



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

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

Aos catorze e quinze dias do mês de fevereiro de dois mil e dezenove, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omiton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Tricentésima Décima Quarta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Estabelecido o quórum, às 9h05, conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos com saudações aos presentes e aos internautas que acompanham a reunião pela transmissão em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 314ª Reunião Ordinária do CNS: **1) Socializar os informes e apreciar as indicações. 2) Assistir e apreciar o tema do Radar. 3) Conhecer e apreciar as demandas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. 4) Discutir e deliberar sobre a integralidade da atenção na eliminação da Hanseníase. 5) Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. 6) Conhecer, debater e deliberar sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. 7) Assistir, discutir e deliberar acerca da tragédia em Brumadinho-MG. 8) Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN. 9) Apresentar e apreciar as questões da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena a da 16ª Conferência Nacional de Saúde. 10) Assistir e apreciar as demandas das Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho e encaminhamentos do Pleno.** **ITEM 1 – APROVAÇÃO DAS ATAS DAS 312ª REUNIÃO ORDINÁRIA E 63ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 314ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Coordenação:** conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DAS ATAS DAS 312ª REUNIÃO ORDINÁRIA E 63ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS.** Primeiro, o coordenador da mesa colocou em votação as atas enviadas com antecedência aos conselheiros. **Deliberação: as atas da 312ª Reunião Ordinária e 63ª Reunião Extraordinária do CNS foram aprovadas por unanimidade. APROVAÇÃO DA PAUTA DA 314ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** Após a leitura, colocou em apreciação a pauta da reunião **Deliberação: a pauta da 314ª Reunião Ordinária foi aprovada por unanimidade. ITEM 2 – EXPEDIENTE - Coordenação:** conselheira **Elaine Junger Pelaez**, da Mesa Diretora do CNS; conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e **Ana Carolina Dantas Souza**, Secretária-Executiva do CNS. **Justificativas de ausência** - justificaram ausência os seguintes conselheiros e conselheiras: **Albanir Pereira Santana; Eduardo Maércio Fróes; João Donizeti Scaboli; Ruth Cavalcanti Guilherme; Simone Maria Leite Batista; e Sueli Terezinha Goi Barrios.** Conselheira **Elaine Junger Pelaez** justificou a ausência do Presidente do CNS e do conselheiro **André Luiz de Oliveira** que participavam da reunião da Comissão Intergestores Tripartite - CIT que ocorria naquele momento. **Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde - Novos conselheiros:** Entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde e entidades empresariais nacionais com atividades na área de saúde - 2º Suplente: Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo - CNC - **Reinaldo Aparecido Mastellarro** (em substituição a Janaína Pochapski Al Deh). (NR); Segmento do governo federal: Titular: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS - **Jurandi Frutuoso Silva**; 1º Suplente: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS - **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**; e 2º Suplente: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS - **Tereza Cristina Lins Amaral.** Titular: Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS - **José Eri Borges de Medeiros.** 1º Suplente: Conselho Nacional de

53 Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS - **Arilson da Silva Cardoso**; e 2º Suplente:
54 Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS - **Rodrigo Cesar**
55 **Faleiros de Lacerda**. Titular: Ministério da Saúde - **João Gabbardo dos Reis**. 1º Suplente:
56 Ministério da Saúde - **Rodrigo dos Santos Santana**; e 2º Suplente: Ministério das Cidades -
57 **Gláucia Tamayo Hassler Sugai**. Titular: Ministério da Saúde - **Francisco de Assis**
58 **Figueiredo**. 1º Suplente: Ministério da Saúde - **Karla Larica Wanderley**; e 2º Suplente -
59 Ministério da Saúde - **Maria Inez Pordeus Gadelha**. Titular: Ministério da Saúde - **Erno**
60 **Harzheim**. 1º Suplente: Ministério da Saúde - **Marco Antônio Toccollini**; e 2º Suplente:
61 Ministério da Saúde - **Vania Cristina Canuto Santos**. Titular: Ministério da Saúde - **Luiz**
62 **Henrique Mandetta**. 1º Suplente: Ministério da Saúde - **Wanderson Kleber de Oliveira**; e 2º
63 Suplente: Ministério da Saúde - **Daniela Buosi Rohlf**s. Titular: Ministério da Saúde - **Neilton**
64 **Araujo de Oliveira**. 1º Suplente: Ministério da Saúde - **Sônia Maria Feitosa Brito**; e 2º
65 Suplente: Ministério da Saúde - **Allan Nuno Alves de Sousa**. Titular: Ministério da Saúde -
66 **Mayra Isabel Correia Pinheiro**. 1º Suplente: Ministério da Saúde - **Antônio César Silva**
67 **Mallet**; e 2º Suplente: Ministério da Saúde - **Allan Quadros Garcês**. *Coordenadores de*
68 *Plenária presentes à reunião:* **Carlos Alberto de Oliveira Silva** – Sergipe; **Isadora Oliveira**
69 **Maia** – Bahia; e **Pedro Macedo Granja** – Mato Grosso do Sul. **Datas representativas para a**
70 **saúde no mês de fevereiro** – 4/fev. - Dia Mundial do Câncer. 5/fev. - Dia Nacional da
71 Mamografia. 5/fev. - Dia da Papiloscopia. 7/fev. - Dia Nacional de Luta dos Povos Indígenas.
72 11/fev. - Dia Mundial do Enfermo. *Inclusão:* 28/fev. - Dia da doença rara. **Informes. 1)**
73 Conselheira **Ana Clébea Nogueira Pinto de Medeiros** fez os seguintes informes: Dia Mundial
74 de Combate ao Câncer; e Projeto de Lei Complementar nº 143/2018 - propõe que o período
75 máximo até a confirmação da doença seja de até 30 dias. Esse projeto visa complementar a
76 Lei dos 60 dias, que determina que o tempo limite do diagnóstico até o início do tratamento do
77 câncer seja de até 60 dias. Caso o PLC seja aprovado, o prazo desde a confirmação do
78 diagnóstico até o início do tratamento seria de 90 dias. O projeto de lei foi votado pela Câmara
79 dos Deputados e agora segue para a apreciação do Senado. Solicitou o apoio do CNS a essa
80 iniciativa. **2)** Informe sobre o Grupo Técnico de Revisão do Plano Nacional de Saneamento
81 Básico - PLANSAB - conselheira **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho** informou que
82 participara da reunião do Grupo e sugeriu o envio do PLANSAB a todos os conselheiros para
83 conhecimento, debate e participação na consulta pública sobre o documento. **3)** Conselheiro
84 **Abraão Nunes da Silva** fez os seguintes informes: Curso de Extensão Políticas Públicas de
85 Saúde na Universidade Federal de Sergipe – UFSE/ANEPS/MOPS – início: 16 de fevereiro;
86 realização do Seminário de Homeopatia e Educação, no Senado Federal – 15 de fevereiro;
87 seminário preparatório para preparação para o seminário nacional das PCIS - 22 de fevereiro,
88 em Lagarto. *Apresentação:* **4)** Conselheira **Ana Lúcia Silva Marçal Paduello** fez um informe
89 sobre o Dia Mundial das Doenças Raras – 28 de fevereiro e falou sobre a campanha “Raros
90 entre nós”, que visa conscientizar a população e desmistificar as doenças raras. Fez um relato
91 emocionado na condição de pessoa com doença rara e disse que todos podem contribuir na
92 inclusão das pessoas com essa condição. **5)** Conselheira **Gláucia Tamayo Hassler Sugai fez**
93 **um informe de agradecimento** e reconhecimento do Hospital de Apoio de Brasília pelo
94 trabalho de acolhimento e atendimento às pessoas em estágio final de câncer e apoio à família
95 dos pacientes. **6)** Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** informou, com grande preocupação,
96 a concessão de registro de dezenove produtos agrotóxicos, doze deles tóxicos. **7)** Conselheiro
97 **André Luiz de Oliveira** informou a sua participação, na condição de representante do Brasil,
98 no “Seminário Internacional de Conselhos Nacionais de Saúde em todo o mundo”, realizado
99 em Lisboa/Portugal. Relatou que, na oportunidade, apresentara a experiência do Brasil e
100 participara de mesa redonda específica, com amplo debate. Disse que a experiência foi
101 bastante positiva e, na oportunidade, convidou representantes de conselhos nacionais de
102 saúde de outros países para participar da etapa nacional da 16ª Conferência na condição de
103 convidados internacionais. **A proposta de definir vaga para representantes de conselhos**
104 **nacionais de saúde de outros países na 16ª Conferência, na condição de convidados**
105 **internacionais, será apreciada posteriormente para deliberação. Indicações. 1)** X Jornada
106 de Autismo do Piauí. Data: 29 e 30 de março de 2019. Local: Teresina – PI. *Indicação:*
107 conselheira **Marisa Furia Silva**. **Aprovada a indicação. I - Substituição de ex-conselheiros**
108 **em representações externas. 2)** Indicação para composição na titularidade da Comissão
109 Nacional de População e Desenvolvimento – CNPD em substituição à ex-conselheira **Carmen**
110 **Lúcia Luiz**. *Indicação:* conselheiro **José Felipe dos Santos**. **3)** Indicação para composição na
111 titularidade do Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde –
112 COAPES em substituição ao ex-conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria**. *Indicação:* conselheiro

113 **Giancarlo de Montemor Quagliarello** ou **Maria Laura Carvalho Bicca**. 4) Indicação para
114 composição na titularidade e 1ª suplência do Conselho Consultivo do INCA – CONSINCA em
115 substituição às ex-conselheiras Paula Johns (Tit.) e Zaira Tronco Salerno (Sup.). *Indicação*
116 *titular: Tiago Marina Matos. Indicação suplente: Mirian Cruz.* 5) Indicação para composição
117 na titularidade do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) e o Programa
118 Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) em
119 substituição à ex-conselheira **Carolina Abad**. *Indicação: conselheira Marisa Furia Silva.* 6)
120 Indicação para composição nas duas vagas de titularidade e uma de suplência do GT da
121 Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde – PMNA-SUS em
122 substituição às ex-conselheiras Christianne Maria de Oliveira Costa (Tit.), Eliane Maria
123 Nogueira de Paiva Cunha (Tit.) e Zaira Tronco Salerno (Sup.). *Indicação: titular: Elgiane Lago;*
124 *titular: Joana Batista Oliveira Lopes; e suplência: Shirley Marshal Diaz Morales.* 7)
125 Indicação para composição na titularidade do Conselho Consultivo da Anvisa em substituição à
126 ex-conselheira **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha**. *Indicação: Adolorata Aparecida*
127 **Bianco Carvalho**. 8) Indicação para composição na titularidade e 1ª suplência do Comitê
128 Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais –
129 **LGBT em substituição às ex-conselheiras Heliana Neves Hemetério dos Santos (Tit.) e**
130 **Tatiana Aquino de Araujo (Sup.)**. *Indicação Titular: conselheira Altamira Simões dos Santo*
131 **de Souza. Indicação Suplente: conselheiro José Felipe dos Santos.** 9) Indicação de membros
132 titulares para Coordenação de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde em substituição aos
133 conselheiros **Geordeci Souza, Wanderley Gomes, Maria Laura Bicca** e um conselheiro
134 gestor/prestador de serviço sem indicação anterior. *Usuários - Indicação: Luiz Aníbal*
135 **Machado; e Vanja Andréa Reis dos Santos; Trabalhadores: Jupiara Gonçalves Castro;**
136 **Gestores/prestadores: Gláucia Tamayo Hassler Sugai.** *Atenção: considerando a importância*
137 *do processo de transição, a 1ª reunião da Coordenação de Plenária Nacional ocorrerá em 28 e*
138 *29 de março, com a participação das coordenações anterior e atual.* 10) Comitê Nacional de
139 Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas – CONATRAP. Recondução dos nomes já indicados:
140 **Neilton Araújo de Oliveira** – titular; e **José Eri de Medeiros** – suplente. 11) Treinamento dos
141 Comitês de Ética e Pesquisa de Goiânia- GO. Local: Goiânia/GO. Data: 20, 21 e 22 de março
142 de 2019. *Indicação: conselheiro Getúlio Vargas de Moura Júnior. Deliberação: as*
143 **indicações foram aprovadas. II - Situação das coordenações das comissões**
144 **intersectoriais do CNS.** O Regimento Interno do CNS, aprovado pela Resolução nº 407, Art. 50
145 alterado pela Resolução nº 435, prevê que as Comissões serão compostas de Coordenador e
146 Coordenador Adjunto, ambos conselheiros, sendo pelo menos um deles conselheiro titular. 1)
147 Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN. Coordenação: Zaira Maria Tronco
148 Salerno. Coordenação Adjunta: Paula Johns. *Situação: a coordenadora e a coordenadora*
149 *adjunta não são mais conselheiras. Nova indicação: Coordenação: Ruth Cavalcanti*
150 **Guilherme. Coordenação Adjunta: Joana Indjaian Cruz.** 2) Comissão Intersetorial de Saúde
151 Bucal – CISB. *Coordenação: Cláudio Ferreira do Nascimento. Coordenação Adjunta: Geraldo*
152 *Adão Santos. Situação: os dois conselheiros são suplentes. Nova indicação: Coordenação:*
153 **Joana Batista Oliveira Lopes. Coordenação Adjunta: Geraldo Adão Santos.** 3) Comissão
154 Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS. Coordenação: **Fernando Zasso Pigatto.**
155 *Coordenação Adjunta: Adolorata Aparecida Bianco Carvalho. Situação: o coordenador é o*
156 *atual Presidente e a adjunta é suplente. Nova indicação: Coordenação: Artur Custódio*
157 **Moreira de Sousa. Coordenação Adjunta: Adolorata Aparecida Bianco Carvalho.** 2ª
158 *Coordenação Adjunta: Getúlio Vargas de Moura Júnior.* 4) Comissão Intersetorial de
159 Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT e Câmara Técnica. Coordenação:
160 **Gerdo Bezerra de Faria.** 1ª Coordenação Adjunta: **Douglas Vinícius Reis Pereira.** 2ª
161 *Coordenação Adjunta: Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro. Situação: o coordenador e o*
162 *coordenador adjunto não são mais conselheiros e a 2ª adjunta é suplente. Nova indicação:*
163 *Coordenação: Maria Angelica Zollin de Almeida.* 1ª Coordenação Adjunta: **Nara Monte**
164 **Arruda.** 2ª Coordenação Adjunta: **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro.** 5) Comissão
165 Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF. *Coordenação:*
166 **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara. Coordenação Adjunta: Lenise Aparecida Martins**
167 **Garcia. Situação: os dois conselheiros são suplentes. Nova indicação: Coordenação: Solimar**
168 **Vieira da Silva Mendes. Coordenação Adjunta: Lenise Aparecida Martins Garcia.** 6)
169 *Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora – CISTT. Coordenação:*
170 **Geordeci Menezes de Souza.** 1ª Coordenação Adjunta: **Luiz Aníbal Vieira Machado.** 2ª
171 *Coordenação Adjunta: Denise Torreão Corrêa da Silva. Situação: não é necessária*
172 *modificação, pois, dos três conselheiros, dois são titulares e um suplente.* 7) Comissão

