  
1720 pela variação do IPCA; Considerando que a PEC 187 trata da extinção de fundos públicos,  
1721 cujos saldos financeiros e patrimônio serão realocados principalmente para o pagamento da  
1722 dívida pública, caracterizando um sequestro de recursos destinados para finalidades  
1723 específicas (estabelecidas nas respectivas legislações de criação) voltadas para o atendimento  
1724 de financiamento de políticas públicas estratégicas para o atendimento às necessidades da  
1725 população com o objetivo de garantir os interesses rentistas de alguns poucos credores da  
1726 dívida pública; Considerando que a PEC 188 avança no processo de desvinculação dos pisos  
1727 da Saúde e Educação iniciada pela EC 95/2016 para o nível federal (congelamento desses  
1728 pisos nos níveis de 2017), na medida que criam nova regra de cálculo para União, Estados, DF  
1729 e Municípios, que estabelece um piso unificado para saúde e educação, cujo cumprimento  
1730 deixa de ser analisado sob a forma dos pisos individualizados de cada uma dessas áreas de tal  
1731 forma que o aumento de gasto de uma delas pode ser compensado pela redução de gasto de  
1732 outra área, desde que cumprido o piso unificado; Considerando que a PEC 188 também

1733 extingue-o plano plurianual e os planos e programas nacionais, regionais e setoriais, o que  
1734 representa um grave retrocesso no processo de planejamento das políticas públicas em geral,  
1735 e da saúde em especial, com graves prejuízos para a participação da comunidade no SUS  
1736 expresso pela Constituição Federal e por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde que,  
1737 nos termos da Lei 8142/90 e da Lei Complementar 141/2012, são instâncias máximas de  
1738 deliberação do SUS; Considerando que, dentre os efeitos dessas PEC, a Nota Técnica XX da  
1739 Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadão encaminhada ao Congresso Nacional apontou  
1740 para o aumento do grave quadro de desigualdades existentes no país, para a violação de  
1741 garantias fundamentais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e para violação de  
1742 tratados e convenções internacionais assinados pelo Brasil; e considerando que a aprovação  
1743 dessas PEC aumentará ainda mais o processo de desfinanciamento do SUS, que está em  
1744 curso desde a vigência da EC 95/2016. Recomenda que os Senadores da República e aos  
1745 Deputados Federais não aprovem as PEC 186, 187 e 188.” **Deliberação: a recomendação foi**  
1746 **aprovada por unanimidade.** Definido esse ponto, às 20h, a mesa encerrou o primeiro dia de  
1747 reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras nesse período:  
1748 *Titulares* - **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,  
1749 Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira de  
1750 Hospitais – FBH; **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia –  
1751 ABRALE; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN;  
1752 **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;  
1753 **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e  
1754 Idosos - SINTAPI/CUT; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **Jupiará**  
1755 **Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das  
1756 Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Luiz Aníbal Vieira Machado**,  
1757 Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marisa Fúria Silva**, Associação Brasileira de  
1758 Autismo – ABRA; **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra  
1759 a AIDS – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Ruth Cavalcanti**  
1760 **Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN; **Shirley Marshal Diaz Morales**,  
1761 Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos  
1762 Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; **Sueli**  
1763 **Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA; **Valdenir**  
1764 **Andrade França**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB;  
1765 **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM; e **Vitória Davi Marzola**,  
1766 União Nacional dos Estudantes - UNE. *Suplentes* - **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**,  
1767 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Alceu Kuhn**, Organização Nacional de  
1768 Cegos do Brasil – ONCB; **Ana Carolina Navarrete Munhoz Fernandes da Cunha**, Instituto  
1769 Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC; **Cleonide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação  
1770 Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Cleonice Caetano Souza**,  
1771 União Geral dos Trabalhadores – UGT; **Debora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos  
1772 Farmacêuticos – FENAFAR; **Erivelto Fernandes do Nascimento**, Fórum de Presidentes de  
1773 Conselhos Distritais de Saúde Indígena – FPCONDISI; **Evalcilene Costa dos Santos**,  
1774 Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas – MNCP; **Fernanda Lou Sans Magano**,  
1775 Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação  
1776 Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Giancarlo de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal  
1777 de Odontologia – CFO; **Gilberto Soares Casanova**, Associação de Diabetes Juvenil – ADJ;  
1778 **Gildemar José Bezerra Crispim**, Conselho Federal de Biologia – CFBio; **João Donizeti**  
1779 **Scaboli**, Força Sindical – FS; **Jonathan de Jesus Silva**, União Nacional LGBT – UNALGBT;  
1780 **José Vanilson Torres**, Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **Lenise Aparecida**  
1781 **Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Lucimary Santos Pinto**,  
1782 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Luiz Alberto Catanoso**,  
1783 Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDNAPI/FS; **Marcia Patrício**  
1784 **de Araújo**, Associação Brasileira dos Ostomizados – ABRASO; **Maria da Conceição Silva**,  
1785 União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho  
1786 Federal de Nutricionistas – CFN; e **Rodrigo César Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de  
1787 Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Iniciando os trabalhos do segundo dia de  
1788 reunião, às 9h, a mesa foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – IMPACTOS NA SAÚDE**  
1789 **CAUSADOS PELO VAZAMENTO DE ÓLEO NO MAR** - *Apresentação: Joana Rodrigues*  
1790 **Mousinho**, representante da Articulação Nacional das Pescadoras. *Coordenação: conselheiro*  
1791 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Começando este ponto de  
1792 pauta, o coordenador da mesa explicou que o CNS decidiu retomar o debate deste tema,

1793 porque, após seis meses do início do desastre ambiental, que atingiu com petróleo o litoral dos  
1794 nove estados do Nordeste, do Espírito Santo e do Rio de Janeiro, ainda não era possível  
1795 mensurar a dimensão real dos impactos. Lembrou que no campo social, o cenário era de  
1796 dificuldades e falta de apoio para as populações que dependiam da pesca para sobreviver  
1797 nessas localidades. Por fim, disse que o Ministério do Meio Ambiente foi convidado a participar  
1798 do debate, mas não enviou representante. Feitas essas considerações iniciais, explanou a  
1799 representante da Articulação Nacional das Pescadoras, **Joana Rodrigues Mousinho**, sobre o  
1800 cenário de incertezas que vive as populações das áreas pesqueiras atingidas. Segundo seu  
1801 relato, desde o derramamento do petróleo cru que contaminou o mar, a população que vive da  
1802 pesca vem enfrentando grandes dificuldades e pescadoras e marisqueiras, bem como suas  
1803 famílias, chegaram a passar fome. Além disso, há grande preocupação com as pessoas que  
1804 tiveram contato direto com o petróleo, por não saber os dados à saúde. Também relatou que o  
1805 ocorrido afetou inclusive as famílias das regiões que não tiveram contato direto com o petróleo  
1806 por conta da desconfiança no consumo de produtos oriundos da pesca. Neste ponto, destacou  
1807 a importância da pesca artesanal, lembrando que 70% do pescado consumido no país vem  
1808 dessa modalidade de pesca. Nesse cenário, disse que a mídia televisiva também fez um  
1809 desserviço ao generalizar que os produtos do mar não podiam ser consumidos por conta da  
1810 contaminação, quando na verdade nem todos os produtos foram contaminados. Também citou  
1811 a falta de apoio dos governantes às populações atingidas neste momento de emergência (nem  
1812 alimentos foram disponibilizados). Disse que famílias não têm o que comer porque não  
1813 conseguem vender os seus produtos e são necessárias medidas urgentes dada a gravidade da  
1814 situação. Além disso, ressaltou que o auxílio emergencial liberado pelo governo para os  
1815 pescadores artesanais afetados – em duas parcelas de R\$ 998, uma em janeiro e outra em  
1816 fevereiro, não amenizou a situação, por conta das dificuldades para liberação da carteirinha de  
1817 pescador, que é um dos critérios para recebimento do recurso (desde 2013 não há emissão de  
1818 carteira e carteiras de pescas são suspensas sem justificativa). Finalizou destacando que a  
1819 situação era grave e muitas famílias estavam completamente desassistidas. Antes de abrir a  
1820 palavra ao Pleno, conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, em nome do CNS,  
1821 manifestou solidariedade aos povos afetados pelo derramamento de petróleo e preocupação  
1822 com a situação dessas pessoas diante do ocorrido. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**,  
1823 Presidente do CNS, saudou a convidada e lembrou que o Conselho já havia debatido o tema  
1824 anteriormente, mas decidiu pautá-lo novamente para não cair no esquecimento, dada a  
1825 gravidade da situação. Lembrou que o Ministério do Meio Ambiente foi convidado para este  
1826 segundo debate, mas não enviou representante em virtude de “compromissos previamente  
1827 assumidos”, o que na sua visão era um sinal de desrespeito ao povo brasileiro que exige  
1828 respostas. Frisou que cabe ao CNS solidarizar-se, exigir providências e fiscalizar a  
1829 implementação de medidas e recordou que esse tipo de situação ocorre com outros segmentos  
1830 da população como as pessoas que aguardam aposentadoria ou concessão de benefícios.  
1831 Conselheiro **Valdenir Andrade França** manifestou solidariedade aos pescadores e às  
1832 pescadoras e lembrou que os povos indígenas também estavam morrendo por causa da  
1833 contaminação das águas e dos solos. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** avaliou que se vive  
1834 um momento de grandes retrocessos e prejuízos aos trabalhadores, com tragédias-crime como  
1835 as ocorridas no Município de Brumadinho e na cidade de Mariana, contaminação dos mares  
1836 por petróleo, além das ações de destruição da Amazônia. No mais, citou a reforma trabalhista,  
1837 ao contrário do que se afirmou, não gerou empregos, com carteira assinada e também  
1838 manifestou preocupação com a reforma previdenciária e a EC n°. 95, que retira recursos da  
1839 saúde, agravando ainda mais a situação de desfinanciamento do SUS. Lembrou, inclusive, que  
1840 as eleições municipais ocorreriam no final de 2020 e a população precisava ter muita atenção e  
1841 cuidado com aqueles que iria eleger. Conselheira **Maria da Conceição Silva** saudou a mesa e  
1842 solidarizou-se com a situação enfrentada pelas comunidades atingidas. Referiu-se ao  
1843 Programa Chapéu de Palha, criado em Pernambuco, como forma de auxílio aos trabalhadores  
1844 que perderam seus empregos, explicando que mulheres foram descadastradas por não ter a  
1845 carteira atualizada e propôs-se, enquanto representante da UNEGRO, a negociar a situação na  
1846 pauta do comitê de mulheres de Pernambuco. Também registrou seu repúdio à ausência do  
1847 Ministério do Meio Ambiente, por entender que prejudicava o diálogo e a definição de possíveis  
1848 soluções. Como encaminhamento, sugeriu pautar o tema na próxima reunião da CIPPE/CNS a  
1849 fim de levantar subsídios para o posicionamento do Pleno do CNS. Conselheiro **Moysés**  
1850 **Longuinho Toniolo de Souza** sugeriu que fosse feita uma busca dos comitês locais que estão  
1851 acompanhando a situação para tomar conhecimento das ações adotadas. Conselheiro **Erivelto**  
1852 **Fernandes do Nascimento** solidarizou-se com a população atingida pelo derramamento do

1853 petróleo e lembrou que outros segmentos da sociedade, especialmente os menos favorecidos,  
1854 também enfrentavam desafios. Citou, por exemplo, a perseguição aos povos indígenas e  
1855 outros projetos maléficos e conclamou a população a unir-se para enfrentar os desafios desse  
1856 país tão desigual. Conselheira **Myrian Coelho Cunha da Cruz** avaliou que a situação era  
1857 grave e o relato da convidada dava visibilidade ao retorno da fome, da desnutrição infantil.  
1858 Citando Betinho, lembrou que “a fome tem pressa”, portanto, era preciso mobilizar vários  
1859 setores para garantir a distribuição de cestas básicas e o apoio financeiro às populações  
1860 afetadas. Por fim, saudou a Mesa Diretora do CNS por trazer novamente este tema à pauta do  
1861 Conselho. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** disse que o conselheiro Neilton  
1862 Araújo de Oliveira sugeriu trazer o assunto novamente para dar visibilidade à temática.  
1863 Conselheira **Marcia Patrício de Araújo** recordou o acidente ocorrido em Mariana/MG que  
1864 afetou o Estado do Espírito Santo e relatou que o poder público local e a sociedade adotaram  
1865 iniciativas para resolver a situação da população de pescadores. No caso do novo  
1866 derramamento de petróleo, o Estado do Espírito Santo conseguiu enfrentar melhor a situação,  
1867 inclusive por conta da experiência do ocorrido em Mariana/MG. Também se dispôs a levar a  
1868 situação colocada pela convidada para ser debatida no comitê do Espírito Santo. Conselheira  
1869 **Lenise Aparecida Martins Garcia** solidarizou-se com a situação das populações das áreas  
1870 pesqueiras atingidas pelo derramamento do petróleo e, na linha de soluções, sugeriu que fosse  
1871 solicitado laudo atestando a segurança do produto para ser consumido, a fim de ser  
1872 amplamente divulgado. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** sugeriu que fosse  
1873 constituído um GT para acompanhamento sistemático da situação. **Retorno da mesa.** A  
1874 representante da Articulação Nacional das Pescadoras, **Joana Rodrigues Mousinho**,  
1875 agradeceu o apoio do CNS e destacou que a importância de implementar medidas urgentes  
1876 para resolver a situação. Também foram sugeridos outros encaminhamentos que foram  
1877 compilados pela mesa. **Deliberação: o Pleno decidiu: 1) elaborar minuta de recomendação**  
1878 **tendo por subsídio as propostas apresentadas durante o debate direcionadas ao**  
1879 **Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento: a) implementação de ações que**  
1880 **agilizem a liberação imediata do Registro Geral de Pesca às comunidades quilombolas e**  
1881 **extrativistas, que dependem da pesca para sobreviver, e que tiveram as suas atividades**  
1882 **afetadas pelo derramamento de petróleo na costa brasileira; e b) apresentação de um**  
1883 **plano de ampliação do cadastramento (RGP) a fim de destinar a concessão do benefício**  
1884 **a todas as trabalhadoras e trabalhadores que, embora não cadastrados, tiveram as suas**  
1885 **rendas familiares comprometidas, considerando a relação nominal dos pescadores com**  
1886 **protocolo de registro inicial junto às Superintendência Federal de Agricultura, Pecuária e**  
1887 **Abastecimento nos estados afetados, e das informações do Instituto Nacional do Seguro**  
1888 **Social - INSS sobre a relação de pescadores profissionais artesanais que apresentaram**  
1889 **requerimento de seguro-desemprego (defeso). A minuta de recomendação foi apreciada**  
1890 **no último item da pauta; 2) solicitar ao Ministério da Saúde que divulgue informações na**  
1891 **área de vigilância em saúde (sanitária, ambiental e do trabalhador (a)), com dados sobre**  
1892 **a situação do derramamento de óleo até o momento; e 3) reiterar o pedido ao Ministério**  
1893 **da Agricultura, Pecuária e Abastecimento para que se posicione publicamente sobre a**  
1894 **situação, com relatório oficial, a fim de conhecer o plano de trabalho adotado diante da**  
1895 **situação. ITEM 8 – MEDIDAS DE ENFRENTAMENTO AO NOVO CORONAVÍRUS -**  
1896 **Apresentação: Wanderson Kleber de Oliveira**, Secretário de Vigilância em Saúde – SVS/MS;  
1897 **Maria Almirón**, Coordenadora da Unidade Técnica de Vigilância, preparação e resposta a  
1898 emergências e desastres - Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da  
1899 Saúde; e **Rivaldo Venâncio da Cunha**, Coordenação de Vigilância em Saúde e Laboratórios  
1900 de Referência – FIOCRUZ. *Coordenação:* conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do  
1901 CNS. O primeiro expositor foi o Secretário da SVS/MS, **Wanderson Kleber de Oliveira**, que  
1902 falou sobre a doença causada pelo novo Coronavírus - COVID-19, com foco na situação  
1903 epidemiológica e ações de enfrentamento. Começou falando do Centro de Operação de  
1904 Emergência em Saúde Pública - Infecção Humana pelo novo Coronavírus - COE-nCoV,  
1905 constituído com a finalidade de gerenciar emergências, sendo composto por diversos órgãos:  
1906 Casa Civil da Presidência da República; Gabinete de Segurança Institucional - GSI/PR;  
1907 Ministério da Saúde; Ministério da Defesa; Ministério das Relações Exteriores; Ministério da  
1908 Justiça e Segurança Pública; Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Agência  
1909 Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; Agência Nacional de Inteligência – ABIn; Fundação  
1910 Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; Instituto Evandro Chagas - IEC/SVS; Secretarias Estaduais de  
1911 Saúde – CONASS; Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; e Organização Pan-  
1912 Americana da Saúde - OPAS/OMS. Para melhor ilustrar a situação, mostrou uma linha do

