



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 “Omiton 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. 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. 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, subseqüente 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 intersectorialidade 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). 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 quadrienal 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. 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 explanou 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); 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); 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 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS –
2346 ANAIDS; **Musa Denaise de Sousa de Moraes 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 Cidades
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 n.º 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 – ABRALÉ; **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; **Eritelto**
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.