173 Intersetorial de Atenção a Saúde de Pessoas com Patologias – CIASPP. *Coordenação:*
174 **Moyses Toniolo de Souza**. *Coordenação Adjunta:* **Cleuza de Carvalho Miguel**. Situação: não
175 é necessária modificação, pois, dos três conselheiros, um é titular e o outro suplente. **8)**
176 Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN. *Coordenação:* **Wanderley**
177 **Gomes da Silva**. *Coordenação Adjunta:* **André Luiz de Oliveira**. Situação: não é necessária
178 modificação, pois, dentre os dois conselheiros, um é titular e o outro suplente. **9)** Comissão
179 Intersetorial de Atenção a Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD. *Coordenação:*
180 **Antonio Muniz da Silva**. *Coordenação Adjunta:* **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**.
181 *Situação:* o coordenador não é mais conselheiro e a adjunta é conselheira titular. **Nova**
182 **indicação:** *Coordenação:* **Alceu Kuhn**. *Coordenação Adjunta:* **Priscilla Viégas Barreto de**
183 **Oliveira**. **10)** Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS-
184 CIEPCSS. *Coordenação:* **Sueli Terezinha Goi Barrios**. *Coordenação Adjunta:* **Maria da**
185 **Conceição Silva**. *Situação:* não é necessária modificação, pois, entre as duas conselheiras,
186 uma é titular e a outra suplente. **11)** Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU.
187 *Coordenação:* Carmen Lucia Luiz. *Coordenação Adjunta:* Francisca Valda da Silva. *Situação:* a
188 coordenadora não é mais conselheira e a adjunta é conselheira suplente. **Nova indicação:**
189 *Coordenação:* **Vanja Andréa Reis dos Santos**. *Coordenação Adjunta:* **Francisca Valda da**
190 **Silva**. **12)** Comissão Intersetorial de Atenção a Saúde nos Ciclos de Vida – CIACV.
191 *Coordenação:* **Luiz Alberto Catanoco**. *Coordenação Adjunta:* **Vânia Lúcia Ferreira Leite**.
192 *Situação:* o coordenador é suplente; a adjunta continua representando a Pastoral da Criança
193 na Comissão, mas no CNS representa a CNBB; e o 2º adjunto é suplente. **Nova indicação -**
194 *Coordenação:* **José Araújo da Silva**. *1ª Coordenação Adjunta:* **Geraldo Adão Santos**. *2ª*
195 *Coordenação Adjunta:* **Luiz Alberto Catanoso**. **13)** Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
196 – CISI. *Coordenação:* **Rildo Mendes**. *Coordenação Adjunta:* **Haroldo Jorge de Carvalho**
197 **Pontes**. *Situação:* não é necessária modificação, pois, dentre os dois conselheiros, um é titular
198 e o outro suplente. **14)** Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção a Saúde e Práticas
199 Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPSPICS. *Coordenação:* **Wilén Heil e Silva**.
200 *Coordenação Adjunta:* **Simone Maria Leite Batista**. Situação: não é necessária modificação,
201 pois, entre os dois conselheiros, um é suplente e a outra titular. **15)** Comissão Intersetorial de
202 Políticas de Promoção da Equidade – CIPPE. *Coordenação:* **Tathiane Aquino de Araújo**.
203 *Coordenação Adjunta:* **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, *Situação:* a coordenadora e a
204 coordenadora adjunta não são mais conselheiras. **Nova indicação:** *Coordenação:* **Altamira**
205 **Simões dos Santos de Souza**. *Coordenação Adjunta:* indicação em março. **16)** Comissão
206 Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS. *Coordenação:* **Shirley Marshal Diaz Morales**.
207 *Coordenação Adjunta:* **Carolina Abad**. *Situação:* a coordenadora é titular e a adjunta não é
208 mais conselheira. **Nova indicação:** *Coordenação:* **Shirley Marshal Diaz Morales**.
209 *Coordenação Adjunta:* **Ana Clébea Nogueira Pinto de Medeiros**. **17)** Comissão Intersetorial
210 de Saúde Mental – CISM. *Coordenação:* **Marisa Helena Alves**. *Coordenação Adjunta:*
211 **Antônio Pitol**. Situação: a coordenadora é conselheira titular e o coordenador adjunto não é
212 mais conselheiro. **Nova indicação:** *Coordenação:* **Marisa Helena Alves**. *Coordenação*
213 *Adjunta:* **Alex Gomes da Motta**. **18)** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.
214 *Coordenação:* **Jorge Alves de Almeida Venâncio**. *Coordenação Adjunta:* **Francisca Valda da**
215 **Silva**. *Situação:* os dois coordenadores são suplentes. **Encaminhamento:** **Jorge Alves de**
216 **Almeida Venâncio se mantém na coordenação e a coordenação adjunta será debatida na**
217 **próxima reunião. ITEM 3 – RADAR - Medida Provisória nº 870/2019 - Apresentação:**
218 **Leonardo Pinho**, Presidente do Conselho Nacional dos Direitos Humanos - CNDH.
219 *Coordenação:* conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e
220 conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheira
221 **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, explicou que este tema fora pautado, atendendo à
222 solicitação feita na última reunião do Pleno, com convite ao representante do CNDH, dado o
223 debate aprofundado deste Conselho acerca da Medida Provisória nº 870/2019, de 1º de janeiro
224 de 2019, que estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos
225 Ministérios. Dito isso, franqueou a palavra ao Presidente do CNDH, **Leonardo Pinho**, que
226 explanou sobre a Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019 e suas repercussões.
227 Primeiro, agradeceu o convite para debater o tema no CNS, nas suas palavras, espaço que
228 cumpre importante papel na formulação das políticas do SUS. Explicou que, logo após a
229 publicação da MP, o Conselho recebeu uma série de preocupação de organizações, inclusive
230 internacionais, sobre esta norma e, diante disso, o tema foi um dos itens de pauta da primeira
231 reunião do CNDH de 2019. Como resultado do debate, foi aprovada Nota Pública do CNDH em
232 repúdio ao cerceamento da liberdade de associação imposto pela MP e duas Recomendações

233 – n.ºs 1 e 2, de 7 de fevereiro de 2019). Explicou que, entre outros aspectos, a Medida define
234 que compete à Secretaria de Governo da Presidência da República, entre outros,
235 “supervisionar, coordenar, monitorar e acompanhar as atividades e as ações dos organismos
236 internacionais e das organizações não governamentais no território nacional (art. 5º, II). No
237 entendimento do CNDH, conforme expresso na nota, a redação da Medida, quando atribui a
238 estruturas ligadas a Presidência da República o papel de cerceamento da liberdade de
239 associação chama a atenção pelo seu sentido em um regime democrático e por sua
240 inconstitucionalidade. Diante desta afronta a garantias constitucionais no Brasil, o CNDH
241 manifesta extrema preocupação, apoia o questionamento de sua constitucionalidade e faz
242 chamamento público para que o texto seja prontamente retificado durante sua apreciação nos
243 próximos dias pelo Congresso Nacional. Lembrou que a Constituição Federal veda, em seu art.
244 62, a edição de medidas provisórias relativas à cidadania, assim, o Presidente da República
245 não poderia, por meio de uma MP, versar sobre matérias relativas à forma livre e independente
246 da sociedade civil em se organizar para defender os mais diversos interesses e direitos sociais,
247 econômicos, ambientais e culturais. Acrescentou que recentemente o país passou por um
248 intenso debate acerca da relação Estado e Sociedade Civil, que culminou em uma Lei e em um
249 Decreto Regulamentador. O novo Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (Lei
250 13.019/2014), regulamentada pelo Decreto nº 8.726/2016, estabeleceu normas gerais para as
251 parcerias entre a administração pública e organizações da sociedade civil, em regime de mútua
252 cooperação. Na nota, o CNDH afirma que o repúdio a este dispositivo da MP nº. 870 tem lastro
253 em sua inconstitucionalidade ao ferir a liberdade de associação. Lembrou ainda que a
254 fiscalização da licitude das atividades e da gestão de recursos públicos por entidades da
255 sociedade civil já é garantida por normas do ordenamento jurídico brasileiro, tais como as leis
256 13.019/2014, 12.845/2013 e 8.429/2002. O CNDH reitera sua defesa do Estado Democrático
257 de Direito, onde uma sociedade civil livre e vibrante tem papel central na promoção e proteção
258 dos direitos humanos para todas e todos. Seguindo, salientou que outro ponto da Medida
259 objeto de grande preocupação foi, na estruturação da organização do Governo Federal, a
260 transferência da competência sobre “terras indígenas” para o Ministério da Agricultura,
261 Pecuária e Abastecimento (MAPA), que compreende “a identificação, a delimitação, a
262 demarcação e os registros das terras tradicionalmente ocupadas por indígenas”. Essa definição
263 não representou o legítimo poder de disposição sobre organização e funcionamento da
264 administração federal, mas sim o desmantelamento da organização e funcionamento dos
265 órgãos da administração federal que possuem competência técnica, expertise, experiência,
266 recursos humanos e tradição histórica e institucional no âmbito do Estado brasileiro para
267 execução de políticas públicas voltadas à efetivação do direito à terra e à proteção dos direitos
268 humanos dos povos indígenas. Inclusive, relatou que caciques e cacicas participarão da
269 reunião do CNDH e denunciaram que estão sofrendo ameaças e lembrou o conflito desses
270 povos com o setor de expansão de área agrícola. Em resposta a este ponto da MP, disse que o
271 CNDH aprovou a Recomendação nº. 2 solicitando que a identificação, a delimitação, a
272 demarcação e os registros das terras tradicionalmente ocupadas por indígenas e o
273 licenciamento ambiental nas terras indígenas permaneça como área de competência da
274 Fundação Nacional do Índio - FUNAI. Também destacou que a recomendação aponta que a
275 transferência da política demarcatória e da atribuição de atuação no licenciamento ambiental
276 com impacto em terras indígenas podem configurar violação da dimensão objetiva do direito
277 previsto no art. 231 da Constituição – particularmente a sua faceta de direito à organização
278 adequada, com a possibilidade de traduzirem desvio de poder normativo, por visarem à
279 promoção de finalidade ilegítima – frustração de direitos fundamentais, com ofensa aos
280 princípios constitucionais da razoabilidade, eficiência, proporcionalidade e proibição do
281 retrocesso social, sem qualquer processo de consulta prévia aos povos indígenas conforme
282 preconizado pela Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, a qual o
283 Brasil é signatário. Salientou que transferir essa competência de órgão com capacidade técnica
284 (FUNAI) para órgão de caráter político (MAPA) é um retrocesso e, nas palavras da relatora da
285 ONU, caracteriza política de regressividade dos direitos para populações (que já tinham
286 problemas). Nesse sentido, a Recomendação nº. 2/2019 do CNDH dirige-se a diversos órgãos
287 propondo: ao Presidente da República - a modificação da MP nº 870/2019 com a manutenção
288 na Fundação Nacional do Índio da competência de identificação, delimitação, demarcação e os
289 registros das terras tradicionalmente ocupadas por indígenas e da atribuição de participar de
290 processos de licenciamento ambiental de empreendimentos que tenham impactos em terras
291 indígenas; ao Congresso Nacional - a não aprovação da transferência para o MAPA das
292 atribuições da Fundação Nacional do Índio da competência de identificação, delimitação,