1913 tempo com a evolução da emergência por Coronavírus e a resposta do Ministério da Saúde  
1914 (Brasil, dez/2019 a fev/2020), com destaque para ações no Brasil e em nível internacional. Em  
1915 dezembro de dezembro de 2019: Notificação OMS - Cluster de casos de “Pneumonia de causa  
1916 desconhecida”; Investigação - Equipe de Epidemiologia de campo do CDC Chinês; e primeiros  
1917 casos - Pneumonia em hospital de Wuhan/China. Em janeiro de 2020: no dia 4, primeira  
1918 comunicado da OMS: 44 casos de “Pneumonia de causa desconhecida”; e dia 9, Identificação  
1919 do vírus: divulgado o código genético - Novo Coronavírus. No caso do Brasil, em janeiro de  
1920 2020, é feita vigilância baseada em rumor e solicitação de esclarecimentos para OMS sobre  
1921 “Pneumonia de causa desconhecida”. No dia 10 de janeiro de 2020, o tema foi debatido no  
1922 Comitê de Monitoramento de Eventos do MS. No dia 16 de janeiro de 2020, a SVS/MS  
1923 publicou Boletim Epidemiológico - primeira informação sobre o que se sabia sobre a doença.  
1924 No dia 20 do mesmo mês, foi realizada reunião com a OPAS/OMS para alinhamento da  
1925 estratégia internacional de resposta. Em nível internacional, no dia 21 de janeiro de 2020, foi  
1926 publicado o 1º Boletim Epidemiológico da OMS apontando Risco “moderado”. No Brasil, dia 22  
1927 de janeiro de 2020, foi ativado o COE-nCoV no nível 1 de alerta, sem casos suspeitos. No dia  
1928 27 de janeiro, foi identificado o primeiro caso suspeito - nível 2 (Perigo Iminente). No dia 27 de  
1929 janeiro, a OMS altera posicionamento - Organismo admite erro e eleva risco para “alto”, mas,  
1930 três dias depois, no dia 30, OMS declara emergência de saúde pública de importância  
1931 internacional ESPII. Diante da avaliação de risco, foi feita adequação no Plano de Contingência  
1932 e no dia 31 de janeiro de 2020, o Brasil decidiu declarar emergência nacional – ESPIN e  
1933 acionou o Grupo Executivo Interministerial. No dia 3 de fevereiro de 2020, é publicada a  
1934 declaração de emergência nacional – ESPIN. No dia 6 de fevereiro, foi submetido Projeto de  
1935 Lei (nº. 23/20), que define quarentena no âmbito da Emergência por Coronavírus. No dia 9 de  
1936 fevereiro de 2020, foi iniciada Operação Regresso - repatriação dos brasileiros. Seguindo, falou  
1937 sobre a situação epidemiológica no mundo (Ministério da Saúde da China - 14/02/2020. Neste  
1938 ponto, explicou que a mudança no critério de contagem de casos na China. Antes, a  
1939 confirmação dava-se apenas por exame laboratorial - RTPCR. Todavia, nenhum sistema  
1940 conseguiria manter padrão de confirmação laboratorial para todos os casos em uma situação  
1941 de emergência. Sendo assim, a China decidiu na província de Ubei seriam confirmados  
1942 também os casos por critério clínico e epidemiológico, com utilização de imagens. Sendo  
1943 assim, no dia anterior, houve aumento de 15 mil casos (leves que estavam em investigação).  
1944 Esclareceu que essa mudança foi adotada para aumentar a velocidade do tratamento e  
1945 diminuir a letalidade. Sendo assim, o Ministério da Saúde da China informou para a OMS que,  
1946 a partir de 12 de fevereiro de 2020, passou a contabilizar os casos por critério clínico-  
1947 epidemiológico. Detalhando, falou sobre a situação na China (Feb. 14: *Daily briefing on novel*  
1948 *coronavirus cases in China* - <http://en.nhc.gov.cn>): **a)** Total de casos na China: 63.851 (100%)  
1949 confirmados, sendo 1.380 (2%) óbitos; **b)** Total de casos em Hubei: 51.986 (81%) confirmados,  
1950 sendo 1.318 (2,5%) óbitos; **c)** Total de casos fora de Hubei: 11.865 (19%) confirmados, sendo  
1951 62 (0,5%) óbitos; **d)** Total de cura e alta hospitalar: 11% (6.723/63.851); e **e)** Total de pessoas  
1952 em monitoramento na China: 177.984 pessoas. Segundo dados do Relatório Situacional nº 24  
1953 da OMS, de 13/02/2020, são 46.997 casos confirmados no mundo, mas lembrou que novas  
1954 compilações estavam sendo feitas por conta da mudança de critério utilizado pela China para  
1955 contabilizar os casos. Disse que a taxa de letalidade no mundo era de 2,5%. Mostrou quadro  
1956 com descrição da cadeia de eventos conhecida de transmissão originária de Singapura (evento  
1957 número 1, tabela 1), às 10 horas de 13 de fevereiro de 2020. Também apresentou resumo de  
1958 quatro eventos com casos vinculados e transmissão fora da China com número de casos  
1959 confirmados maiores que sete, até às 10h de 13 de fevereiro de 2020: 20 casos confirmados  
1960 até 10 de fevereiro de 2020 – França: 5, Malásia: 3, Coreia: 2, Singapura: 3, Espanha: 1, Reino  
1961 Unido: 6; 15 casos confirmados até 11 de fevereiro de 2020: Alemanha: 14, Espanha: 1;  
1962 Vietnã: 9 casos confirmados até 11 de fevereiro; e Singapura – 9 casos confirmados até 8 de  
1963 fevereiro. Também apresentou quadro detalhando casos confirmados de doença respiratória  
1964 aguda por COVID-19 notificados por províncias, regiões e cidades da China, 13 de fevereiro de  
1965 2020, citando como exemplo: Hubei: 5,917 milhões de habitantes e 34.874 casos; Beijing:  
1966 2,154 milhões e 366 casos. Em nível mundial, segundo Relatório Situacional da OMS nº 24, de  
1967 13/02/2020, eram 46.997 casos confirmados (1.826 novos); China: 46.550 casos confirmados  
1968 (1.820 novos) e 1.368 mortes (254 novos); fora da China: 447 casos confirmados (6 novos), 24  
1969 países afetados e uma morte. Para a OMS, a China era classificada como alto risco e a região  
1970 da Ásia também. No caso do Brasil, disse que diversos fatores apontavam risco baixo, entre  
1971 eles, não havia voo direto da China para o Brasil, sistema de vigilância de portos e aeroportos  
1972 e fronteiras, ativação do COE. Além disso, o Brasil estava no verão e a China não era um

1973 destino turístico principal. Todavia, frisou que o risco não era desprezível e nem  
1974 desconsiderável. Nas Américas, disse que havia casos confirmados apenas nos Estados  
1975 Unidos e no Canadá. Ainda sobre os casos exportados, disse que todos os casos possuíam  
1976 registro de transmissão ou contato próximo de caso na China. Apenas Espanha, França, Reino  
1977 Unido, Alemanha, Coreia, Japão, Malásia e Singapura com transmissão local – primeira cadeia  
1978 de transmissão. Feito esse panorama, detalhou as prioridades para interromper e mitigar o  
1979 impacto da transmissão do vírus: **a)** limitar a transmissão pessoa para pessoa: reduzir  
1980 infecções secundárias entre contatos próximos e profissionais de saúde, prevenir a  
1981 transmissão em eventos que possam amplificar ou espalhar os vírus e prevenir futuras  
1982 dispersão internacional e identificar, isolar e cuidar dos pacientes oportunamente; **b)** equipar  
1983 para detectar, isolar e cuidar dos pacientes: prover otimização do cuidado; **c)** direcionar as  
1984 condutas frente às dúvidas: características clínicas de gravidade, extensão da transmissão e  
1985 infecção, opções de tratamento, diagnóstico, terapias e vacinas; **d)** combater a desinformação:  
1986 comunicação de risco, informação sobre a emergência; e **e)** minimizar os impactos econômicos  
1987 e sociais por meio de parcerias intersetoriais. Também falou sobre a probabilidade de  
1988 propagação, destacando os seguintes aspectos: transmissão contínua de humano para  
1989 humano; confirmado e identificado em 34 áreas de nível provincial; a maioria dos casos  
1990 exportados para fora da China estava epidemiologicamente ligada a Wuhan; transmissão  
1991 humano a humano documentada em outros países; a fonte do surto permanece desconhecida;  
1992 e dados desagregados são necessários para entender melhor a epidemiologia. No caso do  
1993 impacto potencial para saúde humana, salientou: pode causar casos graves e óbitos; o padrão  
1994 de gravidade não era completamente conhecido; e ocorrência de transmissão a partir de casos  
1995 assintomáticos. Também destacou a probabilidade de as capacidades de controle serem  
1996 insuficientes: China tem implementado as principais medidas de controle; atualmente os países  
1997 afetados possuem sistemas de saúde pública robustos e alguns países podem estar menos  
1998 preparados para gerenciar os casos. Também pontuou questões que precisam de melhores  
1999 evidências e elucidação: Com que rapidez o novo Coronavírus se espalha para áreas não  
2000 afetadas?; Para onde os casos são exportados (de e para)?; Que tipos de exposições são  
2001 relatadas pelos viajantes nas áreas afetadas?; Os indivíduos são sintomáticos antes da viagem  
2002 e potencialmente detectáveis através da triagem de saída?; Há ocorrências de transmissão de  
2003 pessoa para pessoa nos países recém-afetados?; e Qual é a apresentação clínica da doença  
2004 entre os viajantes? Diante do cenário, disse que o Brasil adotou um conjunto de ações  
2005 recomendadas, em diversas áreas, entre elas: vigilância epidemiológica: definições de caso e  
2006 orientações para investigação; vigilância laboratorial: teste para casos suspeitos; manejo  
2007 clínico: infecção respiratória aguda grave; Informação: comunicação de risco e engajamento da  
2008 sociedade; preparação e resposta: *checklist* para preparação e resposta (plano de  
2009 contingência); e cuidados: alertar para uso de máscaras no cuidado domiciliar e serviços de  
2010 saúde. Continuando, falou sobre a situação epidemiológica no Brasil, explicando que até 13 de  
2011 fevereiro de 2020, às 12h, eram seis casos suspeitos - sendo 2 no Rio Grande do Sul, 1 no  
2012 Paraná e três em São Paulo – e 40 casos descartados. Sobre os casos suspeitos, explicou  
2013 que o diagnóstico era feito na média de 3 dias (variando de 1 a 4 dias) e as seis amostras  
2014 estavam sendo processadas nos Lacen e NIC para investigação de vírus respiratórios comuns.  
2015 Também destacou que a conclusão se dava na média de 3 dias (variando de 0 a 8), o que  
2016 demonstra a excelência da rede nacional de laboratórios do Brasil, com destaque ao trabalho  
2017 da Fundação Osvaldo Cruz. Seguindo, detalhou o perfil dos casos descartados (total: 40): 7  
2018 positivos para vírus Influenza B; 11 positivos para vírus Influenza A; 5 positivos para  
2019 Rhinovírus; 2 positivos para Adenovírus; 2 Metapneumovírus; 2 Vírus Sincicial Respiratório; 1  
2020 Parainfluenza 1; 9 negativos para SARS-CoV e COVID-19; e 1 negativo para SARS-Cov e  
2021 COVID-19 (RT-PCR e Metagenômica) – positivo para Picornaviridae na Metagenômica.  
2022 Também citou o perfil epidemiológico dos casos em investigação e descartados (total): a)  
2023 casos suspeitos: 6 no total, sendo: 50% - Masculino e 50% - Feminino; idade mediana de 5  
2024 anos; 17,5 anos – Média; <1 ano a 56 anos – Intervalo; e 06 (100%) viagem para a China  
2025 (exceto Wuhan); b) casos descartados: 40 no total, sendo: 55% - Masculino e 45% -  
2026 Feminino; idade mediana de 28 anos; 28,3 anos – Média; <1 ano a 64 anos – Intervalo; 38  
2027 (95%) viagem para a China; x% (Wuhan); e x% Contato próximo de suspeito; e c) Total (casos  
2028 suspeitos e casos descartados): 46 no total, sendo: 54,3% - Masculino e 45,7% - Feminino;  
2029 Idade: 28 anos – Mediana, 27 anos – Média e <1 ano a 64 anos – Intervalo; e histórico de  
2030 viagem: 44 (95,6%) viagem para a China, 3 para Wuhan e x% contato próximo de suspeito.  
2031 Ainda nas iniciativas, disse que neste período foram divulgados Boletins Epidemiológicos e  
2032 criados painel, portal, plano de manejo clínico, plano de repatriamento, plano de contingência,

2033 entre outros. Além disso, salientou que todos os Estados e o Distrito Federal enviaram os seus  
2034 planos de contingência, disponíveis em: [www.saude.gov.br/coronavirus](http://www.saude.gov.br/coronavirus). Por fim, mostrou como  
2035 funciona a plataforma IVIS, que apresenta dados epidemiológicos produzidos pela Secretaria  
2036 de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde – SVS/MS. Concluída a explanação do  
2037 Secretário, o Presidente do CNS reafirmou a importância de fortalecer o SUS neste momento  
2038 de emergência. Na sequência, a Coordenadora da Unidade Técnica de Vigilância, preparação  
2039 e resposta a emergências e desastres – OPAS/OMS, **Maria Almirón**, também explicou sobre  
2040 o tema. Começou explicando que trabalhava na OPAS desde 2003, atuando em emergências,  
2041 inclusive em trabalho conjunto com o Secretário Wanderson Kleber de Oliveira (emergências  
2042 zika, Chikungunya, cólera). No caso do novo coronavírus, disse que havia várias diferenças em  
2043 relação a emergências anteriores, entre elas, a velocidade do compartilhamento das  
2044 informações e da reação dos países para preparar-se e oferecer ajuda. A propósito, destacou  
2045 que o Brasil tem sido um dos países mais solidários na situação. Em termos da situação  
2046 mundial, esclareceu que a forma de contagem de casos ainda estava em definição, portanto, o  
2047 número de casos confirmados de COVID-19 era maior que o considerado pela OPAS/OMS.  
2048 Explicou que 31 províncias chinesas reportaram casos, com concentração em uma delas, em  
2049 uma cidade em particular. Do total de casos no mundo, 1% ocorreu fora da China, inclusive  
2050 com informação de óbitos. Disse que até o momento, observou-se que 13% a 20% dos casos  
2051 eram graves e a proporção de óbito era de 2,2%. Destacou pico de casos entre 5 e 6 de  
2052 fevereiro de 2020 e aparente decréscimo em número de casos, todavia, era preciso ter cautela  
2053 diante de nova doença. Assim, no decorrer dos dias, observar-se-ia o comportamento da  
2054 epidemia. Além disso, salientou que, caso não fosse possível conter o vírus, haveria  
2055 incremento de casos, por conta das províncias vizinhas a Hubei. Disse que na maioria das  
2056 províncias vizinhas ao epicentro da epidemia havia casos e o pico dava-se no período que  
2057 ocorreu maior número de casos em Hubei, o que apontava relação com a dinâmica de  
2058 transmissão na referida província. No caso de casos exportados (da China e outros países),  
2059 detalhou que a situação, até 13 de fevereiro de 2020, era a seguinte: 24 países com casos  
2060 importados, 23 da China, em onze países houve transmissão local (que foi contida) e quatro  
2061 países com casos expostos fora da China e fora do país que estava reportando. Seguindo,  
2062 falou da situação das Américas, explicando que o continente aprendera com as emergências  
2063 anteriores e surtos enfrentados constantemente. Diante da ocorrência de casos na China, o  
2064 Sistema de alerta precoce entrou em ação nas Américas, o que permitiu a detecção de casos  
2065 (confirmados nos Estados Unidos e no Canadá) e de casos suspeitos em vários países (17  
2066 países detectando, avaliando e descartando casos). Sobre a doença por coronavírus 2019  
2067 (COVID-19), explicou que os pacientes apresentam sintomas como febre, tosse, falta de ar,  
2068 mialgia, confusão, dor de cabeça (13% dos casos são graves) e os casos fatais na China  
2069 estavam fortemente associados à idade avançada (> 60 anos) e a severidade incrementa com  
2070 a idade. No que diz respeito à causa de morte, a maioria por insuficiência respiratória  
2071 progressiva relacionada à falha de múltiplos órgãos e a maior parte das mortes ocorria após  
2072 curso prolongado (de 7 a 10 dias). Fora da China, a maioria dos casos era leve e moderado.  
2073 Sobre a potencialidade de transmissão do vírus, conforme as publicações vigentes, esclareceu  
2074 que o vírus se transmitia de pessoa a pessoa por contato próximo, mas seriam necessários  
2075 outros estudos para saber como se dava a transmissibilidade no início, no meio e no final do  
2076 surto. Sobre a capacidade de transmissibilidade, explicou que a comunidade científica  
2077 trabalhava de forma acelerada a fim de levantar subsídios à gestão para tomada de decisão  
2078 em termos de saúde pública. Lembrou que, em toda emergência, no início era muito difícil  
2079 colocar informações e dados de qualidade. Sendo assim, a comunidade realizara simulações  
2080 para saber quantos casos estavam ocorrendo na China e qual o potencial de  
2081 transmissibilidade, mas o resultado era diferente dos dados reais. A respeito do tempo para  
2082 aparecimento de sintomas, explicou que foram feitos estudos clínicos epidemiológicos para  
2083 identificar o tempo de início (dias) de sintomas em pacientes com infecção pelo COVID-19 em  
2084 estudos clínico e o resultado não estava diferente do considerado no início: máximo de 14 dias.  
2085 Seguindo, falou sobre a evolução do surto, explicando que o vírus chegou de forma rápida aos  
2086 países (mais rápido que o SARS e Zika). Nessa linha de tempo, citou a Declaração de  
2087 Emergência de Saúde Pública em 30 de janeiro de 2020 e, no dia seguinte, decisão de países  
2088 em repatriar cidadãos para proteger a população e impedir a entrada de vírus. Também  
2089 destacou os objetivos da resposta em nível global: focar em impedir a disseminação, por isso,  
2090 identificação rápida, tratamento e isolamento; tentar detectar a fonte do vírus; minimizar o  
2091 impacto social e econômico por meio de parcerias multissetoriais; comunicar informações  
2092 críticas sobre riscos e eventos a todas as comunidades e combater a desinformação; abordar

2093 incógnitas cruciais em relação em relação à gravidade clínica, extensão da transmissão,  
2094 opções de tratamento e acelerar o desenvolvimento de diagnósticos e vacinas; limitar a  
2095 transmissão de humano para humano - contatos próximos e profissionais de saúde -  
2096 prevenindo eventos de amplificação da transmissão e impedindo a disseminação internacional;  
2097 identificar, isolar e cuidar dos pacientes precocemente (rápido estabelecimento da  
2098 coordenação internacional para estabelecer apoio técnico e operacional, acelerando as  
2099 operações de preparação e resposta dos países e acelerando a implementação da agenda de  
2100 pesquisas); e identificar e reduzir a transmissão da fonte animal. Visando controlar o surto,  
2101 detalhou que as ações da OMS/OPAS foram as seguintes: elaboração e disseminação de  
2102 guias e recomendações; disseminação de informações para melhor compreensão sobre a  
2103 doença; apoio para elevação das operações de alerta e resposta dos países; forte estratégia  
2104 de comunicação de risco; e coordenação com parceiros. Na agenda de pesquisas, destacou as  
2105 ações: ensaios clínicos – China e outros países; melhores testes diagnósticos e tratamento;  
2106 melhor entendimento do comportamento da doença; identificar a fonte animal; e vacinas -  
2107 melhor entendimento do comportamento da população em relação a doença. Neste ponto,  
2108 disse que o Brasil tem sido referência em apoiar outros países na capacidade de detectar e  
2109 diagnosticar e de manejo clínico. Encerrou sua fala com as seguintes palavras: “Esta  
2110 emergência está pondo à prova não só a nossa capacidade de vigilância e resposta a nível  
2111 global, mas também a nossa capacidade de ser solidários e colaborar”; e “Nenhum país pode  
2112 enfrentar esta emergência sozinho”. Na sequência, explanou o representante da Coordenação  
2113 de Vigilância em Saúde e Laboratórios de Referência – FIOCRUZ, **Rivaldo Venâncio da**  
2114 **Cunha**, que iniciou saudando os presentes em nome da Presidenta da FIOCRUZ e lembrando  
2115 que a Fundação é patrimônio da sociedade brasileira e parte integrante do SUS. Detalhando as  
2116 ações da FIOCRUZ neste período de emergência, explicou que, desde os primeiros rumores,  
2117 os laboratórios, em especial o de referência nacional para diagnóstico dos vírus respiratórios e  
2118 sarampo, entrou em contato com outros pesquisadores do CDC chinês para buscar  
2119 informações e buscou OPAS e OMS para tomar conhecimento da situação na China. Após a  
2120 divulgação da composição genética do vírus, as pesquisas mundiais foram aceleradas no  
2121 sentido de obter os insumos necessários para o estabelecimento do diagnóstico da possível  
2122 infecção por esse novo coronavírus. Nesse sentido, a Fundação fez as importações e  
2123 aquisições necessárias dos insumos para se preparar para o diagnóstico e, ao mesmo tempo,  
2124 começou a trabalhar com amostras de casos suspeitos, com ampliação do diagnóstico para  
2125 dois laboratórios de referência (Instituto Adolfo Lutz e Instituto Evandro Chagas). Além disso,  
2126 com a participação da OMS e coordenação da SVS/MS, a FIOCRUZ realizou a capacitação  
2127 para nove países a fim de realizar diagnóstico. Na semana seguinte, foi feito trabalho com o  
2128 Instituto Evandro Chagas de Belém/PA e o LACEN de Goiás para trabalharem no diagnóstico  
2129 das amostras dos repatriados. Ressaltou que uma das principais atividades da Fundação  
2130 refere-se ao diagnóstico, todavia, outras áreas eram trabalhadas: assistência: dois institutos e  
2131 um centro de saúde organizaram-se para atenção a possíveis casos, com reserva de leitos de  
2132 UTI; formação e capacitação de profissionais de saúde, em parceria com a SGTES/MS –  
2133 manejo clínico de pacientes; desenvolvimento e produção: desenvolvimento de kit para  
2134 diagnóstico laboratorial; prospecção de possíveis parceiros para o desenvolvimento de vacina;  
2135 acompanhamento de ensaios clínicos que utilizam alternativas medicamentosas como  
2136 medicação antiviral – se necessário, Farmanguinhos fabricaria esses antivirais; formulação e  
2137 contribuição para comunicação confiável, clara e objetiva à sociedade – várias iniciativas, entre  
2138 elas, realização de oficina com profissionais de grandes veículos de comunicação para  
2139 disseminação de informações confiáveis; e organização de sala de situação, com participação  
2140 de vários setores da Fundação – reuniões semanais, com a participação da SVS. Além disso,  
2141 explicou que um representante da SVS tem participado das reuniões semanais da Fiocruz e a  
2142 Fundação participa do centro de operações de emergências. Disse que a Fundação, junto com  
2143 o Ministério da Saúde, tem avaliado os possíveis cenários decorrentes do quadro vivido pela  
2144 China. A esse respeito, avaliou que era incontestável o trabalho do governo da China na  
2145 contenção do vírus, todavia, era preciso considerar a hipótese de transmissão sustentada em  
2146 outros países. Uma vez presente no Brasil, poderia ser feita contenção, com circulação restrita  
2147 ou esporádica ou vivenciar epidemia, com transmissão sustentável. Destacou que quaisquer  
2148 das alternativas não excluíam várias situações de saúde já vivenciadas no país, ou seja, a  
2149 chegada do vírus não suspende a situação de saúde pública local. Diante da situação, frisou  
2150 que o SUS é a principal fortaleza para enfrentar eventual emergência sanitária no Brasil,  
2151 considerando também a importância da rede de laboratórios públicos, secretarias de saúde.  
2152 Entretanto, disse ser fundamental que as três esferas trabalhem de forma ordenada e em