293 demarcação e os registros das terras tradicionalmente ocupadas por indígenas e da atribuição
294 de participar de processos de licenciamento ambiental de empreendimentos que tenham
295 impactos em terras indígenas; à Procuradoria Geral da República - ingresso de Ação Direta de
296 Inconstitucionalidade (ADI) com solicitação liminar para sustar os efeitos da MP nº 870/2019,
297 relativamente à transferência para o MAPA das atribuições da Fundação Nacional do Índio da
298 competência de identificação, delimitação, demarcação e os registros das terras
299 tradicionalmente ocupadas por indígenas e da atribuição de participar de processos de
300 licenciamento ambiental de empreendimentos que tenham impactos em terras indígenas; e ao
301 Supremo Tribunal Federal - realização de audiência pública para debater a MP nº 870/2019,
302 com garantia de ampla participação social em momento anterior à apreciação definitiva da ADI
303 já proposta por Partido Político. Além desses dois aspectos, disse que a MP revogou o inciso II
304 do caput e os § 2º, § 3º e § 4º do art. 11 da Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria
305 o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o
306 direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Salientou que a ideia de ligar
307 o CONSEA à Presidência da República justifica-se pelo caráter transversal da política de
308 segurança alimentar e nutricional. Sendo assim, disse que o CNDH aprovou a Recomendação
309 nº 1/2019, recomendando a recomposição do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e
310 Nutricional para garantia de participação social e efetivo funcionamento da Política Nacional de
311 Segurança Alimentar e Nutricional. São recomendações deste documento: ao Congresso
312 Nacional - supressão do Inciso III do artigo 85 da MP nº 870/2019 (que altera a Lei Orgânica de
313 Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN e revoga atribuições, composição, lócus e
314 interlocução do CONSEA) bem como a inclusão, no artigo 24 da MP nº 870/2019, do Conselho
315 de Segurança Alimentar e Nutricional na estrutura do Ministério da Cidadania; ao Presidente da
316 Câmara dos Deputados - realização de audiência pública para debater a MP nº 870/2019, com
317 garantia de ampla participação social em momento anterior à sua apreciação definitiva; ao
318 presidente do Senado Federal - realização de audiência pública para debater a MP nº
319 870/2019, com garantia de ampla participação social em momento anterior à sua apreciação
320 definitiva; e ao Ministro da Cidadania - a recomposição do CONSEA, garantindo as suas
321 atribuições originalmente previstas na LOSAN, com participação social e efetivo
322 funcionamento, por ser medida fundamental para a implementação do SISAN e para a garantia
323 do Direito Humano à Alimentação Adequada no território nacional. Além dessas questões, falou
324 sobre outros pontos da MP que serão objeto de debate das comissões permanentes da CNDH.
325 Sobre o mundo do trabalho, disse que, diante do anúncio da extinção do Ministério do
326 Trabalho, o Conselho aprovou documento, no final de 2018, manifestando posição contrária a
327 essa iniciativa, entendendo tratar-se de regressividade dos direitos econômicos, ambientais e
328 sociais. Em que pese essa posição, a política pública do trabalho foi dividida em três
329 ministérios – Ministério da Economia (FGTS, fundo de amparo ao trabalhador); Ministério da
330 Justiça e Segurança Pública (registro sindical, o que aponta que a atividade sindical é ligada à
331 estrutura que cuida da justiça e segurança – concepção de criminalização da atividade
332 sindical); e Ministério da Cidadania (políticas de economia solidária). Também disse que o CDH
333 está debatendo o tema “trabalho escravo” e esse será pauta da comissão de segurança do
334 trabalho. Sobre a agricultura familiar, disse que a MP cria a Secretaria Nacional de
335 Cooperativismo e Agricultura Familiar e uma das preocupações refere-se à possibilidade de o
336 cooperativismo prevalecer sobre a agricultura familiar. No mais, destacou as mudanças acerca
337 das áreas de cultura e esporte e a divisão da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/MJ
338 (uma parte localizada no Ministério da Cidadania. Também disse que o sr. Quirino Cordeiro
339 Júnior deixou a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde e
340 assumiu a Secretário nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania.
341 Nesse caso, disse que uma das preocupações é que o Ministro da Cidadania foi o responsável
342 pelas mudanças recentes na política de drogas no Brasil. Disse que a mudança da área de
343 Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas para o Ministério da Cidadania reforça a visão de que será
344 drenado recursos públicos e, na visão do CNDH, todo recurso público deverá ser direcionado
345 para fortalecer as iniciativas do SUS - e não a rede privada - na lógica de ampliar a atenção
346 psicossocial, em especial os dispositivos de álcool e drogas. Acrescentou ainda que a MP
347 define como uma das atribuições da Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas é
348 implementar diretrizes de políticas de drogas, mas o CNDH entende que essas diretrizes
349 devem ser discutidas nos ministérios e nos conselhos afins. Salientou que essas propostas
350 assim como outras políticas de álcool e drogas não foram discutidas no CNS e, além disso, a
351 criação da política de álcool e drogas, sem debate com SUS e SUAS, representa uma violação
352 da CF e das leis que dispõem sobre esses espaços. Por fim, pontuou que estava em curso

353 movimento de descontinuidade dos espaços de participação social, portanto, defendeu que a
354 garantia constitucional da participação social nas políticas públicas seja uma pauta
355 interconselhos - CNS, CNDH, CNAS, entre outros - cada vez mais forte. **Manifestações.**
356 Conselheiro **José Felipe dos Santos** saudou o expositor pela explanação e reforçou sua
357 preocupação com a agenda conservadora, adotada pelo atual governo, que retirada de direitos.
358 Também lamentou o enfraquecimento das políticas voltadas a segmentos vulneráveis como
359 mulheres, população negra e LGBT e aproveitou para reiterar o pedido de recomposição do
360 comitê da saúde integral da população LGBT. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**
361 avaliou que a MP representa um ataque ao estado democrático de direito, pois afeta
362 frontalmente vários setores, inclusive o controle e a participação social. Diante disso, perguntou
363 se o CNDH iniciou movimento no Congresso Nacional para derrubar essa Medida o mais
364 rápido possível. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magno** sugeriu a definição de pauta comum
365 entre CNAS, CNDH e CNS em defesa das políticas públicas e reforçou as preocupações sobre
366 a Medida Provisória, conforme colocado pelo expositor. Também manifestou preocupação com
367 o art. 23 da MP que define como organismos do Ministério da Cidadania o CNAS e conselho de
368 políticas públicas, por entender que esse dispositivo pode possibilitar o fechamento de
369 conselhos de políticas públicas. No mais, destacou que é preciso ter atenção à pauta da saúde
370 mental e citou a Nota Técnica 11, que traz uma série de retrocessos nessa área. Conselheiro
371 **Geordeci Menezes de Souza** sentiu falta de iniciativas do CNDH acerca da reforma
372 trabalhista, que possui estreita relação com a reforma da previdência e que ampliará a
373 precarização do trabalho no país. Conselheira **Laís Alves de Souza** solicitou maior explanação
374 sobre o impacto da Medida para os trabalhadores e frisou a importância de ampliar o debate
375 deste tema no âmbito das entidades, considerando os prejuízos deste dispositivo para diversos
376 setores. Conselheira **Altamira Simões dos Santos de Souza** chamou a atenção para o
377 processo de naturalização da violência, inclusive institucionalizada por esta Medida, que
378 resultam no extermínio de grupos populacionais. Salientou que é preciso atentar para as
379 práticas desse governo porque impactam na saúde da população brasileira. Conselheiro
380 **Valdenir Andrade França** lamentou as ações do governo que visam retirar direitos dos povos
381 indígenas e afirmou que esse segmento lutará para garantir a manutenção de suas conquistas.
382 Conselheira **Myrian Coelho Cunha da Cruz** salientou que é fundamental a manifestação do
383 CNS sobre cada um dos pontos da MP, inclusive com defesa do CONSEA e da participação
384 social. Também convidou os conselheiros a participarem do ato “Banquetaço”, no dia 27 de
385 fevereiro, em mais de 15 cidades de todo o país, em defesa da manutenção do Conselho
386 Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA. Conselheiro **Antônio Lacerda**
387 **Souto** também manifestou preocupação com a MP e frisou que incluir os setores da agricultura
388 familiar e do agronegócio em uma mesma secretaria representa um retrocesso, por se tratarem
389 de duas questões distintas. Disse que essa iniciativa demonstra a forma de forma de
390 organização do Estado que privilegia o grande capital e traz muitas perdas. Conselheiro
391 **Wilson Hiroshi** sugeriu que o CNS aprove documento recomendando o adiamento da votação
392 da MP para avaliação mais aprofundada do CNS e das entidades que o compõe. Lembrou
393 também que foram apresentadas quase 550 emendas à Medida e algumas atendem as
394 preocupações colocadas no debate. Conselheiro **Márcio Florentino Pereira** destacou a
395 importância do debate deste tema e avaliou que o atual governo dava continuidade à agenda
396 política, econômica e social do governo anterior (conjunto de ações que apontam para um
397 projeto ultraliberal, conversador, antidemocrático, antinacional). Destacou a importância de
398 definir agenda política para responder à situação e, nesse sentido, sugeriu que o CNS realize,
399 com a máxima brevidade, um ato no Congresso Nacional contra a Medida Provisória e em
400 defesa da Constituição Federal, organizado pelos três conselhos nacionais (CNS, CNAS e
401 CNDH), em articulação com outros órgãos como OAB, CNBB. Conselheira **Denise Torreão**
402 **Correa da Silva** agradeceu a Mesa Diretora do CNS por ter acatado a solicitação do FENTAS
403 para pautar este tema e elogiou a explanação feita pelo Presidente do CNDH. Explicou que o
404 FENTAS debateu a Medida na última reunião e, como resultado, propõe os seguintes
405 encaminhamentos: elaborar recomendação do CNS ao Congresso Nacional solicitando
406 realização de audiência pública naquela Casa para ampliar o debate desta Medida; e realizar
407 reunião conjunta do CNS, CNDH e CNAS a fim de avaliar o impacto desta Medida e de outras
408 iniciativas adotadas pelo governo para a sociedade. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**
409 interveio para informar que 12% das emendas apresentadas à Medida Provisória refere-se ao
410 CONSEA e frisar a importância de manter contato com parlamentares e solicitar apoio à
411 retirada da Medida. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** solicitou a atenção do CNDH ao
412 problema do trabalho escravo, que já ocorre no país e para o ataque ao movimento social. No