2153 conjunto. Também reafirmou o compromisso dos servidores públicos com a sociedade  
2154 brasileira, tendo por foco principal a saúde coletiva. **Manifestações.** Conselheira **Evalcilene**  
2155 **Costa dos Santos** agradeceu os convidados pelas informações esclarecedoras e perguntou  
2156 se era verídica a notícia de estudo em andamento sobre novo medicamento para combater a  
2157 Covid-19. Além disso, salientou a importância de atenção maior com os Estados de fronteira,  
2158 inclusive também por conta dos casos de sarampo. Conselheira **Gláucia Tamayo Hassler**  
2159 **Sugai** saudou o Ministério da Saúde, FIOCRUZ e OPAS pelo trabalho desenvolvido e  
2160 concordou que o Brasil possui forte estrutura para enfrentar a ameaça. Também elogiou a  
2161 Mesa Diretora do CNS pela agilidade ao pautar esse tema no CNS. Para melhor entendimento,  
2162 fez os seguintes questionamentos: o MS ampliará o público prioritário para vacinação contra a  
2163 influenza? Em sendo ampliado, o país dispõe de vacina suficiente para atender a população?  
2164 Será definido protocolo adicional relativo a saneamento básico, considerando a possibilidade  
2165 de segunda via de infecção por meio de excrementos das pessoas infectadas? Conselheiro  
2166 **Gilberto Soares Casanova** agradeceu os expositores pelas informações claras e destacou  
2167 que os dados ajudam o país a evitar a entrada do vírus no Brasil. Também perguntou se há  
2168 dados sobre os grupos mais propensos a ter complicações em decorrência da Covid-19  
2169 (pessoas com diabetes, por exemplo). Conselheira **Marisa Furia Silva** cumprimentou os  
2170 expositores e dirigindo-se ao professor Rivaldo Venâncio da Cunha perguntou que outros vírus  
2171 circulavam naquele momento no país. Também solicitou maiores esclarecimentos sobre as  
2172 pesquisas que estavam sendo realizadas dentro dos mercados, em termos de contaminação.  
2173 Além disso, perguntou quais medidas serão adotadas pelo Brasil no caso de ampliação de  
2174 casos fora da China (fechar fronteiras, por exemplo) para evitar a entrada no vírus. Destacou a  
2175 importância de ter muita atenção a esse novo coronavírus porque não havia vacina e  
2176 medicamentos adequados e, dada a velocidade da propagação, era necessária forte vigilância  
2177 do Ministério da Saúde com vistas a evitar a disseminação do vírus no país. Conselheiro  
2178 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** também agradeceu os expositores pelas informações  
2179 esclarecedoras e perguntou, no caso de confirmação de casos no Brasil, se seriam publicadas  
2180 notas técnicas para apoio a pacientes imunodeprimidos e imunossupressivos. Também frisou  
2181 que o movimento social estava à disposição para apoiar na disseminação de informações para  
2182 a população. Também quis saber sobre as ações de vigilância sanitária e campanhas  
2183 informativas para brasileiros e turistas estrangeiros que chegam ao Brasil no período do  
2184 carnaval. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** salientou que, diante da situação posta, era  
2185 preciso ajustar o rumo e a rede de conselhos precisava reafirmar a capacidade solidária do  
2186 SUS neste momento. No mais, afirmou que a situação servia para alimentar a rede de  
2187 solidariedade entre as pessoas e reafirmar a importância de divulgar informações verídicas à  
2188 sociedade. Conselheira **Manuelle Maria Marques Matias** parabenizou os integrantes da mesa  
2189 pelas informações apresentadas e pelo trabalho desenvolvido mesmo no cenário de um  
2190 governo que não prioriza ciência e tecnologia. Para melhor entendimento da temática, fez os  
2191 seguintes questionamentos: está comprovado que o novo coronavírus surgiu mesmo na  
2192 China? E a transmissão, ocorreu por animais ou alimentos? O vírus surgiu de forma autóctone  
2193 em outros países?; O caso de cura deu-se de forma natural ou houve tratamento extra? Qual a  
2194 taxa de letalidade? Conselheiro **Geraldo Adão Santos** parabenizou a Mesa Diretora do CNS  
2195 pela pauta e fez um agradecimento pelas apresentações com dados atualizados, reais e  
2196 seguros. Ressaltou a importância de todos os países se unirem no combate ao novo  
2197 coronavírus para que a eliminação ocorra o mais breve possível. Conselheiro **Rodrigo César**  
2198 **Faleiros de Lacerda** também saudou os expositores pelas explicações e frisou a importância  
2199 do trabalho coletivo que estava sendo feito. Informou que a diretoria do CONASEMS debateu o  
2200 tema com os secretários de saúde das capitais, com articulação e fortalecimento da rede a fim  
2201 de preparar o Sistema para enfrentar qualquer cenário. Ademais, ressaltou que a parceria era  
2202 salutar para enfrentar a situação no Brasil – as três esferas de gestão, junto com órgãos  
2203 parceiros como OPAS. Conselheira **Musa Denaise de Sousa de Moraes de Melo**  
2204 cumprimentou os integrantes da mesa e frisou a importância da atuação qualificada no âmbito  
2205 do MS, com ênfase nas ações de vigilância. Aproveitou para reforçar o compromisso da  
2206 SGTES/MS com as ações desenvolvidas em parceria com a SVS/MS e reiterou a disposição  
2207 para qualificar as ações de educação em saúde e qualificação profissional no enfrentamento ao  
2208 coronavírus e outras. Conselheiro **Gildemar José Bezerra Crispim** também agradeceu a  
2209 apresentação dos expositores e perguntou em qual etapa estava o desenvolvimento da vacina  
2210 e do kit de diagnóstico para distribuição aos laboratórios centrais. Conselheira **Débora**  
2211 **Raymundo Melecchi** começou destacando que a Universidade Federal da Bahia conseguia  
2212 fazer o diagnóstico do novo coronavírus em 3 horas. Salientou que o SUS era capaz de dar

2213 resposta, desde que tenha recursos e estrutura e, nessa linha, destacou a importância da  
2214 Política de Vigilância em Saúde, inclusive aprovada pelo CNS. Também manifestou  
2215 preocupação com a possibilidade de o desfinanciamento do setor saúde prejudicar as ações,  
2216 inclusive de vigilância em saúde. Por fim, frisou que não havia saída no país sem uma política  
2217 de ciência e tecnologia. Conselheira **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho** avaliou que a  
2218 situação na China era complexa, porque, além do coronavírus, o país enfrentava desafios em  
2219 relação a outras enfermidades como a gripe aviária (H5N1). Também disse que era preciso ter  
2220 bastante atenção e cuidado com os rearranjos dos vírus (gripe aviária, por exemplo), por conta  
2221 da letalidade. Diante do surgimento desse novo coronavírus, reiterou a necessidade do  
2222 trabalho multiprofissional, interdisciplinar, chamado de saúde única. Conselheira **Fernanda**  
2223 **Lou Sans Magano** explicou que a categoria dos psicólogos estava atenta à situação e  
2224 entendia a necessidade de informações claras e seguras para a população. Lembrou ainda o  
2225 papel dos trabalhadores no exercício profissional e cuidado da saúde pública do país, inclusive  
2226 com alto risco de contaminação. Finalizou afirmando que é preciso cuidar da saúde, com a  
2227 amplitude necessária, tendo o SUS como parâmetro. Conselheira **Maria da Conceição Silva**  
2228 também saudou o CNS pela pauta e MS, Fiocruz e OPAS pela agilidade na definição de ações  
2229 diante do cenário. Reforçou a importância de definir plano de ação por conta do carnaval e ter  
2230 preocupação com o estigma da população chinesa por conta da situação. Também destacou a  
2231 importância de esclarecer a situação, de forma clara, à população, inclusive para evitar pânico.  
2232 Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** destacou que a parceria entre CNS, MS, Fiocruz,  
2233 OPAS era bastante profícua com grandes resultados na defesa da saúde do povo brasileiro,  
2234 tendo o SUS na linha de frente dessa defesa. Nesse sentido, reiterou a importância de priorizar  
2235 o financiamento da saúde e do SUS para avançar neste e em outros pontos. Também registrou  
2236 o seu reconhecimento à atuação dos funcionários públicos que estavam na linha de frente, com  
2237 pesquisa e exercício profissional na área da saúde. **Retorno da mesa.** A Coordenadora da  
2238 Unidade Técnica de Vigilância, preparação e resposta a emergências e desastres/OPAS/OMS,  
2239 **Maria Almirón**, falou sobre a transmissão em países fora da China, explicando que 24 países  
2240 reportaram, mas em quatro deles os casos não vieram da China (França, Alemanha,  
2241 Singapura, Japão). Todavia, a transmissão que ocorria nesses quatro países não era similar a  
2242 que ocorre na China. Em síntese, afirmou que a transmissão sustentada estava restrita à China  
2243 e era maior na província de Hubei. O representante da Coordenação de Vigilância em Saúde e  
2244 Laboratórios de Referência/FIOCRUZ, **Rivaldo Venâncio da Cunha**, respondeu parte dos  
2245 questionamentos destacando que: a história clínica das doenças virais (com exceção da raiva)  
2246 mostra que há sempre um espectro de uma infecção assintomático até um polo que pode ser  
2247 grave o suficiente para matar uma pessoa e a expectativa é que esse novo coronavírus se  
2248 comporte da mesma forma; para verificar a letalidade, considerou-se inicialmente casos com  
2249 confirmação laboratorial, todavia, seria necessário considerar os casos brandos que não foram  
2250 notificados (pessoas não foram às unidades de saúde) - a convicção é que a letalidade do  
2251 COVID-19 seja menor que 2%; vacinas e kits - kits serão entregues nos próximos 30 dias, mas  
2252 o desenvolvimento de vacinas levaria tempo maior (um ou dois anos); importância do trabalho  
2253 das secretarias do MS; a gripe aviária também é uma preocupação; e é preciso defender a  
2254 política de ciência e tecnologia. O Secretário de Vigilância em Saúde – SVS/MS, **Wanderson**  
2255 **Kleber de Oliveira**, iniciou agradecendo os integrantes da mesa e os conselheiros pelos  
2256 comentários, falando da sua formação como enfermeiro epidemiologista e relatando um pouco  
2257 do seu trabalho na área e vigilância epidemiológica. Em seguida, respondeu a maior parte das  
2258 indagações dos conselheiros, pontuando que: a SVS/MS estava trabalhando com toda  
2259 evidência científica disponível, com atualização diária de dados; a resposta a emergência em  
2260 saúde pública necessita de instrumentos próprios e o Brasil precisava aprender essa dinâmica;  
2261 no Brasil, vigilância epidemiológica e sanitária são vistas de forma separada, o que precisa ser  
2262 revisto, pois dificulta a operacionalização; neste momento, a resposta do Brasil deu-se no  
2263 âmbito da vigilância epidemiológica; desde a criação da rede nacional de vigilância e resposta  
2264 às emergências em saúde pública, em 2006, o MS trabalha no aprimoramento e  
2265 desenvolvimento de planos de contingência, emergência, entre outros; tratamento para o novo  
2266 coronavírus – antirretrovirais e antimaláricos estavam em teste, com resultados iniciais  
2267 promissores, mas ainda não existia tratamento específico (somente para os sintomas); Estados  
2268 de fronteira – no Brasil, em termos de saúde pública, as prioridades naquele momento eram  
2269 sarampo e dengue; sobre o sarampo, uma criança de 9 meses, no Rio de Janeiro, não  
2270 vacinada, morreu em decorrência da doença; a vacina contra sarampo estava disponível à  
2271 população, mas as pessoas não estavam indo aos postos de saúde; 60 milhões de doses  
2272 foram adquiridas e o Ministério da Saúde iniciou campanha nacional de vacinação contra o

2273 sarampo (é preciso mobilizar a população para se vacinar); é essencial interromper a  
2274 transmissão do sarampo no território nacional, inclusive para solicitar novamente o certificado  
2275 de área livre do sarampo; vacinação contra a influenza – em 2019, o MS adquiriu 65 milhões  
2276 de doses para influenza e, para 2020, foram adquiridas 75 milhões de doses (de um ano para  
2277 outro, é preciso fazer nova vacina por conta da mutação do vírus) e o Butantã entregaria os  
2278 primeiros lotes na primeira semana de março. Após o recebimento, é feita análise, com base  
2279 em protocolo. Em seguida, é feita a distribuição e o processo de vacinação é iniciado em  
2280 quatro fases, contemplando as pessoas com idade a partir de 55 anos e outras categorias  
2281 profissionais; ainda não há evidências sobre a viabilidade de transmissão do vírus por excretas;  
2282 pessoas com condições que diminuem a imunidade apresentam predisposição para  
2283 desenvolver casos graves; a investigação em mercados está sendo feita inclusive no Brasil;  
2284 estudos apontam que talvez o vírus não tenha surgido na província de Hubei, mas não havia  
2285 dúvidas que a província foi o amplificador da transmissão do vírus; o Brasil não fechará  
2286 fronteiras no caso de surto, porque não traz nenhuma proteção adicional; não há voos diretos  
2287 para o Brasil, o que torna mais difícil a identificação de casos, mas os serviços de saúde  
2288 público e privado têm condições de identificar; ao invés de notas técnicas, o Ministério da  
2289 Saúde decidiu publicar boletim epidemiológico regularmente para dar mais transparência e  
2290 publicidade às informações atualizadas ([www.saude.gov.br/coronavirus](http://www.saude.gov.br/coronavirus)); ações de vigilância  
2291 sanitária – ANVISA estava realizando excelente trabalho de vigilância em saúde portos e  
2292 aeroportos e no site da Agência havia várias informações; coronavírus - foi descrito no final da  
2293 década de 30 e na década de 60 recebeu esse nome. Os coronavírus são divididos em quatro  
2294 categorias – alfa, beta, gama, delta (geralmente, os betacoronavírus são os que causam  
2295 doenças em humanos. O hospedeiro original é o morcego); COVID-19 - ainda não se sabe  
2296 como se deu o rompimento da transmissão, de uma espécie para outra (animal para humano).  
2297 Trata-se de uma zoonose, sendo que 70% ou mais das novas doenças terão um animal na sua  
2298 cadeia de transmissão, sendo que 23% desse total será doenças zoonóticas; neste momento, a  
2299 prioridade deve ser a dengue, pois a epidemia em 2020 será pior que a de 2019, por conta da  
2300 circulação da dengue 2; caso autóctone fora da China – ainda estava em investigação, porque  
2301 o vírus estava em mutação, o que era natural; cura de casos – possivelmente, as curas se  
2302 deram de forma natural; a China estava disponibilizando todas as informações, com diálogo  
2303 com o embaixador da China no Brasil e o país adotou medidas sem precedentes, com redução  
2304 de mais de 80% no trânsito de pessoas dentro do país; o Brasil trabalhava junto e era solidário;  
2305 Ministério da Saúde está apresentando informações à sociedade diariamente (em articulação  
2306 com CONASS e CONASEMS), com concessão de entrevistas a vários meios de comunicação  
2307 para dar publicidade a informações claras e seguras; agradecimento ao CONASS e  
2308 CONASEMS e suas equipes pelo trabalho e apoio ao MS; o trabalho em desenvolvimento é  
2309 feito de forma conjunta por todas as Secretarias do MS; vacina – segundo chineses, os testes  
2310 de vacina em humanos teria início no mês de abril e o Brasil buscará essa tecnologia para  
2311 produção (Fábrica Santa Cruz, da FIOCRUZ, maior do hemisfério sul); o resultado do teste sai  
2312 em três horas, todavia, o prazo para divulgar esse resultado é de 5 a 7 dias, por conta das  
2313 várias etapas necessárias de logística e checagem (no momento, está sendo divulgando com 3  
2314 dias); teste do professor Gubio Soares, UFBA – procedimento leva um tempo para se tornar  
2315 escala de produção; financiamento – SVS tem emvidado grandes esforço para utilizar e otimizar  
2316 o recurso da vigilância, em 2020, R\$ 500 mil a mais para o Programa de Vigilância de  
2317 HIV/AIDS; distribuição de R\$ 206 milhões *per capita* para atenção primária visando o  
2318 fortalecimento da vigilância e da atenção, distribuição de R\$ 23 milhões para rede nacional de  
2319 alerta e resposta, R\$ 12 milhões para a FIOCRUZ com vista ao fortalecimento da resposta às  
2320 emergências; desde 2000, 5% para resposta a emergência; se for necessário mais recurso,  
2321 será solicitado; saúde única é a palavra de ordem e o MS atuará nessa lógica inclusive em  
2322 parceria com outros ministérios; é necessário laboratório de segurança máxima no Brasil; e  
2323 Plano de ação para o carnaval – uso de preservativo, não abuse do álcool, não dirigir se for  
2324 beber – não é uma festa com a participação de chineses. Por fim, destacou a importância do  
2325 SUS e do fortalecimento da vigilância. Após essa fala, o Presidente procedeu aos  
2326 encaminhamentos. **Deliberação: neste ponto de pauta, as deliberações foram as**  
2327 **seguintes: a) divulgar no site do CNS o link do portal do Ministério da Saúde com**  
2328 **informações acerca da temática ([www.saude.gov.br/coronavirus](http://www.saude.gov.br/coronavirus)); b) dar visibilidade e**  
2329 **contribuir com as medidas de prevenção e colocar-se à disposição para contribuir com**  
2330 **ações de cuidado, caso necessário; e c) reiterar a defesa do SUS, considerando as**  
2331 **ações adotadas diante do surto de coronavírus, sinalizando a importância de valorizar o**  
2332 **serviço público.** Após essas definições, o Presidente do CNS agradeceu os convidados e

2333 encerrou este ponto de pauta às 13h35. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e  
2334 conselheiras nesse período: *Titulares* - **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação  
2335 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Denise Torreão**  
2336 **Correa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFA; **Dulcilene Silva Tiné**,  
2337 Federação Brasileira de Hospitais – FBH; **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de  
2338 Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**, Conselho Federal de  
2339 Enfermagem – COFEN; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de  
2340 Moradores – CONAM; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas  
2341 – FNO; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **Jupiara Gonçalves Castro**,  
2342 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino  
2343 Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de  
2344 Trabalhadores – NCST; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA;  
2345 **Moisés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS –  
2346 ANAIDS; **Musa Denaise de Sousa de Morais de Melo**, Ministério da Saúde; **Neilton Araújo**  
2347 **de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de  
2348 Nutrição – ASBRAN; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros –  
2349 FNE; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de  
2350 Auditoria do SUS – UNASUS/sindical/SINAUS; **Valdenir Andrade França**, Coordenação das  
2351 Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; **Vanja Andréa Reis dos Santos**,  
2352 União Brasileira de Mulheres – UBM; e **Vitória Davi Marzola**, União Nacional dos Estudantes -  
2353 UNE. *Suplentes*: **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina  
2354 Veterinária – CFMV; **Alceu Kuhn**, Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Ana**  
2355 **Carolina Navarrete Munhoz Fernandes da Cunha**, Instituto Brasileiro de Defesa do  
2356 Consumidor – IDEC; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das  
2357 Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Cleonice Caetano Souza**, União Geral  
2358 dos Trabalhadores – UGT; **Debora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos  
2359 Farmacêuticos – FENAFAR; **Evalcilene Costa dos Santos**, Movimento Nacional das Cidadãs  
2360 Positivas – MNCP; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos –  
2361 FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geraldo**  
2362 **Adão Santos**, Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP;  
2363 **Giancarlo de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Gilberto**  
2364 **Soares Casanova**, Associação de Diabetes Juvenil – ADJ; **Gildemar José Bezerra Crispim**, Conselho  
2365 Federal de Biologia – CFBio; **Gláucia Tamayo Hassler Sugai**, Ministério das Cidades; **Jacildo de**  
2366 **Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura  
2367 Familiar no Brasil – CONTRAF BRASIL; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS;  
2368 **Jonathan de Jesus Silva**, União Nacional LGBT – UNALGBT; **José Vanilson Torres**,  
2369 Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **Lenise Aparecida Martins Garcia**,  
2370 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação  
2371 Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional  
2372 dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDNAPI/FS; **Manuelle Maria Marques Matias**,  
2373 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Marcia Patrício de Araújo**, Associação  
2374 Brasileira dos Ostomizados – ABRASO; **Marlene Pereira dos Santos Oliveira**, Instituto Lado a  
2375 Lado pela Vida; **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO;  
2376 **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Myrian**  
2377 **Coelho Cunha da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; **Nelson Augusto**  
2378 **Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria – CNI; **Rodrigo César Faleiros de Lacerda**,  
2379 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; e **Wilson Hiroshi de**  
2380 **Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia - CFF. Retomando, às 14h30, a mesa foi  
2381 composta para o item 9 da pauta. **ITEM 9 – 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**  
2382 **INDÍGENA – 6ª CNSI – Coordenação:** conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa  
2383 Diretora do CNS. *Apresentação:* **Robson Santos da Silva**, Secretário Especial de Saúde  
2384 Indígena - SESAI/MS; e conselheiro **Valdenir Andrade França**, da comissão organizadora da  
2385 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena – 6ª CNSI. Inicialmente, o Presidente do CNS deu  
2386 boas-vindas ao novo Secretário da SESAI/MS, **Robson Santos da Silva**, e, de pronto, o  
2387 convidou para apresentar, posteriormente, em ponto de pauta específico, o plano de trabalho  
2388 da Secretaria na sua gestão. Vencidas as dificuldades, disse que esperava que a Conferência  
2389 ocorresse na data definida, com êxito esperado. Conselheiro **Valdenir Andrade França**, da  
2390 comissão organizadora da 6ª CNSI, saudou o novo Secretário da SESAI/MS, agradecendo a  
2391 presença dele no debate e reafirmou a disposição dos povos indígenas para contribuir na  
2392 realização da Conferência. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** lembrou que a Conferência

2393 foi convocada pelo CNS e a coordenação, especificamente do ponto de vista  
2394 operacional/administrativo, era feita com o apoio da SESAI/MS. O **Secretário Robson Santos**  
2395 **da Silva** relatou que assumira a Secretaria no dia anterior, mas estava na SESAI/MS desde  
2396 maio de 2019. Falou um pouco da sua experiência e dos desafios na área da saúde indígena e  
2397 reiterou o compromisso do Ministro da Saúde e da SESAI com a realização da Conferência.  
2398 Feito esse preâmbulo, falou sobre a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, lembrando  
2399 inicialmente que as Conferências Nacionais de Saúde Indígena, assim como as Conferências  
2400 Nacionais de Saúde, ocorriam periodicamente a cada 4 anos, conforme a Lei nº. 8.142/90.  
2401 Todavia, a última Conferência Nacional de Saúde Indígena aconteceu em 2013. Acrescentou  
2402 que a participação dos usuários e cidadãos nas políticas públicas está prevista no artigo 198 da  
2403 CF/88. Recordou que a 6ª CNSI foi convocada pelo Ministro da Saúde, por meio da Portaria  
2404 GM/MS 1.730/2018, publicada no Diário Oficial da União, de 13 de junho de 2018, Seção 1.  
2405 Etapas locais e distritais: 302 conferências locais já realizadas. 34 conferências distritais já  
2406 realizadas. Etapa nacional: 1º a 4 de julho de 2020 (a data original era 9 a 12 de dezembro de  
2407 2019). A nova data, 1º a 4 de julho de 2020, foi homologada por meio da Resolução CNS nº  
2408 639 de 06/12/2019, publicada no Diário Oficial da União no dia 21/01/2020. Como  
2409 participantes, serão delegados eleitos nas etapas locais e distritais (segundo as regras que  
2410 regulamentam as conferências nacionais de saúde): 1819 delegados (931 usuários/444  
2411 trabalhadores de saúde/444 gestores e prestadores de serviço); 91 convidados – número  
2412 estimado (palestrantes, moderadores, lideranças indígenas, Coordenadores de DSEI recém-  
2413 nomeados, etc), consiste em 5% do total de delegados; em outras conferências essa  
2414 percentagem foi maior, mas foi reduzida para contenção de gastos na conferência atual; e 90  
2415 colaboradores da SESAI responsáveis pela organização do evento. No que se refere ao  
2416 orçamento, explicou que o processo licitatório estava estimado em R\$ 2.637.276,62  
2417 salientando que ainda haveria disputa nos lances do pregão eletrônico e o processo de  
2418 aquisição de passagens aéreas estava previsto em R\$ 4.506.611,29. Assim, a previsão do  
2419 custo para a realização da 6ª CNSI era de, no máximo, R\$ 7,5 milhões de reais. Disse que o  
2420 processo licitatório da 6ª Conferência retornou da Consultoria Jurídica com recomendações de  
2421 adequações. Os ajustes foram feitos em tempo e o processo restituído à Secretaria de  
2422 Assuntos Administrativos-SAA/MS para providências necessárias quanto à licitação. De acordo  
2423 com a nova data, 1º a 4 de julho de 2020, homologada pela Resolução CNS nº 639 de  
2424 06/12/2019, publicada no Diário Oficial da União no dia 21/01/2020, o Termo de Referência foi  
2425 readequado e a pesquisa de mercado foi ampliada, resultando no valor de R\$ 2.637.276,62.  
2426 Por fim, disse que investiria na divulgação das informações, inclusive com reformulação do site  
2427 da SESAI/MS. Conselheiro **Valdenir Andrade França**, da comissão organizadora da 6ª CNSI,  
2428 fez uso da palavra para reiterar a importância de abrir o diálogo entre os representantes dos  
2429 povos indígenas e a SESAI/MS e destacou que era preciso garantir a presença de profissionais  
2430 de saúde nas comunidades indígenas, a fim de atender as demandas pontuais desses povos, a  
2431 exemplo do alto índice de suicídio, com respeito às culturas dessas comunidades.  
2432 **Manifestações.** Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** saudou o novo Secretário e  
2433 desejou-lhe sucesso na gestão da SESAI e na organização da Conferência. Lembrou que o  
2434 CNS lutou pela criação da Secretaria e possuía grande acúmulo na área de saúde indígena.  
2435 Sendo assim, solicitou que o Secretário considere o vasto material produzido pelo Conselho  
2436 como subsídios para gestão da Secretaria. Também reiterou que o CNS estava à disposição  
2437 para contribuir com a Secretaria e com a realização da Conferência e manifestou satisfação  
2438 com a disposição do Secretário ao diálogo. Conselheira **Evalcilene Costa dos Santos**  
2439 também saudou o novo Secretário e solicitou atenção para a situação da Região Norte: alto  
2440 número de casos de hepatite C, alto índice de suicídio, tráfico de entorpecentes, falta de  
2441 política para mulheres indígenas (nas aldeias e nas cidades). Reiterou a importância de  
2442 garantir a realização da Conferência para discutir essas e outras questões relativas aos povos  
2443 indígenas e colocou o movimento social à disposição para contribuir. Conselheira **Shirley**  
2444 **Marshal Diaz Morales** saudou o novo Secretário, mas manifestou preocupação com o fato  
2445 recorrente de o Ministério da Saúde não considerar as deliberações do controle social em  
2446 várias questões, a exemplo da PNAB, e também com os sucessivos adiamentos da  
2447 Conferência. Dada a importância da 6ª CNSI, solicitou o compromisso do Secretário da SESAI  
2448 com a realização da Conferência, na data definida, a fim de garantir o debate de temas  
2449 essenciais. Conselheiro **Erivelto Fernandes do Nascimento** falou sobre a tentativa de  
2450 realização de uma expedição à aldeia Suruwahás, no sul do Amazonas, organizada pelo  
2451 governo federal sob o pretexto de “sanar uma crise de saúde mental”, explicando que, caso  
2452 tivesse ocorrido, essa intervenção não teria salvado vidas, mas sim causado a morte de

2453 indígenas. Além disso, ressaltou que essa medida não foi debatida com o controle social  
2454 indígena e não considerou as especificidades do povo, inclusive foi alvo de questionamento por  
2455 parte do Ministério Público e da FUNAI. Saliu que a ida ao local foi cancelada e frisou que,  
2456 se for necessária intervenção, esta deve ser feita com bastante cautela, após amplo debate,  
2457 para não causar prejuízo. Saudou o Secretário e destacou a importância do compromisso com  
2458 a realização da Conferência para discutir questões essenciais dos povos indígenas, inclusive a  
2459 situação dos aldeados. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**, inicialmente, manifestou  
2460 satisfação com esse debate, inclusive para aproximar o controle social do SUS e o controle  
2461 social indígena. Sobre a Conferência, avaliou que ocorreria na data definida, considerando que  
2462 os aspectos estruturais estavam bem avançados. Todavia, pontuou como desafio ouvir as  
2463 demandas dos povos indígenas e atualizar a Política de Saúde Indígena. Lembrou que o CNS,  
2464 por meio da CISI, tem realizado visitas a terras indígenas, inclusive tendo como resultado  
2465 recomendações e resoluções. A representante do CFESS, **Morena Marques**, manifestou  
2466 satisfação com a presença da SESAI e a reafirmação do compromisso da Secretaria com a  
2467 realização da Conferência e a implantação da Política de Saúde Indígena. Por outro lado,  
2468 manifestou preocupação com medidas governamentais contrárias aos interesses e demandas  
2469 dos povos indígenas, a exemplo da indicação do ex-missionário evangélico Ricardo Lopes Dias  
2470 para a Coordenação Geral de Índios Isolados e de Recente Contato (CGIIRC) da Fundação  
2471 Nacional do Índio (Funai) e da MP nº. 910, que dá anistia a terras invadidas até 2018, com forte  
2472 vínculo à mineração e ao agronegócio, impulsionados pelo governo federal. Sendo assim,  
2473 frisou que a Conferência precisa debater também a defesa do território indígena e fortalecer o  
2474 combate ao etnocídio e mortalidade da população indígena. Além disso, salientou a  
2475 importância de conhecimento antropológico sobre a diversidade cultural e a pluralidade dessa  
2476 população no território brasileiro. **Retorno da mesa.** O Secretário da SESAI/MS, **Robson**  
2477 **Santos da Silva**, comentou as falas pontuando que: ao contrário do que se afirmou, estava  
2478 fazendo reforma nas dependências da SESAI/MS, inclusive com sala para receber os  
2479 indígenas; os sucessivos adiamentos da Conferência trouxeram prejuízos e a SESAI tem  
2480 trabalhado para resolver os problemas emergentes; a SESAI está definindo ações voltadas à  
2481 Região Amazônica e solicitou apoio das organizações; as medidas serão debatidas com os  
2482 povos indígenas, de forma democrática; o novo Plano Distrital da Saúde Indígena - PDSI será  
2483 submetido às comunidades e ao controle social; a SESAI reforçou o controle social indígena; a  
2484 Secretaria enfrentava problemas de gestão por conta da falta de mudanças dos processos,  
2485 portanto, mudanças estavam sendo adotadas. Por fim, solicitou um voto de confiança para o  
2486 trabalho da SESAI e para realização da Conferência. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**  
2487 disse que, além do voto de confiança, o CNS estava à disposição para contribuir na realização  
2488 da Conferência e, nesse sentido, dois fóruns importantes deviam ser considerados, comissão  
2489 organizadora da Conferência e CISI/CNS. Além disso, sugeriu que fossem marcadas  
2490 audiências com o Secretário para tratar de pontos específicos. **Deliberação: reservar maior**  
2491 **tempo na pauta de reunião futura do CNS para apresentação das ações da SESAI/MS sob**  
2492 **a gestão do novo Secretário, Robson Santos da Silva (remeter à Mesa Diretora do CNS).**  
2493 **ITEM 10 – COMISSÕES INTERSETORIAIS DO CNS E ENCAMINHAMENTOS DO PLENO -**  
2494 **Comissões Intersectoriais. Câmaras Técnicas. Coordenação Nacional de Plenárias de**  
2495 **Conselhos de Saúde - Apresentação:** conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**, da  
2496 Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do  
2497 CNS. I - **Proposta de mobilização da “Semana da Saúde 2020” - Proposta de Calendário**  
2498 **2020 encaminhada pela Jornada de Lutas –** Neste ponto, conselheira **Vanja Andréa Reis**  
2499 **dos Santos** a proposta de mobilização da “Semana da Saúde 2020”. Primeiro, lembrou que, a  
2500 partir do debate e resoluções da 16ª Conferência Nacional de Saúde e com aprovação do  
2501 documento “Saúde é democracia!”, que aponta para uma jornada de lutas para o  
2502 enfrentamento do projeto conservador e ultraliberal em curso, o CNS integrou várias  
2503 mobilizações do calendário de lutas no segundo semestre de 2019. Sendo, disse que, em  
2504 2020, a indicação era integrar o calendário de mobilizações sociais, em continuidade da  
2505 “construção de uma jornada de lutas em defesa das liberdades democráticas, dos direitos  
2506 sociais e do SUS, contra todas as formas de privatização, pelo acesso universal, financiamento  
2507 adequado, carreira de Estado para as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde e  
2508 fortalecimento da participação popular.” Nessa linha, detalhou a proposta de calendário 2020  
2509 encaminhada pela Jornada de Lutas: 29 de janeiro: Dia Nacional da Visibilidade de Travestis e  
2510 Transexuais; 6 a 9 de fevereiro: Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde – ENEPS,  
2511 no Piauí; 20 de fevereiro: Dia nacional da Justiça Social; 8 de março: Dia internacional das  
2512 Mulheres; 18 de março: Dia Nacional de Luta em Defesa do Serviço Público, Estatais, Emprego