413 mais, frisou que é preciso ação urgente e articulada dos vários setores da sociedade contra as
414 medidas do governo que retiram direitos. Conselheiro **Artur Custódio Moreira de Sousa**
415 saudou o presidente do CNDH pela apresentação e apresentou duas proposições: criar GT
416 vinculado à Mesa Diretora do CNS para definir medidas rápidas contra a MP; retomar a
417 discussão sobre o fórum interconselhos; e garantir a presença de observador do CNS na
418 reunião do CNDH e um representante deste nas reuniões do CNS. Por fim, destacou a
419 importância de ação articulada porque os conselhos de políticas públicas estão ameaçados de
420 extinção e solicitou proteção especial ao Conselho de Direitos das Pessoas com Deficiência.
421 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, diante da complexidade dessa Medida, propôs as
422 seguintes ações: mobilizar as entidades que compõem o Conselho para debater a MP e definir
423 posicionamento acerca da Medida o mais breve possível; e realizar grande ato contra a MP no
424 Congresso Nacional, com ampla mobilização de entidades. Conselheiro **José Araújo da Silva**
425 manifestou preocupação com as ações do governo que enfraquecem o controle social, com
426 desativação de conselhos e desfinanciamento e frisou a importância de ação conjunta desses
427 órgãos contra essas medidas. Conselheiro **Alceu Kuhn** reforçou a importância de definir
428 agenda comum de entidades para ter linguagem única na defesa das conquistas e direitos. No
429 caso do CONADE, disse que não estava se reunindo e a estrutura encontrava-se bastante
430 fragilizada. **Retorno da mesa.** O presidente do CNDH, **Leonardo Pinho**, respondeu às
431 intervenções do Pleno, pontuando que: o Estatuto da pessoa com deficiência e a Lei Brasileira
432 de Inclusão possuem caráter constitucional, sendo obrigatória a participação social das
433 pessoas com deficiência e, portanto, a ausência de reuniões do CONADE fere a Constituição
434 Federal; Comentário Nacional da Organização das Nações Unidas - ONU detalha a
435 participação social das pessoas com deficiência; o governo possui legitimidade para definir
436 medidas, mas não pode ferir direitos constitucionais; Central Única dos Trabalhadores - CUT
437 definiu agenda em torno do debate da reforma trabalhista e movimento sindical participou desta
438 discussão durante as eleições presidenciais - o mundo do trabalho também envolve os direitos
439 econômico e social; dois pontos da MP - 611 A e 611 B ferem direito trabalhista,
440 especificamente sobre acordo coletivo; as entidades da sociedade civil formaram frente de
441 defesa da democracia e dos direitos humanos, a fim de defender a Constituição Federal, o
442 estado democrático de direitos e a progressividade dos direitos econômicos, sociais e
443 ambientais; prorrogar a MP n.º 870, da forma como está, não é uma boa estratégia, assim,
444 uma das saídas seria incidir sobre pontos da Medida (emendas); MP é uma prerrogativa do
445 Executivo, assim, é preciso apontar violações, com disputa no Congresso Nacional; o CNS
446 deve priorizar as emendas e incidir sobre elas; foi publicada nota técnica com mudanças na
447 política antimanicomial (centralidade dos hospitais psiquiátricos, prioridade às comunidades
448 terapêuticas, retorno de eletrochoques), mas este documento desapareceu – se necessário, o
449 CNDH irá solicitá-lo – essa questão reflete mudanças feitas, nos últimos dois anos, na Política
450 Nacional de Saúde Mental e Drogas; o CONSEA é estratégico inclusive para sustentabilidade
451 da agricultura familiar no Brasil; e devem ser pontos centrais e inegociáveis acerca da MP –
452 garantia da liberdade de associação, política pública construída e executada pelo controle
453 social, instrumentos de participação social, CONSEA e saúde indígena. Na sequência, a
454 coordenação da mesa fez uma síntese dos encaminhamentos que surgiram do debate e foram
455 feitos os seguintes acréscimos: garantir a participação no 4º Fórum de Direitos Humanos e
456 Saúde Mental, na Bahia, em junho de 2019; solicitar o apoio da comissão de mulheres do
457 Congresso Nacional à luta contra a MP; e não criar GT, mas sim delegar à Mesa Diretora do
458 CNS a tarefa de apoiar a organização das ações acerca dessa agenda. Após essa fala, a mesa
459 colocou em votação as propostas. **Deliberação: o Pleno aprovou as seguintes propostas: 1)**
460 **definir agenda conjunta do CNS com outros conselhos temáticos (CNAS, CNDH, entre**
461 **outros), envolvendo as comissões intersetoriais do CNS com destaque para CIAN, CISI,**
462 **CIASCV); 2) elaborar recomendação do CNS com o posicionamento deste Conselho**
463 **acerca da MP n.º 870/2019 (o texto seria apreciado no último item da pauta); 3) mobilizar**
464 **as entidades que compõem o Conselho para debater a MP e definir posicionamento**
465 **acerca da Medida o mais breve possível; 4) negociar a realização de audiência pública**
466 **para ampliar o debate desta Medida; 5) realizar grande ato contra a Medida no Congresso**
467 **Nacional, com mobilização de outras entidades, além dos conselhos, como CNBB, OAB,**
468 **entre outras; 6) remeter, para avaliação da Mesa Diretora, a proposta de criar GT para**
469 **apoiar a organização das ações acerca dessa agenda (debater, inclusive a proposta de**
470 **garantir a participação de representantes do CNS no 4º Fórum de Direitos Humanos e**
471 **Saúde Mental, que será realizado na Bahia). ITEM 4 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA**
472 **EM PESQUISA - CONEP - Apresentação: conselheiro Jorge Alves de Almeida Venâncio,**

473 coordenador da CONEP. *Coordenação:* conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**,
474 da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do
475 CNS. O coordenador da CONEP apresentou as mudanças centrais sugeridas pelo Deputado
476 Hiran Gonçalves no documento substitutivo ao PL nº 7.082 (essa apresentação foi a mesma
477 feita pelo coordenador da CONEP na Comissão de Seguridade Social e Família). Nas
478 considerações iniciais, destacou que o Projeto em tramitação é negativo e a sua lógica é criar
479 “estatuto do patrocinador”, sem priorizar os participantes de pesquisa. Lembrou que o Sistema
480 CEP/CONEP coordena 832 Comitês de Ética em Pesquisa – CEP e explicou que o prazo de
481 tramitação dos processos atualmente era de 26 dias (dentro dos padrões internacionais). Dito
482 isso, passou à exposição, explicando, inicialmente, que o Deputado Hiran Gonçalves propôs
483 documento substitutivo ao PL nº 7.082 por meio de seus pareceres, na CSSF, trazendo
484 modificações substanciais no texto original aprovado na CCTCI, sobretudo no que diz respeito
485 à composição da CONEP e às condições de acesso pós-estudo. Feito esse preâmbulo, passou
486 à análise do texto. **Do acesso pós-estudo. Art. 36.** O patrocinador e o pesquisador deverão
487 avaliar a necessidade da continuidade do tratamento com o medicamento experimental após o
488 término da participação de cada indivíduo no ensaio clínico, antes, durante e após o término
489 programado do ensaio, assegurando a observância dos critérios determinantes para a sua
490 aplicação, estabelecidos nesta Lei. **Comentário:** Há conflito de interesse evidente ao permitir
491 que o patrocinador decida sobre a necessidade da continuidade do tratamento. Tal conflito
492 enfraquece o participante de pesquisa nos benefícios que a pesquisa pode trazer a ele. **Art. 43.**
493 O pesquisador e o patrocinador avaliarão o momento em que o fornecimento pós-ensaio clínico
494 do medicamento experimental deverá ser interrompido, mediante o estabelecido pelo
495 planejamento do ensaio clínico, conforme art. 39 desta Lei. **Parágrafo único.** Aplica-se ao
496 caput deste artigo ao menos uma das seguintes condições para a interrupção do fornecimento
497 pós-ensaio clínico do medicamento experimental ao participante da pesquisa: I – decisão do
498 próprio participante da pesquisa ou, quando esse não puder expressar validamente sua
499 vontade, pelos critérios especificados no inciso I do art. 29 desta Lei; ou II – cura da doença ou
500 do agravo à saúde, alvos do ensaio clínico, ou introdução de alternativa terapêutica satisfatória
501 disponível, fato devidamente documentado pelo pesquisador; ou III – quando o uso continuado
502 do medicamento experimental não trouxe benefício ao participante da pesquisa, considerando-
503 se a relação risco-benefício fora do contexto do ensaio clínico, ou aparecimento de novas
504 evidências de riscos relativos ao perfil de segurança do medicamento experimental, fato
505 devidamente documentado pelo pesquisador; ou IV – quando houver reação adversa que, a
506 critério do pesquisador, inviabilize a continuidade do medicamento experimental, mesmo diante
507 de eventuais benefícios; ou V – impossibilidade de obtenção ou fabricação do medicamento
508 experimental por questões técnicas ou de segurança, devidamente justificadas; ou VI – após,
509 no máximo, dois anos da disponibilidade comercial do medicamento experimental no país; ou
510 VII – após cinco anos da disponibilidade comercial do medicamento experimental no país
511 destinado a doenças raras e ultrarraras, conforme estabelecido pela Organização Mundial de
512 Saúde; ou VIII – quando o medicamento experimental estiver disponível na rede pública de
513 saúde. **Comentários: Inciso II:** ao definir que o medicamento experimental poderá ser
514 descontinuado quando houver “alternativa terapêutica satisfatória disponível”, o patrocinador
515 exime-se da obrigação de manter o tratamento, mesmo havendo benefício clínico aos
516 participantes da pesquisa com o medicamento experimental. Tal proposição está em
517 desacordo com as normas de ética em pesquisa no país e que favorece única e
518 exclusivamente o patrocinador. **Comentários: Inciso VI:** ao definir o prazo máximo de dois
519 anos de acesso pós-estudo (após a disponibilização comercial), o patrocinador limita
520 significativamente o direito dos participantes de pesquisa. Além disso, este máximo não está
521 garantido. O patrocinador pode propor estudos sem pós-estudo. Deve-se recordar que a
522 maioria dos participantes no país é atendida no SUS e a interrupção do fornecimento do
523 medicamento experimental poderá trazer prejuízo aos participantes, sobretudo se o
524 medicamento estiver disponível somente na esfera privada e tiver custo elevado. Há aqui um
525 risco elevado de judicialização para se conseguir acesso ao medicamento. **Comentários:**
526 Inciso VII: É totalmente anulado pelo inciso VI. Vale lembrar que basta um inciso ser positivo,
527 pelo caput do parágrafo, para o pós-estudo ser suspenso. **Segundo Inciso VII:** a Conep tem a
528 compreensão de que o patrocinador é responsável pelo fornecimento pós-estudo pelo período
529 que for necessário, mesmo que o medicamento já esteja disponível na rede pública. Não há
530 razão para o patrocinador transferir a sua responsabilidade às contas do Ministério da Saúde,
531 especialmente em um quadro de verbas congeladas e flagrante falta de medicamentos que já
532 vem ocorrendo. Esta proposta agrava esta carência. Do uso do placebo O **Art. 35** diz respeito

533 ao uso de placebo em pesquisa clínica e traz modificação no texto originalmente proposto pela
534 CCTIC. Texto original da CCTIC (após emenda do Deputado Afonso Motta): “O uso exclusivo
535 de placebo só é admitido quando inexistirem métodos comprovados de profilaxia, diagnóstico
536 ou tratamento para a doença objeto da pesquisa clínica, conforme o caso, e desde que os
537 riscos ou os danos decorrentes do uso de placebo não superem os benefícios da participação
538 na pesquisa. Parágrafo único. Em caso de uso de placebo combinado com outro método de
539 profilaxia, diagnóstico ou tratamento, o participante da pesquisa não pode ser privado de
540 receber **o melhor tratamento ou procedimento que seria realizado na prática clínica**”.
541 Texto proposto no substitutivo: “O uso exclusivo de placebo só é admitido quando inexistirem
542 métodos comprovados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento para a doença objeto da
543 pesquisa clínica, conforme o caso, e desde que os riscos ou os danos decorrentes do uso de
544 placebo não superem os benefícios da participação na pesquisa. Parágrafo único. Em caso de
545 uso de placebo combinado com outro método de profilaxia, diagnóstico ou tratamento, o
546 participante da pesquisa não pode ser privado de receber o melhor tratamento **ou no mínimo**
547 **o preconizado pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da**
548 **Saúde ou documento equivalente**”. Embora a proposta de mudança esteja alinhada com o
549 item III.3.b da Resolução CNS n° 466 de 2012 (que versa sobre a eticidade do uso de placebo
550 em pesquisa), não há especificação sobre o que representaria o “documento equivalente” ao
551 PCDT citado no Art. 35 do substitutivo, abrindo margem a interpretações dúbias, incluindo a
552 realização de tratamentos não admitidos pelo Ministério da Saúde ou conhecidamente
553 ineficazes. DA COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA
554 CLÍNICA: Os artigos 8° a 14, que versam sobre a composição da Conep, não estavam
555 presentes no texto original aprovado pela CCTIC, sendo, portanto, novas inserções propostas
556 no substitutivo. Todos os artigos inseridos foram baseados originalmente na Resolução CNS
557 n°446 de 2011, havendo, contudo, modificações deliberadas para remover a participação do
558 Conselho Nacional de Saúde, passando a responsabilidade integralmente à Secretaria de
559 Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde pela escolha e
560 nomeação dos membros, abolindo a atual Comissão Paritária entre a Conep e o Ministério para
561 analisar os currículos enviados pelos CEP. A composição proposta é a seguinte: “Art. 9°. A
562 CONEP terá composição multi e transdisciplinar e será composta por 30 (trinta) membros
563 titulares e respectivos suplentes, sendo os titulares distribuídos da seguinte forma: I – 10 (dez)
564 representantes de Comitês de Ética em Pesquisa – CEP; (redução de 22 para 10 membros,
565 correspondendo a 55% - observação nossa); II – 3 (três) representantes da Secretaria de
566 Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS; III – 1 (um) representante da
567 Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS; IV – 1 (um) representante da Secretaria de
568 Vigilância em Saúde – SVS/MS; V – 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários
569 Estaduais de Saúde – CONASS; VI – 1 (um) representante do Conselho Nacional de
570 Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; VII – 1 (um) representante do Conselho
571 Federal de Medicina – CFM; VIII – 1 (um) representante da Sociedade Brasileira de Bioética –
572 SBB; IX – 1 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa; X – 4
573 (quatro) representantes do Conselho Nacional de Saúde – CNS; XI – 1 (um) representante do
574 Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações – MCTIC; XII – 1 (um)
575 representante dos participantes de pesquisas; XIII – 4 (quatro) representantes de Sociedades
576 Médicas.” Chama a atenção a modificação proposta pelo substitutivo acerca da composição da
577 Conep (Art. 9° do PL 7.082) em relação ao estabelecido originalmente na Resolução CNS n°
578 446 de 2011, propondo redução substancial da participação dos Comitês de Ética em Pesquisa
579 e do Conselho Nacional de Saúde, e ampliando a participação do Ministério da Saúde, além de
580 outras entidades que não têm vínculo com o Sistema CEP/Conep, mas com representação
581 política, como os representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
582 (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do
583 Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações – MCTIC. Por fim, o Art. 14
584 define que “A CONEP será coordenada pelo Secretário da Secretaria de Ciência, Tecnologia e
585 Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde que indicará o Secretário executivo que exercerá
586 a gestão administrativa da Comissão”. Essas modificações demonstram a explícita intenção do
587 legislador em remover a independência da Comissão, anular o controle social e transformá-la
588 inapropriadamente em uma comissão política, em detrimento dos direitos dos doentes que
589 participam nas pesquisas clínicas. Em suma, disse que o projeto representa um retrocesso,
590 com alto risco de complicações, pois privilegia seleção política, desequilibra as representações
591 profissionais (contemplada apenas a Medicina), entre outros. Diante dessa situação, disse que
592 a CONEP elaborou uma proposta de substitutivo que será debatida na próxima reunião da