2513 e Salário, construído pelo Fórum dos Servidores Públicos; 1º de Maio: Dia Internacional do(a)  
2514 Trabalhador(a); 17 de maio: Dia Internacional de Combate a Homofobia e a Transfobia; 25 de  
2515 maio: 120 anos da Fiocruz; 28 de junho: Dia Mundial do Orgulho LGBT; 22 a 25 de julho: 14º  
2516 Congresso Internacional da Rede Unida; 25 a 29 de julho: 4º Congresso Brasileiro de Política,  
2517 Planejamento e Gestão em Saúde – ABRASCO; 19 de agosto: Dia Nacional do Orgulho  
2518 Lésbico; 21 a 28 de agosto: Semana Nacional da Pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla;  
2519 29 de agosto: Dia Nacional da Visibilidade Lésbica; 23 de setembro: Dia da Visibilidade  
2520 Bissexual; 20 de novembro: Dia da Consciência Negra; e 22 a 24 de novembro: 11º Congresso  
2521 Brasileiro de Epidemiologia – ABRASCO. Explicou que a proposta era a realização da Semana  
2522 da Saúde 2020 no período de 2 a 7 de abril, com atividades e mobilizações nos territórios,  
2523 estabelecendo diálogo com os anseios da população, divulgação das ações exitosas do SUS,  
2524 pela revogação da EC 95, entre outras questões, tendo como mote “Saúde é direito”. Disse  
2525 que o objetivo era intensificar debates e mobilizações em favor da saúde pública e o  
2526 enfrentamento das ações de desmonte de serviços e a meta era 100 mil pessoas na rua pelo  
2527 Direito a Saúde! Além disso, destacou que em recente pesquisa do Datafolha a saúde é  
2528 apontada como o principal problema para a população. Os impactos das reformas e políticas  
2529 de austeridade refletem diretamente nos municípios e estarão no centro do debate das eleições  
2530 municipais. Sendo assim, a proposta era construir “Carta compromisso”, com plataforma para  
2531 dialogar com os candidatos às eleições municipais, pautando o debate da luta pela  
2532 democracia, defesa dos direitos sociais e do Direito à Saúde. Formulação de texto base que  
2533 poderá ser acrescido de questões locais. Aberta a palavra ao Pleno, os conselheiros  
2534 solicitaram as seguintes inclusões na agenda: 21 de março: Dia Internacional de Luta pela  
2535 Eliminação da Discriminação Racial; 28 de abril: Dia Mundial em Memória das Vítimas de  
2536 Acidentes de Trabalho; 7 de maio: Dia Mundial das Crianças Afetadas e Infectadas pelo  
2537 HIV/AIDS; 14 de junho: 24ª Parada do Orgulho LGBT de São Paulo; 15 de junho: Dia Nacional  
2538 e Internacional de Combate à Violência contra a Pessoa idosa; 4 a 6 de agosto: Conferência  
2539 Nacional Popular, Democrática e Autônoma por Soberania e Segurança Alimentar e  
2540 Nutricional; 22 a 24 de setembro: Congresso Todos Juntos Contra o Câncer – TJCC; 1º de  
2541 outubro: Dia Nacional e Internacional da Pessoa Idosa; 16 a 21 de novembro: XVI Congresso  
2542 da Associação Latino-Americana de Medicina Social – ALAMES; 25 de novembro: Dia  
2543 Internacional pela Eliminação da Violência contra as Mulheres. **Deliberação: a proposta de  
2544 mobilização da “Semana da Saúde 2020” foi ratificada pelo Pleno, com sugestão de  
2545 outras atividades para serem incluídas na agenda. II – Encaminhamentos decorrentes  
2546 dos itens 3 e 7 da pauta. a)** apreciação da minuta de moção de repúdio, decorrente do debate  
2547 do Item 3 – Radar - Avaliação da Política de Aids no Brasil. O texto é o seguinte: “Moção de  
2548 Repúdio nº 000, de 14 de fevereiro de 2020. Manifesta repúdio às declarações do Presidente  
2549 da República proferidas em 05 de fevereiro de 2020. O Plenário do Conselho Nacional de  
2550 Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 13  
2551 e 14 de fevereiro de 2020, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas  
2552 pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;  
2553 pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho  
2554 de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de  
2555 1988 e da legislação brasileira correlata; e Considerando que ao defender o programa de  
2556 prevenção à gravidez na adolescência do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, o  
2557 Presidente da República afirmou que uma pessoa com HIV representa “uma despesa para  
2558 todos no Brasil”; Considerando que a resposta brasileira à epidemia de Aids é uma política de  
2559 Estado, não uma política de governos ou de partidos políticos, visto que ancorada nos  
2560 princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na garantia dos direitos humanos, com  
2561 reconhecimento e destaque internacional; Considerando que a abordagem desrespeitosa  
2562 dispensada às pessoas vivendo com HIV/Aids ofendem quase um milhão (1.000.000) de  
2563 cidadãos e cidadãs nesta situação, além de seus familiares, amigos e entorno social;  
2564 Considerando que depois de décadas de conquistas e de luta contra a discriminação, discursos  
2565 ancorados em preceitos equivocados e preconceituosos, potencializem estigmas e processos  
2566 de exclusão social ainda presentes no cotidiano das pessoas que vivem com HIV/Aids no  
2567 Brasil; Considerando que em 2014 foi publicada a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, que  
2568 define o crime de discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e  
2569 doentes de AIDS; Considerando a necessidade da manutenção de programas e políticas  
2570 públicas de educação sexual, voltadas a adolescentes e jovens, articuladas com ações de  
2571 prevenção e que considerem os contextos de vulnerabilidade social dos adolescentes e jovens  
2572 brasileiros; Considerando a mobilização deste CNS pela garantia de direitos e de políticas

2573 públicas inclusivas, plurais, fundamentadas em evidências científicas e construídas com  
2574 participação social; e Considerando que todos os seres humanos merecem respeito e que  
2575 somente com engajamento social é possível impedir que discursos dotados de preconceito e  
2576 desprovidos de empatia e conhecimento técnico predominem. Vem a público: Manifestar  
2577 repúdio às declarações do Presidente da República proferidas em 05 de fevereiro de 2020,  
2578 segundo o qual as pessoas com HIV/Aids são uma “despesa” à sociedade brasileira.”  
2579 Sugestões apresentadas: fazer revisão gramatical do texto. **Deliberação: a moção de repúdio**  
2580 **foi aprovada por unanimidade. b)** Minuta de recomendação. O texto é o seguinte:  
2581 Recomendação nº 000, de 14 de fevereiro de 2020. O Plenário do Conselho Nacional de  
2582 Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 13  
2583 e 14 de fevereiro de 2020, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas  
2584 pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;  
2585 pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho  
2586 de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988,  
2587 da legislação brasileira correlata; e considerando o que dispõe a Constituição Federal da  
2588 República Federativa do Brasil, em especial os seus artigos 196 a 198; considerando que o  
2589 texto constitucional determina que são de relevância pública as ações e serviços de saúde,  
2590 cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e  
2591 controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por  
2592 pessoa física ou jurídica de direito privado (art. 197 da CF/1988); considerando que os  
2593 primeiros casos de infecção pelo HIV foram detectados no Brasil no início da década de 1980,  
2594 quando, devido a emergência com a doença em território nacional, foram criadas as primeiras  
2595 ONGs destinadas a divulgar informações sobre prevenção e auxiliar portadores do vírus;  
2596 considerando que inicialmente as autoridades governamentais reagiram por meio da negação,  
2597 se omitindo da elaboração de uma política de Estado voltada ao enfrentamento da doença;  
2598 Considerando que o primeiro programa nacional de controle de DST e Aids no Brasil se  
2599 estruturou em 1985 no Ministério da Saúde; considerando a Lei nº 9.313, de 13 de novembro  
2600 de 1996, que dispôs sobre a distribuição universal e gratuita de medicação antirretroviral para  
2601 pessoas vivendo com HIV/Aids, sendo a medida caracterizada como um importante passo que  
2602 fez do Brasil uma referência internacional no combate à infecção, o que foi essencial para  
2603 conter a epidemia no país; Considerando a Portaria nº 3.276, de 26 de dezembro de 2013, em  
2604 especial os artigos 1º, 2º, 6º, 7º, 8º e 11, que regulamenta o incentivo financeiro de custeio às  
2605 ações de vigilância, prevenção e controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis  
2606 (ISTs)/AIDS e Hepatites Virais (HV) no âmbito do SUS; considerando a necessidade de ampliar  
2607 a descentralização para o fortalecimento das ações de vigilância no âmbito das ISTs, Aids e  
2608 Hepatites Virais para Estados, Distrito Federal e Municípios e para responder às características  
2609 que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no território nacional; considerando que o  
2610 Ministério da Saúde publicou em 2014 a atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes  
2611 Terapêuticas (PCDT), introduzindo a Terapia Antirretroviral (TARV) como Tratamento  
2612 Preventivo (TASP) oferecendo-lhe para todas as pessoas vivendo com HIV/Aids independente  
2613 do estágio da infecção, via rede de saúde pública; Considerando que, além do tratamento  
2614 universal para quem vive com HIV/Aids e da Profilaxia Pós-Exposição (PEP), desde 2018 o  
2615 SUS passou a disponibilizar a Profilaxia Pré-Exposição (Prep), tratamento que previne a  
2616 infecção, impedindo que o vírus se estabeleça no organismo; considerando que todas essas  
2617 medidas possibilitaram que a prevalência no Brasil ficasse em patamares controláveis e  
2618 distante da porcentagem observada em outros países como, por exemplo, a África do Sul, que  
2619 tem 10% da população adulta vivendo com HIV/Aids; considerando que com o TASP, conforme  
2620 demonstrado pelo estudo “Partner”, formou-se o consenso de que a carga viral indetectável  
2621 equivale a ser intransmissível, promovendo saúde e qualidade de vida de toda a população  
2622 brasileira; considerando que, de acordo com o último boletim epidemiológico do Ministério da  
2623 Saúde, são 966 mil pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil (1980 a 2019), sendo que 135 mil  
2624 não sabem que estão infectadas, o que aumenta o risco de disseminação; considerando que a  
2625 abstinência sexual foi alçada à condição de política pública de saúde, o que representa um  
2626 retrocesso nas campanhas de prevenção, haja vista a falta de fundamento científico, e que a  
2627 epidemia se trata não só no caráter biomédico/clínico, mas também no social, já que as  
2628 campanhas preventivas bem planejadas e executadas contra o preconceito, a discriminação, o  
2629 estigma e a desinformação também estimulam o conhecimento e evitam novas infecções; e  
2630 considerando os debates havidos, a tentativa de qualificação e melhora nos resultados obtidos  
2631 até aqui, por parte deste CNS, no item de pauta “Avaliação da Política de Aids no Brasil”, bem  
2632 como os dados trazidos pela Pasta (prioridades para o ano de 2020: orçamento da área irá