593 Comissão e apresentada ao Pleno do CNS. Como encaminhamento, propôs trabalhar com esta
594 proposta de modificação do PL n°. 7.082/2017, em elaboração pela CONEP, iniciando
595 articulação com a nova composição do Congresso Nacional a fim de sensibilizar parlamentares
596 para esta proposta de substitutivo. Aberta a palavra ao Pleno, foram apresentadas as seguintes
597 propostas: pautar a proposta de modificação do PL n°. 7.082/2017, em elaboração pela
598 CONEP, na próxima reunião do CNS, para debate e deliberação (após debate no âmbito da
599 Comissão, enviar a proposta com antecedência aos conselheiros, para conhecimento); iniciar
600 articulação com a nova composição do Congresso Nacional e negociar a realização de
601 audiência pública e/ou seminário sobre o tema na linha de buscar apoio dos parlamentares à
602 proposta da CONEP/CNS; promover diálogo com parlamentares para sensibilizar para a
603 proposta de substitutivo da CONEP; levar a discussão do tema para diversos fóruns; e solicitar
604 audiência com o Ministro de Estado da Saúde para discutir este tema, assegurando a
605 participação do Secretário de Ciência e Tecnologia do MS, dos integrantes da Mesa Diretora e
606 do coordenador da CONEP. Além dessas proposições, os conselheiros esclareceram dúvidas
607 acerca do tema. Diante dos pedidos de esclarecimentos, o coordenador da CONEP explicou
608 que: o Projeto será incluído na pauta da Comissão de Seguridade Social e Família –
609 CSSF, após escolha do presidente; a CONEP já iniciou articulação com parlamentares e no
610 Congresso Nacional; a proposta de substitutivo tem como base as resoluções do CNS;
611 integrantes da CONEP podem participar das conferências livres para tratar do tema; a
612 negociação deverá ocorrer em torno das emendas e o substitutivo terá papel de mobilizar; há
613 questões inegociáveis que precisam ser defendidas; a aproximação do CNS com a CONEP é
614 de suma importância; e encaminhará a proposta da CONEP tão logo for concluída - até o dia 7
615 de março. Na sequência, a mesa fez uma síntese dos encaminhamentos e colocou em
616 votação. **Deliberação: o Plenário aprovou as seguintes propostas: 1) pautar a proposta de**
617 **modificação do PL n°. 7082/2017, em elaboração pela CONEP, na próxima reunião do**
618 **CNS, para debate e deliberação (a proposta será debatida no âmbito da Comissão e, em**
619 **seguida, enviada com antecedência aos conselheiros, para conhecimento); 2) iniciar**
620 **articulação com a nova composição do Congresso Nacional e negociar a realização de**
621 **audiência pública e/ou seminário sobre o tema na linha de buscar apoio dos**
622 **parlamentares à proposta da CONEP/CNS; 3) promover diálogo com parlamentares para**
623 **sensibilizar para a proposta de substitutivo da CONEP; 4) levar a discussão do tema para**
624 **diversos fóruns; e 5) solicitar audiência com o Ministro de Estado da Saúde para discutir**
625 **este tema, assegurando a participação do Secretário de Ciência e Tecnologia do MS, dos**
626 **integrantes da Mesa Diretora e do coordenador da CONEP.** Definido esse ponto, às 13h30,
627 a mesa interrompeu para o almoço. Estiveram presentes os seguintes conselheiros na manhã
628 do primeiro dia de reunião: **Titulares - Altamira Simões dos Santos de Souza**, Rede Nacional
629 Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e Aids; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduelo**,
630 Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras – SUPERANDO;
631 **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Lacerda**
632 **Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares
633 – CONTAG; **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
634 Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de
635 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Carlos de Souza**
636 **Andrade**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC; **Denise**
637 **Torreão Correa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFA; **Dulcilene Silva Tiné**,
638 Federação Brasileira de Hospitais – FBH; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço
639 Social – CFESS; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de
640 Moradores – CONAM; **Gerídice Lorna Andrade de Moraes**, Associação Brasileira de
641 Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos
642 Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINTAPI/CUT; **José Eri Borges de**
643 **Medeiros**, Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Joana**
644 **Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **José Araújo da**
645 **Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **José Felipe dos Santos**, Articulação Brasileira de
646 Gays – ARTGAY; **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
647 Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA;
648 **Lais Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO;
649 **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Luiz Carlos**
650 **Medeiros de Paula**, Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes – FENAD;
651 **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Marisa Helena Alves**,
652 Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação

653 Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde;
654 **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais –
655 ABRATO; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE;
656 **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria
657 do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; e **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de
658 Mulheres – UBM. *Suplentes* - **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares –
659 CMP; **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária –
660 CFMV; **Alceu Kuhn**, Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Allan Nuno Alves de**
661 **Sousa**, Ministério da Saúde; **Ana Clébea Nogueira Pinto de Medeiros**, Federação Brasileira
662 de Instituições Filantrópicas de Apoio a Saúde da Mama – FEMAMA; **Ana Paula Batista**
663 **Soledade**, Associação Brasileira dos Ostomizados – ABRASO; **Carlos Alberto Eilert**,
664 Conselho Federal de Educação Física - CONFEFC; **Casemiro dos Reis Júnior**, Federação
665 Médica Brasileira – FMB; **Djerily Marques Araújo da Silva**, Direção Executiva Nacional dos
666 Estudantes de Medicina – DENEM; **Dirceu Bartolomeu Greco**, Sociedade Brasileira de
667 Bioética – SBB; **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e
668 Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Elias Marques Ferreira**, Federação Brasileira de Hemofilia –
669 FBH; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI;
670 **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Giancarlo de**
671 **Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Giovanna de Saboia**
672 **Bastos**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Gláucia Tamayo Hassler Sugai**,
673 Ministério das Cidades; **Ilda Angêlica Corrêia**, Confederação Nacional dos Agentes
674 Comunitário de Saúde – CONACS; **Joana Indjaian Cruz**, Associação de Controle do
675 Tabagismo Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos – ACT; **Jorge Alves de Almeida**
676 **Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Karla Larica Wanderley**,
677 Ministério da Saúde; **Lázaro de Souza Bento**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e
678 Trabalhadoras na Agricultura Familiar no Brasil - CONTRAF BRASIL; **Lenise Aparecida**
679 **Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Luiz Alberto Catanoso**,
680 Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDNAPI/FS; **Márcio**
681 **Florentino Pereira**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Maria Laura**
682 **Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Myrian Coelho**
683 **Cunha da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; **Rodrigo dos Santos Santana**,
684 Ministério da Saúde; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil –
685 CNBB; e **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia - CFF.
686 Retomando, às 14h15, a mesa foi recomposta para o item 5 da pauta. **ITEM 5 –**
687 **INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NA ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE** - *Apresentação:*
688 **Carmelita Ribeiro Filha Coriolano**, Coordenadora Geral de Hanseníase e Doenças em
689 Eliminação - SVS/MS; **Odila Brigido de Sousa**, Coordenadora Geral da Política de Atenção à
690 Saúde da Pessoa com Deficiência - DAPES/SAS/MS; **Rita Helena do Espírito Santos Borret**,
691 Representante da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC; **Artur**
692 **Custódio Moreira de Sousa**, Representante do Movimento de Reintegração das Pessoas
693 Atingidas pela Hanseníase – MORHAN. *Coordenação:* conselheira **Vanja Andréa Reis dos**
694 **Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, da
695 Mesa Diretora do CNS. A primeira expositora foi a Coordenadora Geral da Política de Atenção
696 à Saúde da Pessoa com Deficiência - DAPES/SAS/MS, **Odila Brigido de Sousa**, que
697 apresentou balanço das ações 2018, pontuando avanços e desafios na eliminação da
698 hanseníase. Começou explicando que o Plano Plurianual - PPA 2016-2019 definiu cinco metas
699 em relação à integralidade da atenção na eliminação da hanseníase: 1) Implantar 98 Centros
700 Especializados em Reabilitação – CER. 2) Implantar 50 oficinas ortopédicas no País. 3) Ofertar
701 98 novos veículos adaptados acessíveis para transporte de pessoas com deficiência. 4)
702 Ampliar o acesso à Triagem Auditiva Neonatal por meio da equipagem de 737 maternidades no
703 país. 5) Elaborar e publicar 8 novas Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.
704 No que diz respeito à meta 1, Implantar 98 CER, passando de 124 para 222 CER em
705 funcionamento, explicou que foram 217 CER Habilitados até 14 de fevereiro de 2019, com a
706 seguinte situação: 2016 – 71 previstos e 50 realizados; 2017 – 57 previstos e 10 realizados,
707 2018 – 30 previstos e 21 realizados; e 2019 – 51 previstos e ainda em desenvolvimento; total
708 do plano: 98 (em novembro de 2017, quando a ficha de qualificação foi revista, a CGSPD
709 considerou o realizado em 2016, o que era possível realizar em 2017 e o previsto para demais
710 anos: 2016 (50) + 2017 (10) + 2018 (30) + 2019 (12)=102. Cabe lembrar que a quantidade
711 prevista para 2016 e 2017 foi aprovada pelo PNS antes de novembro de 2017); 93 realizados
712 (o total do Plano inclui 12 habilitações nos meses de novembro e dezembro de 2015 cujas

portarias foram publicadas após definição da Linha de Base da ficha de qualificação). Em relação à meta 2, implantar 50 oficinas ortopédicas no País, passando de 24 para 74 Oficinas em funcionamento, foram 36 oficinas ortopédicas habilitadas em 14 de fevereiro de 2019. Mostrou quadro com recurso de custeio (habilitação) RCPD: CER – 217 e oficina ortopédica – 36 - total Custeio/Ano – R\$ 474.636.000,00. Também mostrou recurso de Investimento RCPD - construção, reforma e ampliação - CER/OFICINA – 154; equipamentos CER, oficina e maternidade – 793 (total: 947) - total Investimento Aprovado – R\$ 571.889.379,88. No que diz respeito à meta 3, ofertar 98 novos veículos adaptados acessíveis para transporte de pessoas com deficiência, detalhou que: de 2013 a 2015 – 108: investimento de R\$ 15.719.200,00 - veículos doados entre 2013 e 2015; 2017 – 97 – investimento de R\$17.846.060,00 - em processo de doação aos gestores (previsão: dez/ 2018); e 2018 – 88: investimento de R\$ 16.190.240,00- previsão de recebimento pelo MS entre dez/2018 e jan./2019 e doação a partir de fev./2019; e total de Investimento: 49.755.500,00. No que se refere à meta 4, ampliar o acesso à Triagem Auditiva Neonatal por meio da equipagem de 737 maternidades no país, passando de 75 para 812 maternidades equipadas em funcionamento, no âmbito do Programa Viver sem Limites, detalhou as atividades realizadas em 2018: **1)** Estudo técnico - critérios de seleção: Maternidades que realizaram mais de 500 partos/ano (ano 2017 como referência), Possuir em seu quadro clínico fonoaudiólogos, prestar serviços ao SUS e não ter recebido convênios do Sistema em anos anteriores; **2)** Meta reajustada: equipar 568 maternidades: 309 maternidades filantrópicas e 259 maternidades públicas; **3)** Das maternidades filantrópicas: 10 propostas SICONV aprovadas e empenhadas em 2017: aguardando análise da DIFINV, 25 propostas SICONV aprovadas em 2018: aguardando classificação orçamentária para posterior empenho e pagamento e 100 maternidades, aguardando pré-cadastro; 10 propostas em análise de mérito, 143 propostas aguardando parecer técnico-econômico e 45 maternidades excluídas por falta de interesse e problemas fiscais; **4)** Das maternidades públicas: DAPES está em discussão com o DAB para estabelecer estratégias para elaboração de Ata de Registro de Preços. Neste ponto, mostrou quadro ilustrando o aumento do Índice de Cobertura da Triagem Auditiva Neonatal 2008 a 2017 em todas as Regiões, de 2008 a 2017, mas de forma desigual, sendo que a apenas a Região Sul foi além da meta (39%). Sobre a meta 5, elaborar e publicar 10 novas Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, no âmbito do Programa Viver sem Limite, as atividades realizadas em 2018 foram as seguintes: **1)** Diretrizes de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência no SUS: finalizar texto trabalhado pelos especialistas: até setembro/2018; envio do material para editoração: outubro/2018, e previsão de publicação de versão preliminar (*on-line*): dezembro 2018. **2)** Diretrizes para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de OPM: finalizar revisões do material para publicação (em andamento); enviar texto final para editoração: dezembro/2018; e previsão de publicação de versão preliminar (*on-line*): janeiro/2019. **3)** Diretrizes de Atenção à Mulher com Deficiência e Mobilidade Reduzida: consulta Pública nº 3, de 22 de junho de 2018 foi publicada no DOU em 5 de julho de 2018; análise das contribuições da Consulta Pública: até outubro/2018; envio do material para editoração: novembro/2018; e previsão de publicação de versão preliminar (*on-line*): dezembro 2018. **4)** Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa Idosa: sistematização dos trabalhos realizados pelo grupo técnico e ajustes pela CGSPD e COSAPI no material construído pelo GT nos anos anteriores; finalizar as revisões técnicas do material: novembro/2018; envio de solicitação de publicação da Consulta Pública: novembro/2018; e previsão de publicação da Consulta Pública: dezembro/2018. **5)** Diretrizes de Atenção à Pessoa Ostomizada: previsão de finalizar as revisões do material para envio à Consulta Pública: até dezembro/2018; previsão de publicação da Consulta Pública: janeiro/2019. Sobre publicações, disse que em 2018 foi lançado o Guia técnico de Projetos Médico-Assistenciais do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) (revisão final do documento e envio para editoração novembro/2018 e previsão de publicação de versão preliminar (*on-line*) em dezembro 2018). Sobre recursos disponíveis para o PRONAS/PCD em 2018, destacou a publicação da Portaria Interministerial nº 3.754, de 16 de novembro de 2018, referente aos recursos destinados ao PRONAS/PCD, e ficou estabelecido o valor de R\$ 108.389.688,00 para aprovação de projetos, conforme o art. 3º. (“Art. 3º No âmbito do PRONAS/PCD, o valor global máximo das deduções do imposto sobre a renda e proventos de qualquer natureza: I - para as pessoas físicas é de R\$ 3.618.656,00; e II - para as pessoas jurídicas é de R\$ 104.771.032,00. Nos últimos dois anos o valor máximo foi de 14 milhões por ano, portanto o aumento do recurso foi de aproximadamente 771%, a ser investido no ano fiscal de 2018. Destaca-se que houve abertura do prazo para a submissão de novos projetos até 14 de janeiro de 2019). Citou ainda a

773 Chamada Pública nº 35/2018 para seleção de Propostas de Projetos de Pesquisa com o tema
774 “Avaliação da Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS”, uma
775 parceria com Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde - DECIT/MS, por
776 meio do CNPQ. Detalhou que o valor total da Chamada era de R\$ 5.000.000,00 e o resultado
777 preliminar foi publicado no DOU, em 30 de novembro de 2018 (disponível em:
778 <http://resultado.cnpq.br/4692485310076151>). Destacou que as linhas de pesquisa da Chamada
779 são: estudos sobre grau de implantação da RCPCD, englobando aspectos de pactuação,
780 regulação e gestão da rede em níveis municipal, regional e estadual e análise dos serviços de
781 reabilitação habilitados como CER, com relação à adesão aos princípios e às diretrizes
782 definidos nas normativas da RCPD. Por fim, mostrou fotos de Centros Especializados de
783 Reabilitação: Teixeira de Freitas/BA - CERIV; Macapá/AP - CERIII; Ji-Paraná/RO - CERIII; Foz
784 do Iguaçu/PR - CERIV; Guarabira/PB - CERIII; Lorena/SP - CERIII; e Vilhena/RO - CERIV.
785 Seguindo, a Coordenadora Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação - SVS/MS,
786 **Carmelita Ribeiro Filha Coriolano**, fez uma apresentação geral sobre integralidade da
787 Atenção da Eliminação da Hanseníase. Começou detalhando a Estrutura Organizacional –
788 CGHDE: a) Vigilância Ambiental - Controle Vetorial, Saneamento Domiciliar e Ambiental; b)
789 Informação, Educação e Comunicação - Informações e Comunicação para a Sociedade,
790 Educação Permanente em Saúde , Mobilização e Participação Social, Empoderamento,
791 Resgate social e enfrentamento do estigma e discriminação; c) Pesquisa – Básica; Aplicada,
792 Clínica, Levantamentos Epidemiológicos e Inquéritos; Ciências Sociais e Humanas; d) Atenção
793 Integral – Prevenção, Diagnóstico oportuno, Tratamento medicamentoso e cirúrgico, Manejo
794 das morbidades, Vigilância dos casos e contatos, Reabilitação da Incapacidade Física e
795 Psicossocial, Autocuidado e Imunoprofilaxia; e) Gestão - Políticas Públicas, Gestão e
796 Planejamento, Redes de Atenção à Saúde, Monitoramento e Avaliação; e f) Informação
797 Estratégica - Vigilância Epidemiológica e Análise de informações em Saúde. Sobre a
798 hanseníase, explicou que se trata de uma doença infecciosa e crônica, cujo agente etiológico é
799 o *Mycobacterium leprae*, que afeta os nervos periféricos, causando incapacidades físicas. A
800 transmissão se dá por vias aéreas superiores, com período de incubação de 2 a 7 anos.
801 Explicou que a hanseníase requer assistência em todos os níveis de atenção à saúde, com
802 necessidade de diagnóstico precoce. Mostrou um quadro com a distribuição mundial dos casos
803 novos de hanseníase, 2017: ± 210 mil Casos Novos (CN): 150 países - 73% na Ásia; 14% nas
804 Américas; 10% na África; mais ou menos 17 mil casos (8%) em crianças; mais ou menos 12 mil
805 casos (6%) com deformidades visíveis – 238, (2%) em crianças; Índia - 1ª posição no mundo
806 126.164 (60%); e Brasil - 2ª posição 26.875 (12,7%) em casos novos. No que diz respeito à
807 situação epidemiológica da hanseníase, destacou os seguintes dados: I - 2017: **a)** Casos
808 novos: 26.875; **b)** Casos novos em menores de 15 anos: 1.718; **c)** Percentual de contatos
809 examinados: 78,9%; **d)** Percentual de Grau 2 de Incapacidade Física: 8,3%; e **e)** Percentual de
810 Cura: 81,2% (atualizado em 30/05/2018). II - Dados preliminares de 2018 (dados parciais -
811 atualização em 11 de fevereiro de 2019): **a)** Casos novos: 27.362; **b)** Casos novos em menores
812 de 15 anos: 1.620; **c)** Percentual de contatos examinados entre os registrados: 79,5%; **d)**
813 Percentual de Grau 2 de Incapacidade Física: 8,5%; e **e)** Percentual de Cura: 77,2%. Também
814 apresentou dados sobre a distribuição dos casos novos de hanseníase nos municípios
815 brasileiros, 2017: **a)** Casos novos: 2.933 municípios têm casos novos de hanseníase; SINOP,
816 Palmas, Fortaleza, Recife, São Luís e Teresina diagnosticaram acima de 400; e 905 municípios
817 diagnosticaram apenas 1 caso de hanseníase; **b)** Casos novos em menores 15 anos: 630
818 municípios diagnosticaram casos em menores de 15 anos; 343 municípios diagnosticaram 1
819 caso de hanseníase; Palmas, São Luís, Teresina e Recife diagnosticaram acima de 30 de
820 casos de hanseníase em menores de 15 anos; Taxa de detecção geral: Mato Grosso (maior –
821 124,5), Tocantins (108,86), Maranhão (43,67), Brasil (13,12); **c)** parciais de casos novos de
822 2018: 1.985; e casos novos com grau 2 de incapacidade física em menores de 15, em 2018,
823 Brasil – 37. Falou sobre a importância da hanseníase para a saúde pública, haja vista a
824 magnitude e o alto poder incapacitante e o grau 2 de incapacidade física (lagofalmo, triquíase,
825 iridociclite – urgência oftalmológica, mãos em garra, reabsorção óssea, pé caído, ferida – mal
826 perfurante plantar e reabsorção óssea). Detalhou ainda o perfil da pessoa com hanseníase -
827 adulto, homens, jovens – e fez um destaque à proporção de cura do Brasil - 77,52%, sendo o
828 Acre com o melhor índice (96,9%) e o Distrito federal com o pior indicador (54,61%). Seguindo,
829 apresentou os indicadores pactuados e instrumentos de gestão: **a)** Percentual de exames de
830 contatos domiciliares de casos novos de hanseníase: Plano Plurianual - PPA 2016-2019 -
831 Meta: 82%; Plano Nacional de Saúde 2016-2019 - Meta: 82%; Programa de Qualificação das
832 Ações de Vigilância - PQAVS 2017 - Meta: ≥80% para estados e município - implica em

833 transferência de recurso; e **b**) Percentual de cura de casos novos de hanseníase nos anos das
834 coortes: Pactuação Interfederativa 2017-2021 - Meta: conforme realidade estadual e municipal.
835 Também falou sobre a Estratégia Global 2016 – 2020, cujo objetivo é reduzir ainda mais carga
836 global da Hanseníase, considerando os seguintes indicadores: **1**) úmero de crianças com
837 diagnóstico de hanseníase e deformidades visíveis = 0; **2**) taxa de casos novos de hanseníase
838 com deformidades visíveis = < 1/ 1 milhão; e **3**) número de países com leis que permitam a
839 discriminação por hanseníase= 0. Acrescentou que os pilares desta Estratégia são os
840 seguintes: fortalecer o controle, a coordenação e a parceria do governo; combater a
841 hanseníase e suas complicações; e combater a discriminação e promover a inclusão.
842 Seguindo, explicou que, com base na estratégia global, foi definida Estratégia Nacional de
843 Enfrentamento da Hanseníase que visa reduzir a carga de Hanseníase no Brasil. Para tanto, foi
844 feita alocação dos municípios segundo grupos epidemiológicos e operacionais, 2013 a 2017:
845 Grupo 1 – Sem casos detectados: 1.118 (20%) municípios; Com casos - 4.447 (80%)
846 municípios: Grupo 2 – Detecção <10: 2.228 (50,1%) municípios – dividido de quatro subgrupos;
847 e Grupo 3 – Detecção ≥10?: 2.219 (49,9%) municípios – divididos em quatro subgrupos.
848 Seguindo, detalhou as ações em andamento: **a**) Projeto “Roda-Hans: Carreta da Saúde
849 Hanseníase”. Objetivo: Capacitar profissionais de saúde na AB em diagnóstico e manejo clínico
850 da hanseníase. Resultados 2018: 82 municípios participantes em 6 estados (PI, RO, MT, GO E
851 MG); Cerca de 1.900 profissionais capacitados. Foram aproximadamente 10.400 atendimentos,
852 com 559 casos diagnosticados, sendo 18 (3,2%) em menores de 15 anos. Para 2019: 06
853 Estados MS, BA, ES, MG, RJ e SP. Período de fevereiro a dezembro; e **b**) Abordagens
854 Inovadoras para intensificar esforços para um Brasil livre de Hanseníase 2017-2019 - 20
855 municípios em 6 estados MA, MT, PA, PE, PI e TO. 2017: Resultados; 150 US trabalhadas;
856 5.651 profissionais de saúde capacitados; 207 CN diagnosticados; 42 (20,3%) em menores de
857 15 anos. Também falou sobre o curso de Educação à Distância: EAD Hanseníase na Atenção
858 Básica, que teve início em 2014, com abordagem dos temas “Vigilância, Diagnóstico e
859 Acompanhamento da hanseníase na Atenção Básica” e carga horária de 45 horas (matrícula
860 da 8ª Turma: 07/01 a 28/06/2019). No que se refere à informação e comunicação, destacou o
861 vídeo elaborado pelo MS em atenção ao Projeto VIVA MAIS SUS, que propõe a produção de
862 vídeos sobre as doenças com impacto na saúde pública do País, com depoimento real de
863 pessoas acometidas pelas doenças e profissionais de saúde. Aborda sinais e sintomas,
864 diagnóstico, tratamento e cura, visando à sensibilização da população geral para o
865 enfrentamento de questões como o estigma e discriminação. Ainda nessa linha, destacou a
866 Campanha publicitária do Dia Mundial de Luta contra a Hanseníase 2019, lançada em janeiro
867 de 2019, para incentivar a busca ativa de casos para diagnóstico precoce e informar a
868 população sobre os sinais e sintomas da doença, tratamento e cura (renovação da campanha
869 elaborada em 2018). Além disso, informou que foram produzidos vídeos de TV sobre
870 hansenise e publicados documentos em 2017 e 2018, com informação estratégica: Saúde
871 Brasil (2017) - Capítulo: Doenças negligenciadas no Brasil: vulnerabilidades e desafios; Boletim
872 Epidemiológico (Janeiro/2018): Caracterização da Situação epidemiológica da hanseníase e
873 diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016; Manual para tabulação dos indicadores de hanseníase
874 (2018); e Guia da Política Nacional de Atenção Básica: Módulo I Integração Atenção Básica e
875 Vigilância em Saúde. Também destacou as perspectivas 2019: Curso de Formação Integral
876 Doenças Negligenciadas - Capacitação em serviço de 90 mil ACS e ACE; 10 mil profissionais
877 de nível superior; Implementar a “Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase
878 2019-2022” nos estados e municípios; Implantar a Vigilância de eventos Pós-Alta; Vigilância
879 em Resistência Medicamentosa e Recidivas, e em Menores de 15 anos com GIF 2; Vigilância
880 dos contatos – Quimioprofilaxia; Port. nº 3.431, de 24/10/2018 – Acompanhar a execução das
881 ações de prevenção e reabilitação para atender pessoas atingidas pela hanseníase que vivem
882 ou convivem nos Hospitais ex-colônias - 12 instituições: AC,AM,CE,MG,RO,SP e MS. Citou,
883 por fim, as pesquisas em andamento: Inquérito de Incapacidades Físicas na hanseníase nas
884 regiões Norte e Nordeste – FUAM; monitorar a resistência aos fármacos anti-hansênicos
885 primários e secundários – Fiocruz; e fortalecimento ao diagnóstico e manejo clínico da
886 hanseníase – UFRN e UFPA. Na sequência, expôs sobre a temática a representante da
887 SBMFC, **Rita Helena do Espírito Santos Borret**, que começou agradecendo a oportunidade
888 de participar do debate deste tema, dada a possibilidade de ouvir contribuições para definição
889 de estratégias que melhorem a abordagem acerca da hanseníase. Avaliou que a hanseníase
890 representa um desafio para o setor saúde principalmente por se tratar de uma doença
891 negligenciada, que atinge camadas menos favorecidas da população e, como tal, não é
892 priorizada. Também sinalizou que se trata de uma doença estigmatizante e isto precisa ser