2633 para R\$ 2,48 bilhões, distribuição recorde de 570 milhões de unidades de preservativos e  
2634 lubrificantes, ampliação do diagnóstico e do acesso às ações de prevenção, diagnóstico e  
2635 tratamento para “populações-chave” e eliminação da transmissão vertical do HIV). Recomenda:  
2636 ao Ministério da Saúde: 1) que produza estudo técnico (pesquisa) sobre a efetividade (custo  
2637 benefício) do TARV no Brasil, mostrando os avanços da Resposta Brasil para conter a  
2638 epidemia, minimizar óbitos e preservar a vida e a saúde da população; 2) que retorne e amplie  
2639 as ações de prevenção informativas voltadas para adolescentes e jovens, com campanhas  
2640 atuais e realistas de acordo com a atual realidade brasileira; 3) que revitalize as ações de  
2641 parceria com a iniciativa privada para fomentar mais políticas de promoção da saúde e  
2642 prevenção estratégica; e 4) que fortaleça ainda mais o contato com os movimentos sociais para  
2643 retomar as parcerias com as ONGs no Brasil. **Deliberação: a recomendação foi aprovada  
2644 por unanimidade. c)** Minuta de recomendação, decorrente do item 7 da pauta. Minuta de  
2645 Recomendação. O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, de 14 de fevereiro de 2020. O  
2646 Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Sexta  
2647 Reunião Ordinária, realizada nos dias 13 e 14 de fevereiro de 2020, no uso de suas  
2648 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de  
2649 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de  
2650 janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da  
2651 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e  
2652 considerando o que dispõe a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em  
2653 especial os seus artigos 196 a 198; considerando que o texto constitucional determina que são  
2654 de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos  
2655 termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser  
2656 feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito  
2657 privado (Art. 197 da CF/1988); considerando o marco normativo que foi a inserção do art. 225  
2658 na CF/1988, tendo em vista que a partir dele todos passaram a ter direito ao meio ambiente  
2659 ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de  
2660 vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as  
2661 presentes e futuras gerações; considerando que, por força da previsão constitucional, o meio  
2662 ambiente constitui-se em direito fundamental, pertencente a toda a população, e as condutas e  
2663 atividades consideradas lesivas ao meio ambiente sujeitarão os infratores, pessoas físicas ou  
2664 jurídicas, a sanções penais e administrativas, independentemente da obrigação de reparar os  
2665 danos causados; considerando que, no dia 30 de agosto de 2019, o país assistiu à notícia do  
2666 aparecimento de manchas de petróleo nas praias de Jacumã e Tambaba, no Município de  
2667 Conde, na Paraíba, que se alastraram ao menos em 126 (cento e vinte e seis) municípios de  
2668 todos os nove estados do Nordeste, do Espírito Santo e do Rio de Janeiro, e que 1.004 pontos  
2669 do litoral do país já tiveram registros da poluição; considerando que de todas as praias  
2670 identificadas pelo Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis  
2671 (Ibama), desde o final de agosto de 2019, 570 estão limpas e 434 localidades ainda seguem  
2672 com vestígios esparsos de contaminação, segundo balanço divulgado em 21 de janeiro de  
2673 2020, pelo Ibama; considerando que a nota sobre derramamento de petróleo nas praias do  
2674 Nordeste, lançada pela Fiocruz no dia 31 de outubro de 2019, chama a atenção para o fato de  
2675 que os dados divulgados sobre os locais atingidos apontam para situações e níveis de  
2676 contaminação diversos, sendo que diferentes grupos populacionais, como militares e defesa  
2677 civil, pescadores e marisqueiras, voluntários, entre outros, estão expostos aos riscos de  
2678 contaminação, seja por inalação, contato dérmico ou ingestão de alimentos contaminados;  
2679 considerando que há necessidade de permanente monitoramento, levando em consideração:  
2680 a) as denúncias feitas pelas comunidades quilombolas e extrativistas dos agravos à saúde que  
2681 se avolumam diariamente; b) a real dimensão das consequências dessa tragédia para a saúde  
2682 humana, animal e ambiental, a curto, médio e longo prazo, ainda que o Ministério da Saúde,  
2683 até o momento, mantenha avaliação de que o impacto para a saúde pública é baixo;  
2684 considerando que, após o vazamento do petróleo, as comunidades quilombolas e extrativistas,  
2685 que dependem da pesca para sobreviver, perderam seu sustento uma vez que esses  
2686 profissionais não estão conseguindo vender seu produto e as famílias não estão tendo renda,  
2687 caracterizando um atentado contra a soberania e segurança alimentar e nutricional dessas  
2688 comunidades, já tão ameaçadas pelo racismo ambiental e institucional, impondo a essas  
2689 populações uma situação de fome; considerando o estabelecido na Lei nº 11.959, de 29 de  
2690 junho de 2009, que em seu art. 24 define que “Toda pessoa, física ou jurídica, que exerça  
2691 atividade pesqueira bem como a embarcação de pesca deve ser previamente inscrita no  
2692 Registro Geral da Atividade Pesqueira – RGP”; considerando que, conforme categorias

2693 descritas no Decreto nº 8.425, de 31 de março de 2015, deverá ser concedida Licença  
2694 para pescador e pescadora profissional artesanal e pescador e pescadora profissional  
2695 industrial, pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; considerando que a  
2696 Medida Provisória nº 908/2019 determinou a concessão de benefícios aos pescadores que  
2697 tiveram suas atividades afetadas pelo derramamento do óleo na costa brasileira, com Registro  
2698 Geral de Pesca (RGP), e as dificuldades que as comunidades têm enfrentado para receberem  
2699 este benefício por conta da demora ou paralisação na emissão dos seus registros;  
2700 considerando que, além de todas as questões acima elencadas, houve uma negligência por  
2701 parte governo federal na tomada de medidas necessárias e oportunas, uma clara  
2702 consequência do desmonte de órgãos de controle social fundamentais para a mobilização e  
2703 articulação da sociedade e do poder público para o enfrentamento de tragédias dessa  
2704 magnitude, a exemplo do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA);  
2705 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS); do Conselho Nacional de Direitos  
2706 Humanos (CNDH); e do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CNMA); considerando que o  
2707 Plano Nacional de Contingência para Incidentes de Poluição por Óleo (PNC) foi acionado  
2708 tardiamente, e considerando a necessidade da promoção de territórios saudáveis e  
2709 sustentáveis nas comunidades quilombolas e extrativistas. Recomenda: ao Ministério da  
2710 Agricultura, Pecuária e Abastecimento: que implemente ações para agilizar a liberação  
2711 imediata do Registro Geral de Pesca (RGP) para as comunidades quilombolas e extrativistas,  
2712 que dependem da pesca para sobreviver, e que tiveram as suas atividades afetadas pelo  
2713 derramamento de petróleo bruto na costa brasileira; e que, a partir da relação nominal dos  
2714 pescadores com protocolo de registro inicial junto às Superintendência Federal de Agricultura,  
2715 Pecuária e Abastecimento nos estados afetados, e das informações do Instituto Nacional do  
2716 Seguro Social (INSS) sobre a relação de pescadores profissionais artesanais que  
2717 apresentaram requerimento de seguro-desemprego (defeso), apresente um plano de  
2718 ampliação do cadastramento (RGP) a fim de destinar a concessão do benefício à todas as  
2719 trabalhadoras e trabalhadores que, embora não cadastrados, tiveram as suas rendas familiares  
2720 comprometidas. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. III -**  
2721 **Comissões Intersetoriais. Câmaras Técnicas. a)** Minuta de recomendação, elaborada pela  
2722 CIRHRT/CNS. O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, de 14 de fevereiro de 2020. O  
2723 Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Sexta  
2724 Reunião Ordinária, realizada nos dias 13 e 14 de fevereiro de 2020, no uso de suas  
2725 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de  
2726 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de  
2727 janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da  
2728 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988), da legislação brasileira  
2729 correlata; e considerando que o art. 198, inciso III da CF/1988, previu a participação da  
2730 comunidade como uma diretriz da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), constituído  
2731 pelas ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e  
2732 hierarquizada; considerando que o art. 200, inciso III da CF/1988 estabelece que compete ao  
2733 SUS “ordenar a formação dos recursos humanos da área de saúde”; considerando que o art.  
2734 6º, inciso III da Lei nº 8.080/1990, também chamada Lei Orgânica da Saúde, define que está  
2735 incluída no campo de atuação do SUS a “ordenação da formação de recursos humanos na  
2736 área de saúde”; considerando que o art. 12, parágrafo único da Lei nº 8.080, de 19 de  
2737 setembro de 1990, determinou que deveriam ser criadas comissões intersetoriais de âmbito  
2738 nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos  
2739 competentes e por entidades representativas da sociedade civil com a finalidade de articular  
2740 políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não  
2741 compreendidas no âmbito do SUS e que o mesmo deve ser replicado nos Conselhos de  
2742 Saúde, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal; considerando que a Lei nº 8.142, de 28 de  
2743 dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS;  
2744 considerando que a então denominada “Comissão Intersetorial de Recursos Humanos para a  
2745 Saúde”, de âmbito nacional, foi instituída pela Resolução CNS nº 11, de 31 de outubro de 1991,  
2746 tendo como competências gerais promover estudos e propor medidas para o aperfeiçoamento  
2747 das políticas, programas e ações de que tratam suas áreas temáticas; propor medidas para o  
2748 aperfeiçoamento das ações do SUS relacionadas às suas temáticas; desenvolver e  
2749 recomendar instrumentos e mecanismos para o aperfeiçoamento das práticas de integração  
2750 entre órgãos; considerando que a Resolução CNS nº 203, de 7 de novembro de 1996, previa a  
2751 participação dos Conselhos Estaduais de Saúde nos processos de criação de novos cursos da  
2752 área da saúde, uma das atribuições da CIRHRT/CNS, ainda hoje; considerando a Resolução

2753 CNS nº 350, de 9 de junho de 2005, que define critérios técnicos educacionais e sanitários  
2754 relativos à abertura e reconhecimento dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina,  
2755 Odontologia e Psicologia, de acordo com o disposto no Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro  
2756 de 2017; considerando a Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, que aprova o  
2757 Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde e estabelece que as Comissões são  
2758 organismos de assessoria ao Plenário do CNS, que resgatam e reiteram os princípios do SUS  
2759 e do controle social; considerando as propostas, diretrizes e moções aprovadas na 16ª  
2760 Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8); e considerando que as Comissões Intersectoriais de  
2761 Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT), em cada âmbito governamental, são  
2762 responsáveis pelo acompanhamento e articulação das políticas e programas relacionados à  
2763 gestão da educação e do trabalho em saúde, na perspectiva da integração ensino-serviço-  
2764 comunidade e em defesa do SUS. Recomenda: aos Conselhos de Saúde Estaduais,  
2765 Municipais e do Distrito Federal, que criem Comissões Intersectoriais de Recursos Humanos e  
2766 Relações de Trabalho em suas respectivas estruturas organizacionais. **Deliberação: a**  
2767 **recomendação foi aprovada por unanimidade. b)** Minuta de moção de apoio. O texto é o  
2768 seguinte: Moção de apoio nº 000, de 14 de janeiro de 2020. *Manifesta apoio aos servidores*  
2769 *públicos do Brasil*. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima  
2770 Vigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 13 e 14 de janeiro de 2020, e no uso de  
2771 suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro  
2772 de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13  
2773 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições  
2774 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988) e da legislação brasileira  
2775 correlata; e considerando que o art. 37 da CF/1988 afirma os princípios da legalidade,  
2776 impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, que devem guiar a administração pública  
2777 direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos  
2778 Municípios; considerando o disposto nos artigos 39 a 42 da CF/1988 sobre os direitos e  
2779 deveres dos servidores públicos na ordem democrática, de acordo com a redação conferida  
2780 pela Emenda Constitucional nº 18, de 1998; considerando que o Decreto-Lei nº 1.713, de 28 de  
2781 dezembro de 1939, depois a Lei nº 1.711, de 28 de dezembro de 1952 e em seguida a Lei nº  
2782 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que institui o regime jurídico dos servidores públicos civis  
2783 da União, das autarquias, inclusive aquelas em regime especial, e das fundações públicas  
2784 federais, e que define como servidor a pessoa legalmente investida em cargo público, e  
2785 que cargo público é o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura  
2786 organizacional que devem ser cometidas a um servidor; considerando que o CNS é uma  
2787 instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS em cada esfera de governo, integrante  
2788 da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do  
2789 Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas pela  
2790 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; e considerando que o esforço, dedicação e trabalho  
2791 de milhares de servidores públicos carregam o compromisso e a responsabilidade de ser o  
2792 principal elo entre o Poder Público e a sociedade, prestando serviços essenciais à população  
2793 nas mais diferentes áreas e políticas públicas. Vem a público: manifestar apoio e  
2794 solidariedade ao conjunto de servidores públicos federais, estaduais e municipais, seja dos  
2795 poderes executivo, legislativo e judiciário, reafirmando nosso reconhecimento e valorização a  
2796 todos e todas que constroem, cotidianamente, nos diferentes espaços da nação e os serviços  
2797 públicos como investimento incalculável para uma sociedade mais justa, democrática,  
2798 participativa, plural e igualitária. Sugestão ao texto: fazer flexão de gênero. **Deliberação: a**  
2799 **moção de apoio foi aprovada por unanimidade. c)** Minuta de recomendação apresentada  
2800 pelo Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde – FENTAS. O texto  
2801 é o seguinte: **Recomendação nº 000, de 14 de fevereiro de 2020**. O Plenário do Conselho  
2802 Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada  
2803 nos dias 13 e 14 de fevereiro de 2020, e no uso de suas competências regimentais e  
2804 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28  
2805 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto  
2806 nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República  
2807 Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando o art. 196 da  
2808 Constituição Federal de 1988, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado,  
2809 garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e  
2810 de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua  
2811 promoção, proteção e recuperação; considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,  
2812 em seu art. 2º, §1º, que descreve expressamente que a execução das políticas públicas, “que

2813 visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições  
2814 que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção,  
2815 proteção e recuperação”, é papel do Estado; considerando que a Vigilância Sanitária é campo  
2816 de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que segundo o parágrafo 1º do art. 6º da Lei  
2817 nº 8.080/1990, engloba “[...] um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir  
2818 riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da  
2819 produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”;  
2820 considerando que o papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabelecido  
2821 no art. 6º da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, é “[...] promover a proteção da saúde da  
2822 população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos  
2823 e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos  
2824 insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e  
2825 de fronteiras”; considerando que, segundo o art. 3º, inciso III da Portaria n 1.978, de 12 de  
2826 setembro de 2014, a ANVISA faz parte do “Comitê de Implementação do Programa Nacional  
2827 de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada, de caráter consultivo, com a  
2828 finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde  
2829 através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam”;  
2830 considerando que, de acordo com o art. 5º, inciso VI, da Portaria nº 529, de 01 de abril de  
2831 2013, constitui uma das estratégias de implementação do Programa Nacional de Segurança do  
2832 Paciente (PNSP), a “promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e  
2833 aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção  
2834 de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de  
2835 responsabilização individual”; considerando a Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018,  
2836 que institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde cuja finalidade é “definir os princípios, as  
2837 diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o  
2838 desenvolvimento da vigilância em saúde, visando a promoção e a proteção da saúde e a  
2839 prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidades  
2840 e riscos decorrentes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios”; considerando que  
2841 o papel dos conselhos de saúde, segundo o art. 1º, parágrafo 2º, da Lei nº 8.142, de 28 de  
2842 dezembro de 1990, é atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política  
2843 de saúde na instância correspondente; considerando a proposta de alteração da RDC/ANVISA  
2844 nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, colocada em consulta pública de nº 753, datada de 12 de  
2845 dezembro de 2019; considerando que a referida RDC trata dos requisitos mínimos para  
2846 funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e que, entre as alterações propostas  
2847 estão a desvinculação de percentual mínimo de profissionais de saúde por paciente, a  
2848 ausência de especificação sobre quais profissionais farão parte da equipe multiprofissional que  
2849 prestarão serviços nas UTI, a retirada da exigência de expertise na área de terapia intensiva  
2850 para contratação de trabalhadores para prestação de serviços nessas unidades de saúde,  
2851 retirada da obrigação da presença de médico e enfermeiro no transporte de pacientes graves;  
2852 considerando o histórico do Conselho Nacional de Saúde na luta constante pela qualidade dos  
2853 serviços de saúde, de forma a garantir a segurança do paciente, evitando que iatrogenias  
2854 possam causar danos irreparáveis à população; considerando que diversos estudos nacionais  
2855 e internacionais apontam que a sobrecarga de trabalho, somada à precariedade do ambiente  
2856 laboral, causa o adoecimento de profissionais de saúde lotados nas UTI, podendo resultar em  
2857 incidentes e eventos adversos em pacientes críticos assistidos por eles, causando danos  
2858 permanentes; considerando que as UTI possuem características específicas, necessitando  
2859 assim, de profissionais especializados que possam realizar ações/procedimentos complexos;  
2860 considerando que, diante da complexidade das Unidades de Terapia Intensiva, existe a  
2861 necessidade premente de ampliação do número de profissionais de saúde no setor, tendo em  
2862 vista a multiprofissionalidade; e considerando que a segurança do paciente está ameaçada  
2863 tendo em vista que a proporção de profissionais por paciente já é insuficiente e no que diz  
2864 respeito a RDC nº 7/2013, com a desvinculação do quantitativo mínimo de componentes das  
2865 equipes de saúde, conforme proposto pela consulta de nº 753/2019. Recomenda: À Agência  
2866 Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): 1 - Que não realize alteração da RDC nº 7, de 24 de  
2867 fevereiro de 2010, baseada na proposta da consulta nº 753 de 12 de dezembro de 2019; 2 -  
2868 Que promova espaços democráticos de discussão quanto à RDC nº 7/2010, como audiências  
2869 públicas; e 3 - Que estabeleça agenda com o Conselho Nacional de Saúde para a discussão  
2870 do tema.” Sugestões: incluir “incidentes”, além de “acidentes”; e garantir a participação dos  
2871 conselheiros na consulta pública sobre o tema, tendo por subsídio a recomendação aprovada  
2872 (sugestão: incluir o documento como anexo ao participar). **Deliberação: a recomendação foi**