893 desmistificado. Disse que outro desafio refere-se à lógica da Medicina de estudar o indivíduo
894 por partes e a hanseníase precisa de análise do todo porque afeta várias partes do corpo.
895 Lembrou, inclusive, que pouco se aprende sobre hanseníase na graduação em saúde, o que
896 dificulta o diagnóstico precoce e contribui para agravar sequelas. Diante destas peculiaridades,
897 disse que a atenção primária assume um papel primordial, pois consegue fazer uma
898 abordagem geral, com cuidados às pessoas atingidas pela hanseníase e sua família. Nesse
899 sentido, frisou que a capacitação dos profissionais de saúde para o diagnóstico precoce deve
900 ser prioridade, porque contribuiria para melhorar os indicadores acerca da doença. Além disso,
901 salientou que a atenção primária deve significar acesso às pessoas para receber os cuidados
902 necessários (o acompanhamento é necessário por cinco anos). Na sua visão, deve-se priorizar
903 duas grandes frentes no combate à hanseníase: capacitar os profissionais da atenção primária
904 para garantir diagnóstico precoce, garantir acompanhamento das pessoas e assegurar
905 integração com outros níveis de atenção; e investir em atenção primária para que os
906 profissionais sejam capazes de fazer busca ativa e garantir diagnóstico com eficácia. Afora
907 essas questões, pontuou a necessidade de enfrentar o problema da subnotificação porque
908 significa mais pessoas com hanseníase, que transmitem a doença sem saber e com sequelas
909 mais severas. Por fim, destacou que a SBMFC tem buscado incluir o tema na pauta dos
910 congressos de medicina de família e comunidade, a fim de disseminar informações sobre a
911 hanseníase. Conselheiro **Artur Custódio M. Souza** agradeceu a Mesa Diretora do CNS por
912 pautar este tema no Pleno do CNS e, neste debate, avaliou que o foco deveria ser a
913 integralidade. Explicou que a discussão sobre hanseníase naquele momento estava centrada
914 na redução do tempo do tratamento, mas outras questões fundamentais, além desse aspecto,
915 precisavam ser enfrentadas como negligência, desatenção, falta de integralidade. Falou sobre
916 os pontos de estrangulamento nessa área, destacando, inicialmente, o estigma e o preconceito
917 acerca da hanseníase que refletem nas políticas públicas, resultando, por exemplo, na falta de
918 recursos para pesquisa em medicamentos para hanseníase. Destacou que outro
919 estrangulamento refere-se à reabilitação, pois muitas pessoas com hanseníase não têm
920 acesso a este serviço pelo estigma da doença. Ademais, disse que é preciso considerar neste
921 debate a questão social na hanseníase, que atinge populações em situação de maior
922 vulnerabilidade. Na linha das proposições, sugeriu que o CNS recomendasse ao Ministério da
923 Saúde maior aproximação entre a área de reabilitação e o Programa de Hanseníase. Além
924 disso, salientou que era preciso pensar em uma política para as pessoas idosas que, na
925 juventude, foram segregados em hospitais colônias. Chamou a atenção para o desafio da
926 Coordenação de Hanseníase de lidar com a hanseníase, uma doença biológica, com profunda
927 raiz social e forte estigma e preconceito. Aproveitou para informar a realização do Encontro
928 Latino Americano e Caribenho de Pessoas Afetadas pela Hanseníase, de 11 a 14 de março de
929 2019, na Fiocruz/RJ e, na oportunidade, seria lançado observatório de direitos humanos na
930 hanseníase. Por fim, falou dos rumores de uma proposta de readequação e reorganização da
931 estrutura e processos de trabalho da SVS/MS, com unificação das coordenações e diretorias
932 que tratam das diversas patologias transmissíveis. Diante disso, sugeriu que o CNS
933 defendesse a permanência composição da forma como estava porque doenças negligenciadas
934 como a hanseníase precisavam ficar em separado para ter visibilidade. **Manifestações.**
935 Conselheira **Altamira Simões dos Santos de Souza**, na condição de voluntária do MORHAN,
936 saudou a mesa na pessoa da representante da SBMFC e destacou que a hanseníase
937 relacionava-se com questões sociais, com prevalência na população negra. Disse que a
938 prevenção envolve diversas dimensões – saúde, educação, saneamento – e, nessa linha,
939 manifestou sua preocupação com o desmonte de programas de saúde de populações
940 específicas, como a negra e indígena, sem recortes que considera as especificidades.
941 Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** agradeceu os expositores pelas falas elucidativas
942 e destacou a importância de equipe interdisciplinar e multiprofissional na atenção básica para
943 abordagem sobre a hanseníase. Diante das informações prestadas, apresentou os seguintes
944 encaminhamentos: elaborar recomendação aos conselhos de saúde para que promovam
945 debate sobre a situação da hanseníase antes das conferências estaduais de saúde; e elaborar
946 recomendação com vistas à avaliação e revisão dos indicadores e metas da Hanseníase.
947 Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello** perguntou se o Ministério da Saúde possui
948 levantamento sobre o índice de absenteísmo no tratamento da hanseníase. Conselheira
949 **Gláucia Tamayo Hassler Sugai** também saudou os integrantes da mesa e avaliou que ainda
950 falta divulgação das informações sobre hanseníase. Falou da relação entre a falta de
951 saneamento e casos de doenças como hanseníase e reiterou a importância de exigir da gestão
952 municipal um plano efetivo e eficaz de saneamento. Conselheira **Sônia Maria Feitosa Brito**,

953 após saudar as expositoras, avaliou que a hanseníase era um problema multi e intersetorial
954 que precisa de uma ampla abordagem. Explicou que a proposta de redistribuir a organização
955 da SVS/MS, com criação de dois departamentos (ao invés de um) visando a racionalização e
956 otimização de processos de trabalho. Ou seja, não se trata de reduzir a importância da
957 hanseníase. Além disso, reiterou que atenção básica e atenção especializada devem trabalhar
958 juntas no enfrentamento da hanseníase. Conselheiro **José Eri de Medeiros** lembrou que o
959 CONASEMS desenvolveu projeto articulado na área e convidou o MORHAN para debater com
960 a entidade estratégias para garantir mais recursos para ações como capacitação e formação
961 profissional. Conselheiro **Wilson Hiroshi** manifestou preocupação com o desabastecimento de
962 medicamentos, em especial da floxacina utilizada para o tratamento da hanseníase e
963 perguntou se havia pesquisas voltadas ao desenvolvimento de novas drogas para tratar essa
964 patologia. Conselheira **Elisabete Pimenta Araújo Paz** manifestou apoio à proposta de trabalho
965 articulado da atenção primária com a especializada, dada a dificuldade de garantir tratamento
966 de doenças após o diagnóstico. Também frisou que é preciso trabalhar a integração do cuidado
967 das pessoas com hanseníase. Conselheira **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho** destacou
968 que estudos apontam que o consumo de carne de tatu aumenta o risco de contrair hanseníase
969 e destacou a importância desse ponto ser incluído na educação em saúde na linha da
970 prevenção. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** chamou a atenção aos
971 desafios para eliminação da hanseníase e perguntou como avançar nessa linha diante da nova
972 PNAB, que trouxe retrocessos para a atenção básica (precarização do trabalho, indefinição de
973 papéis nas equipes). Além disso, solicitou atenção à reforma da previdência, avaliando os ônus
974 para os beneficiários, pois pessoas aposentadas por patologias e deficiências estavam
975 perdendo a aposentadoria. Destacou que era preciso debater a proposta de reorganização da
976 SVS/MS, mas sem perder as questões de especificidades para não cair na armadilha de
977 organização programática e financeira por questões economicistas. Conselheira **Maria Laura**
978 **Carvalho Bicca** destacou a luta do serviço social, inclusive para resgate de direitos de
979 pessoas atingidas pela hanseníase e frisou a importância da informação e formação para o
980 diagnóstico e tratamento. Concluídas as falas, as convidadas fizeram considerações gerais
981 sobre os pontos colocados. Na sequência, conselheiro **Artur Custódio M. Souza** passou aos
982 encaminhamentos com síntese das propostas que emergiram do debate. Além das propostas
983 já apresentadas, foram sugeridas outras: realizar reunião entre representantes das áreas
984 técnicas do MS da pessoa com deficiência e da hanseníase e as coordenações das comissões
985 do CNS - Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias – CIASPP e
986 Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD - para debater
987 possíveis ações com vistas à eliminação da hanseníase (nesta oportunidade, avaliar a
988 necessidade de compor GT para tratar do tema). **Deliberação: o Pleno aprovou, por**
989 **unanimidade, as seguintes propostas: 1) elaborar recomendação com vistas à avaliação**
990 **e revisão dos indicadores e metas da Hanseníase (o documento foi apreciado no último**
991 **item da pauta); 2) realizar reunião entre representantes das áreas técnicas do MS da**
992 **pessoa com deficiência e da hanseníase e as coordenações das comissões do CNS -**
993 **Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias – CIASPP e Intersetorial**
994 **de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD - para debater possíveis**
995 **ações com vistas à eliminação da hanseníase (nesta oportunidade, avaliar a necessidade**
996 **de compor GT para tratar do tema); 3) pautar, para debate e deliberação no Pleno do**
997 **CNS, a proposta de readequação e reorganização da estrutura e processos de trabalho**
998 **da SVS/MS (possível unificação das coordenações e diretorias que tratam sobre as**
999 **diversas patologias); e 4) sugerir aos conselhos estaduais de saúde que promovam**
1000 **debate sobre hanseníase e avalie a situação nos estados com vistas a levantar subsídios**
1001 **pra debates na 16ª Conferência. ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS**
1002 **HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT - Coordenação: conselheiro Neilton**
1003 **Araújo de Oliveira, da Mesa Diretora do CN de Saúde; e conselheira Priscilla Viégas Barreto**
1004 **de Oliveira, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação: Teresa Passarela, assessora da**
1005 **Comissão. A assessora técnica da Comissão foi a expositora neste ponto de pauta e, na linha**
1006 **de oferecer mais subsídios aos novos conselheiros, recordou que a partir 2017 a Comissão**
1007 **passou a utilizar o formeSUS para emissão de pareceres. Para isso, foi adaptado formulário no**
1008 **FormeSUS com panorama de 750 cursos analisados. Feitas essas considerações iniciais,**
1009 **passou à apresentação dos 42 processos analisados pela Comissão. I – Pareceres**
1010 **satisfatório com recomendações – 18. 1) Processo e-MEC nº 201709094. Faculdade Irecê –**
1011 **FAI. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou**
1012 **Comercial. Bahia. Irecê. Enfermagem. Reconhecimento 2) Processo e-MEC nº 201709472.**