2873 **aprovada, por unanimidade com um acréscimo. Além disso, foi solicitada a participação**  
2874 **dos conselheiros na consulta, tendo por subsídio a recomendação aprovada (sugestão:**  
2875 **incluir o documento como anexo ao participar). d) Minuta de recomendação elaborada pela**  
2876 Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição - CIAN/CNS. O texto é o seguinte:  
2877 “Recomendação nº 000, de 14 de fevereiro de 2020. O Plenário do Conselho Nacional de  
2878 Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 13  
2879 e 14 de fevereiro de 2020, em Brasília - DF, no uso de suas competências regimentais e  
2880 atribuições conferidas pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei no 8.142, de 28  
2881 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto  
2882 no 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República  
2883 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e Considerando que a saúde é  
2884 direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais que visem à redução  
2885 do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços  
2886 para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196, CF/1988); considerando que a ordem  
2887 econômica deve observar os princípios gerais da atividade econômica, dentre eles o de  
2888 assegurar a todos uma existência digna a partir dos ditames de justiça social, e que os  
2889 princípios do art. 170 da CF/1988 definem a organização econômica do Estado (princípios da  
2890 propriedade privada e livre concorrência) e, ao mesmo tempo, a limita para garantia de outros  
2891 direitos igualmente importantes; considerando que o Estado deve atuar sobre o exercício da  
2892 atividade econômica relacionada a agrotóxicos no Brasil para equilibrar o livre exercício desta  
2893 atividade com a defesa da saúde pública, assegurando existência digna e não estimulando a  
2894 oferta e consumo de alimentos que impliquem em perigo à saúde ou segurança das pessoas  
2895 de um produto que gera externalidades negativas notórias; considerando que o art. 170 da  
2896 Constituição Federal de 1988 e os artigos 4º e 6º da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990  
2897 (Código de Defesa do Consumidor), protegem os consumidores contra os riscos decorrentes  
2898 de produtos oferecidos no mercado, e a garantia do direito à escolha e ao acesso a produtos  
2899 que não impliquem risco à sua saúde ou segurança; considerando que o cenário atual, na  
2900 grande maioria das vezes, é de predominância da compra de alimentos produzidos com  
2901 agrotóxicos, pois, em razão dos benefícios fiscais concedidos ao setor, esta é a forma de  
2902 produção de alimentos hegemônica no país; considerando que os malefícios do consumo de  
2903 alimentos produzidos com agrotóxicos têm vasta comprovação científica produzida por  
2904 instituições especializadas e de notável prestígio, como o dossiê “*Um alerta sobre os impactos*  
2905 *dos agrotóxicos na saúde*”, da ABRASCO, que indica uma associação entre a utilização de  
2906 agrotóxicos e diversas consequências graves à saúde humana e ao meio ambiente;  
2907 considerando que a Cláusula Primeira do Convênio do Conselho Nacional de Política  
2908 Fazendária (CONFAZ) nº 100/1997 reduz em 60% a base de cálculo do Imposto sobre  
2909 Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), nas saídas interestaduais de agrotóxicos; a  
2910 Cláusula Terceira autoriza os Estados e o Distrito Federal a conceder às operações internas  
2911 com agrotóxicos a mesma redução ou isenção da base do ICMS e os dispositivos  
2912 questionados da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (TIPI),  
2913 referem-se à concessão de alíquota 0% do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) a 24  
2914 agrotóxicos; considerando que a política fiscal deve ser harmonizadora do desenvolvimento  
2915 econômico com a proteção da saúde e do meio ambiente e que os incentivos fiscais a  
2916 agrotóxicos vão na contramão desse objetivo, violando o direito fundamental à saúde, uma vez  
2917 que a política de isenção de impostos a agrotóxicos leva à intensificação do seu uso, conforme  
2918 tem se dado no caso do Convênio CONFAZ nº 100/1997 e na TIPI do Decreto nº 8.950, de 29  
2919 de dezembro de 2016, que revogou o Decreto nº 7.660, de 23 de dezembro de 2011;  
2920 considerando que tais medidas de política fiscal têm intensificado o uso de agrotóxicos para a  
2921 produção de alimentos no país e que, conforme Relatórios Anuais de Comercialização de  
2922 Agrotóxicos do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis  
2923 (IBAMA), as vendas anuais de agrotóxicos e afins no Brasil entre os anos 2000 e 2012 tiveram  
2924 um crescimento de 194,09%; considerando a Ação Direta de Inconstitucionalidade ADI nº 5553,  
2925 proposta pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) com o objetivo ver declarada a  
2926 inconstitucionalidade das Cláusulas Primeira e Terceira do Convênio nº 100/1997 do CONFAZ  
2927 e 24 dispositivos da TIPI aprovada pelo Decreto 7.660/2011; considerando que os benefícios  
2928 fiscais a agrotóxicos implicam em violação do princípio da seletividade tributária do ICMS e do  
2929 IPI (CF, art. 153, § 3º, I, e art. 155, § 2º, III) e consequente violação do princípio da dignidade  
2930 da pessoa humana (CF, art. 1º, III), princípio fundante do Estado Democrático de Direito, bem  
2931 como dos seguintes direitos constitucionalmente assegurados: o direito ao meio ambiente  
2932 equilibrado (CF, art. 225, *caput*) e o direito fundamental à saúde (CF. art. 196, *caput*); e

2933 considerando que referida ação está aguardando julgamento no âmbito do Supremo Tribunal  
2934 Federal (STF). Recomenda: aos Excelentíssimos Ministros do Supremo Tribunal Federal, em  
2935 especial ao Sr. Relator, Ministro Edson Fachin, que declarem a inconstitucionalidade das  
2936 Cláusulas Primeira e Terceira do Convênio CONFAZ nº 100/1197 e os 24 dispositivos  
2937 apontados da TIPI. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Vigésima  
2938 Sexta Reunião Ordinária, realizada em Brasília/DF, nos dias 13 e 14 de fevereiro de 2020.”  
2939 **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. e)** Minuta de recomendação  
2940 elaborada pela Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição - CIAN/CNS. O texto é o  
2941 seguinte: “Recomendação nº 000, de 14 de fevereiro de 2020. O Plenário do Conselho  
2942 Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada  
2943 nos dias 13 e 14 de fevereiro de 2020, em Brasília - DF, no uso de suas competências  
2944 regimentais e atribuições conferidas pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei no  
2945 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012;  
2946 pelo Decreto no 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da  
2947 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que  
2948 o Ministério da Saúde por meio da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição  
2949 (CGAN/DEPROS/SAPS) tem coordenado a elaboração e implementação de guias alimentares  
2950 nos últimos 15 anos; considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda  
2951 aos governos a formulação e atualização periódica das diretrizes nacionais sobre alimentação  
2952 e nutrição com base nas mudanças dos hábitos alimentares, nas condições de saúde  
2953 da população e no progresso do conhecimento científico, com o propósito de apoiar e  
2954 subsidiar políticas e programas nacionais de saúde, alimentação, nutrição e áreas afins, bem  
2955 como o de contribuir com a implementação de ações de educação alimentar e nutricional à  
2956 população; considerando que a primeira versão do Guia Alimentar para a População Brasileira  
2957 foi publicada em 2006, contendo as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a  
2958 nossa população e que, diante das transformações sociais vivenciadas pela  
2959 sociedade brasileira, com impactos sobre suas condições de saúde e nutrição, fez-se  
2960 necessária a apresentação de novas recomendações; considerando a necessidade do  
2961 Ministério da Saúde de contribuir para o desenvolvimento de estratégias para a promoção e a  
2962 realização do direito humano à alimentação adequada, levando em conta os múltiplos  
2963 determinantes das práticas alimentares, a complexidade e os desafios que envolvem a  
2964 conformação dos sistemas alimentares atuais; considerando o cenário preocupante de avanço  
2965 da obesidade, em especial a obesidade infantil, e as evidências que comprovam que a má  
2966 alimentação lidera a lista dos fatores de risco relacionados à carga global de doenças e  
2967 mortalidade no mundo; considerando que a segunda edição, publicada em 2014, passou por  
2968 um amplo processo de construção que contou com a participação de gestores, profissionais de  
2969 saúde, especialistas e população, destacando-se a consulta pública, que permitiu o seu amplo  
2970 debate focado nos pressupostos dos direitos à saúde e à alimentação adequada e saudável;  
2971 considerando que o Guia Alimentar para a População Brasileira é reconhecido mundialmente  
2972 como o primeiro documento desta natureza que se dedica a falar diretamente para a  
2973 população, traduzindo conteúdos técnicos e incorporando as múltiplas dimensões da  
2974 alimentação e nutrição, como cultura alimentar, meio ambiente e orientação/indução para a  
2975 formulação de políticas públicas; considerando que este documento apresenta uma nova  
2976 classificação de alimentos, levando em conta as constatações científicas que evidenciam o  
2977 aumento do sobrepeso e da obesidade associado ao maior consumo de alimentos  
2978 ultraprocessados, colocando os sistemas alimentares no centro das recomendações;  
2979 considerando que o Guia Alimentar para a População Brasileira se tornou uma referência para  
2980 outros países que se encontram em fase de discussão para o desenvolvimento ou atualização  
2981 de seus guias alimentares; considerando que este documento embasa as recomendações e a  
2982 abordagem do Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos, iniciativa brasileira destacada  
2983 pelo Ministro da Saúde no evento *Tackling Childhood Overweight in a Changing World*,  
2984 atividade da *Novo Nordisk Brasil* e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF),  
2985 realizada em Davos, na Suíça, em janeiro de 2020; considerando que a edição vigente do Guia  
2986 Alimentar para a População Brasileira foi lançada durante a 263ª Reunião Ordinária do  
2987 Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2014, pelo Ministro da Saúde e, no transcorrer  
2988 das comemorações de 5 anos de sua reformulação; e considerando que a melhoria nas  
2989 condições de alimentação da população poderia prevenir uma em cada cinco mortes no mundo  
2990 e, dessa forma, a melhoria das condições de alimentação e nutrição associada a ações de  
2991 promoção da alimentação adequada e saudável deveriam ser uma prioridade do Ministério da  
2992 Saúde e, em especial, da Atenção Primária do país. Recomenda: ao Ministério da Saúde que

2993 apoie a implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira. Plenário do Conselho  
2994 Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Vigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada em  
2995 Brasília/DF, nos dias 13 e 14 de fevereiro de 2020.” *Sugestão*: substituir “(...) que apoie a  
2996 implementação...” por “(...) que implemente (...)”. **Deliberação: a recomendação foi aprovada,**  
2997 **por unanimidade, com uma modificação. IX - Informe da Coordenação de Plenária de**  
2998 **Conselhos – Apresentação: Carlos Alberto.** Informe sobre a reunião de coordenadores nos  
2999 dias 28 e 29 de janeiro de 2020. Como resultado da reunião, foi sugerida a realização da XXII  
3000 plenária nos dias 10, 11 e 12 de junho de 2020. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a  
3001 tratar, conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS, às 17h15,  
3002 encerrou a 326ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e  
3003 conselheiras nesse período: *Titulares* - **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação  
3004 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Eduardo Márcio**  
3005 **Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Elisabete Pimenta Araújo**  
3006 **Paz**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação  
3007 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gilene José dos Santos**, Sindicato  
3008 Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINTAPI/CUT; **Joana**  
3009 **Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **José Araújo da**  
3010 **Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos  
3011 de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino Superior Pública do  
3012 Brasil – FASUBRA; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores –  
3013 NCST; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Moysés Longuinho**  
3014 **Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Musa Denaise de**  
3015 **Sousa de Moraes de Melo**, Ministério da Saúde; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da  
3016 Saúde; **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN; **Shirley**  
3017 **Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Solimar Vieira da Silva**  
3018 **Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS –  
3019 UNASUS/sindical/SINAUS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida  
3020 – REDEUNIDA; **Valdenir Andrade França**, Coordenação das Organizações Indígenas da  
3021 Amazônia Brasileira – COIAB; **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres –  
3022 UBM; e **Vitória Davi Marzola**, União Nacional dos Estudantes - UNE. *Suplentes* - **Adolorata**  
3023 **Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Alceu**  
3024 **Kuhn**, Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Ana Carolina Navarrete Munhoz**  
3025 **Fernandes da Cunha**, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC; **Cleoneide Paulo**  
3026 **Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil –  
3027 FENACELBRA; **Cleonice Caetano Souza**, União Geral dos Trabalhadores – UGT; **Erivelto**  
3028 **Fernandes do Nascimento**, Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena  
3029 – FPCONDISI; **Evalcilene Costa dos Santos**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas –  
3030 MNCP; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI;  
3031 **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Gilberto Soares**  
3032 **Casanova**, Associação de Diabetes Juvenil – ADJ; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical –  
3033 FS; **Jonathan de Jesus Silva**, União Nacional LGBT – UNALGBT; **José Vanilson Torres**,  
3034 Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **Lenise Aparecida Martins Garcia**,  
3035 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação  
3036 Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Marcia Patrício de Araújo**, Associação  
3037 Brasileira dos Ostomizados – ABRASO; **Marlene Pereira dos Santos Oliveira**, Instituto Lado a  
3038 Lado pela Vida; **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO;  
3039 **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; e **Wilson Hiroshi**  
3040 **de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia - CFF.