1013 Faculdade São Leopoldo MANDIC. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos -
1014 Sociedade Civil. São Paulo. Campinas. Medicina. Reconhecimento. **3)** Processo e-MEC nº
1015 201711495. Centro Universitário Saúde ABC – CUSABC. Pessoa Jurídica de Direito Privado -
1016 Sem fins lucrativos – Fundação. São Paulo. Santo André. Psicologia. Autorização. **4)** Processo
1017 e-MEC nº 201711600. Faculdade Uninassau Garanhuns. Pessoa Jurídica de Direito Privado -
1018 Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Pernambuco. Garanhuns.
1019 Enfermagem. Autorização. **5)** Processo e-MEC nº 201711619. Faculdade Uninassau de
1020 Juazeiro do Norte. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade
1021 Mercantil ou Comercial. Ceará. Juazeiro do Norte. Enfermagem. Autorização. **6)** Processo e-
1022 MEC nº 201711658. Universidade Veiga de Almeida (UVA) – Campus Barra da Tijuca. Pessoa
1023 Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Rio de
1024 Janeiro. Rio de Janeiro. Psicologia. Autorização. **7)** Processo e-MEC nº 201711705. Faculdade
1025 Uninassau Fortaleza. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil.
1026 Ceará. Fortaleza. Odontologia. Autorização. **8)** Processo e-MEC nº 201713184. Faculdade de
1027 Teologia, Filosofia e Ciências Humanas GAMALIEL. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com
1028 fins lucrativos - Sociedade Civi. Pará. Tucuruí. Odontologia. Autorização. **9)** Processo e-MEC nº
1029 201713223. Faculdade Mogiana do Estado de São Paulo. Pessoa Jurídica de Direito Privado -
1030 Sem fins lucrativos - Associação de Utilidade Pública. São Paulo. Mogi Guaçu. Odontologia.
1031 Autorização. **10)** Processo e-MEC nº 201713237. Centro Universitário São Camilo - Espírito
1032 Santo. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos – Sociedade Civil. Espírito
1033 Santo. Cachoeiro de Itapemirim. Odontologia. Autorização. **11)** Processo e-MEC nº 201713335.
1034 Faculdade UNINASSAU Juazeiro do Norte. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins
1035 lucrativos - Sociedade Civil. Ceará. Juazeiro do Norte. Odontologia. Autorização. **12)** Processo
1036 e-MEC nº 201714278. Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu. Pessoa Jurídica de Direito
1037 Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Paraná. União da Vitória.
1038 Psicologia. Reconhecimento. **13)** Processo e-MEC nº 201715710. Centro Universitário do Vale
1039 do Araguaia. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Mato
1040 Grosso. Barra do Garças. Odontologia. Reconhecimento. **14)** Processo e-MEC nº 201800998.
1041 Centro Universitário De Várzea Grande – UNIVAG. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem
1042 fins lucrativos - Associação de Utilidade Pública. Mato Grosso. Várzea Grande. Medicina.
1043 Reconhecimento. **15)** Processo e-MEC nº 201808615. Faculdade Positivo Londrina. Pessoa
1044 Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Paraná. Londrina.
1045 Odontologia. Autorização. **16)** Processo e-MEC nº 201808685. Faculdade UNA de Betim –
1046 UMA. Pessoa Jurídica de Direito Privado - com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou
1047 Comercial . Minas Gerais. Betim. Enfermagem. Autorização. **17)** Processo e-MEC nº
1048 201809411. Instituto de Ensino Superior de Teresina – IEST. Pessoa Jurídica de Direito
1049 Privado - Sem fins lucrativos – Sociedade Civil. Piauí. Teresina. Psicologia. Autorização. **18)**
1050 Processo e-MEC nº 201815301. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.
1051 Pessoa Jurídica de Direito Público – Federal. Rio Grande do Norte. Santa Cruz. Psicologia.
1052 Reconhecimento. Não havendo manifestações, a mesa colocou em votação os pareceres
1053 enviados previamente aos conselheiros. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os**
1054 **dezoito pareceres satisfatórios com recomendações apresentados pela Comissão.**
1055 **Pareceres insatisfatórios – 24. 1)** Processo e-MEC nº 201708555. Universidade Federal do
1056 Amapá – UNIFAP. Pessoa Jurídica de Direito Público – Federal. Amapá. Oiapoque.
1057 Enfermagem. Reconhecimento. **2)** Processo e-MEC nº 201709750. Faculdade de Ensino
1058 Superior do Piauí – FAESPI. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos -
1059 Sociedade Mercantil ou Comercial. Piauí. Teresina. Psicologia. Reconhecimento. **3)** Processo
1060 e-MEC nº 201711556. FACULDADE UNINASSAU PARNAMIRIM. Pessoa Jurídica de Direito
1061 Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Rio Grande do Norte. Parnamirim. Odontologia.
1062 Autorização. **4)** Processo e-MEC nº Processo e-MEC nº 201711607. UNAMA Faculdade da
1063 Amazônia de Porto Velho. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade
1064 Mercantil ou Comercial. Rondônia. Porto Velho. Enfermagem. Autorização. **5)** Processo e-MEC
1065 nº 201711660. UNAMA FACULDADE DA AMAZÔNIA DE RIO BRANCO. Pessoa Jurídica de
1066 Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Acre. Rio Branco. Odontologia.
1067 Autorização. **6)** Processo e-MEC nº 201713224. Faculdade Mogiana do Estado de São Paulo –
1068 FAMESP. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos – Sociedade Civil. São
1069 Paulo. Mogi Guaçu. Psicologia. Autorização. **7)** Processo e-MEC nº 201713252. Centro
1070 Universitário do Norte – UNINORTE. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos -
1071 Sociedade Mercantil ou Comercial. Amazonas. Manaus. Psicologia. Autorização. **8)** Processo
1072 e-MEC nº 201715492. Faculdade FASIPE de Rondonópolis. Pessoa Jurídica de Direito Privado

1073 - Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Mato Grosso. Rondonópolis. Enfermagem. Autorização
1074 VC. **9)** Processo e-MEC nº 201716626. Faculdade Fleming Cerquilha. Pessoa Jurídica de
1075 Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil. São Paulo. Cerquilha. Odontologia.
1076 Autorização VC. **10)** Processo e-MEC nº 201807862. Faculdade Estácio de Feira de Santana.
1077 Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial.
1078 Bahia. Feira de Santana. Psicologia. Autorização. **11)** Processo e-MEC nº 201808186. Christus
1079 Faculdade do Piauí. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil.
1080 Piauí. Piri-piri. Odontologia. Autorização. **12)** Processo e-MEC nº 201808481. Instituto de Ensino
1081 Superior da Grande Florianópolis – IESGF. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins
1082 lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Santa Catarina. São José. Psicologia.
1083 Autorização. **13)** Processo e-MEC nº 201808482. Faculdade Mato Grosso do Sul – FACSUL.
1084 Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial.
1085 Mato Grosso do Sul. Campo Grande. Psicologia. Autorização. **14)** Processo e-MEC nº
1086 201808510. Instituto Itapetiningano de Ensino Superior – IIES. Pessoa Jurídica de Direito
1087 Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. São Paulo. Itapetininga.
1088 Psicologia. Autorização. **15)** Processo e-MEC nº 201808513. Faculdade de Palmas – FAPAL.
1089 Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial.
1090 Tocantins. Palmas. Psicologia. Autorização. **16)** Processo e-MEC nº 201808592. Faculdade
1091 Una de Divinópolis. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos – Fundação. Minas
1092 Gerais. Divinópolis. Odontologia. Autorização. **17)** Processo e-MEC nº 201808684. Faculdade
1093 Una de Divinópolis – Uma Divinópolis. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos
1094 - Sociedade Civil. Minas Gerais. Divinópolis. Psicologia. **18)** Processo e-MEC nº 201808809.
1095 Faculdade ESAMC Uberlândia – ESAMC. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins
1096 lucrativos - Sociedade Mercantil ou Comercial. Minas Gerais. Uberlândia. Psicologia. **19)**
1097 Processo e-MEC nº 201809048. Faculdade Especializada na Área de Saúde do Rio Grande do
1098 Sul – FASURGS. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Com fins lucrativos - Sociedade
1099 Mercantil ou Comercial. Rio Grande do Sul. Passo Fundo. Psicologia. **20)** Processo e-MEC nº
1100 201809278. Centro Universitário Filadélfia. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins
1101 lucrativos – Fundação. Paraná. Londrina. Odontologia. **21)** Processo e-MEC nº 201809292.
1102 Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem
1103 fins lucrativos – Fundação . Rio de Janeiro. Teresópolis. Psicologia. **22)** Processo e-MEC
1104 nº 201809331. Universidade Santa Úrsula. Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins
1105 lucrativos - Associação de Utilidade Pública. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Odontologia. **23)**
1106 Processo e-MEC nº 201809371. Faculdade Ieducare – FIED. Pessoa Jurídica de Direito
1107 Privado - Com fins lucrativos - Sociedade Civil. Ceará. Tianguá. Odontologia. **24)** Processo e-
1108 MEC nº 201809511. Instituto Superior da Convenção Nacional das Assembleias de
1109 Deus Pessoa Jurídica de Direito Privado - Sem fins lucrativos – Sociedade Civil. Distrito
1110 Federal. Brasília. Enfermagem. Não havendo manifestações, após a apresentação dos
1111 pareceres, a mesa colocou em votação. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os 24**
1112 **pareceres insatisfatórios.** Na sequência, a assessora técnica da CIRHRT/CNS, **Mirian**
1113 **Benevides**, apresentou o Calendário de Reuniões Ordinárias da CIRHRT em 2019: Janeiro -
1114 195ª RO/CIRHRT - 23 e 24 de janeiro; Fevereiro - 196ª RO/CIRHRT: 4 e 5 de fevereiro; Março
1115 - 197ª RO/CIRHRT: 7 e 8 de março; Abril - 198ª RO/CIRHRT: 2 e 3 de abril; Maio - 199ª
1116 RO/CIRHRT: 29 e 30 de abril; Junho - 200ª RO/CIRHRT: 4 e 5 de junho; Julho - 201ª
1117 RO/CIRHRT: 2 e 3 de julho; Agosto - 202ª RO/CIRHRT: 14 e 15 de agosto; Setembro - 203ª
1118 RO/CIRHRT: 3 e 4 de setembro; Outubro - 204ª RO/CIRHRT: 1 e 2 de outubro; Novembro -
1119 205ª RO/CIRHRT: 29 e 30 de outubro; e Dezembro - 206ª RO/CIRHRT: 3 e 4 de dezembro.
1120 **Deliberação: aprovado, com uma abstenção, o calendário de reuniões ordinárias da**
1121 **CIRHRT em 2019, conforme apresentado.** Conselheiro **Wilson Hiroshi** interveio para solicitar
1122 que a CIRHRT/CNS avalie também os processos do curso de Farmácia. Por fim, conselheira
1123 **Djerlly Marques Araújo da Silva** fez um informe sobre a XI Bienal dos Estudantes 2019,
1124 realizada de 6 a 10 de fevereiro, em Salvador/BA. A bienal comemorou 20 anos e nos cinco
1125 dias, os estudantes participaram de oficinas, rodas de discussão, debates, conferências,
1126 mostras estudantis e atividades culturais. **ITEM 7 – SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE**
1127 **INDÍGENA - Apresentação: Marco Antonio Toccolini**, Secretário Especial de Saúde Indígena
1128 – SESAI/MS; **Rodrigo César Faleiros**, representante do Conselho Nacional de Secretarias
1129 Municipais de Saúde – CONASEMS; e conselheiro **Ailson dos Santos** (“Yssô Truká”),
1130 representante do Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena –
1131 FPCONDISI. **Coordenação: conselheiro Jurandi Frutuoso Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e
1132 conselheira **Elaine Junger Pelaez**, da Mesa Diretora do CNS. Composta a mesa, o

1133 coordenador saudou os integrantes da mesa e os representantes indígenas presentes à
1134 reunião. Lembrou que, na última reunião do CNS, o Pleno decidiu pautar o debate deste tema,
1135 com o intuito de definir estratégias para melhorar a Política de Saúde Indígena. Explicou que
1136 CONASS e CONASEMS acompanham as discussões sobre saúde indígena, inclusive com
1137 representação na comissão organizadora da 6ª CNSI. Feitas essas considerações iniciais,
1138 abriu a palavra aos convidados para explanação. O primeiro apresentador foi o Secretário da
1139 SESAI/MS, **Marco Antonio Toccolini**, que apresentou um balanço da gestão da SESAI/MS
1140 em 2017/2018. Começou com a base legal sobre saúde indígena: Constituição Federal de
1141 1988 – Artigos 196, 231 e 232; Lei 8.080/1990 – Lei do SUS e Lei 8.142/1990 participação
1142 comunidade; Lei 9.836/1999 – Lei do SASISUS – Lei Arouca; Decreto 5.051/2004 – Convenção
1143 nº 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT; Declaração das Nações Unidas sobre
1144 os Direitos dos Povos Indígenas/2007; Decreto 7.336/2010 - Criação SESAI (Lei 12.314/2010);
1145 Regimento Interno SESAI – Portaria 1.419/2017; Portaria nº 254/2002 - PNASPI – Portaria de
1146 Consolidação nº 2/2017, Anexo XIV; Portaria nº 2.759/2007 – Saúde Mental Populações
1147 Indígenas; criação do FPCONDISI - Portaria Ministerial GM/MS nº 755/2012; e Portaria do
1148 IAEPI – Portaria nº 2.663/2017 – Portaria de Consolidação nº 6/2017. Explicou que a SESAI
1149 coordena a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI e promove a
1150 atenção primária à saúde de maneira participativa e diferenciada e também articula
1151 atendimento com os serviços de média e alta complexidade. Disse que o modelo diferenciado
1152 de atenção à saúde utiliza estratégia de execução por meio dos 34 Distritos Sanitários
1153 Especiais Indígenas – DSEI e recordou que o SUS deve garantir acesso universal, integral e
1154 equânime à saúde. Disse que a SESAI é uma Secretaria Executiva que cuida de 778.000
1155 indígenas, 5.600 casas, 68 CASAI e 360 polo base em um universo de 305 povos e 274
1156 línguas. Além disso, é responsável pelas edificações e pelo saneamento em terras indígenas e
1157 por prover a logística de transporte, comunicação e gestão de medicamentos e também
1158 garante a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e
1159 avaliação das políticas públicas de saúde. Detalhou o Colegiado da SESAI: Fórum de
1160 Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena - PCONDISI; Conselho Distrital de
1161 Saúde Indígena – CONDISI; Conselho Local de Saúde Indígena – CLSI; 6ª Conferência
1162 Nacional de Saúde Indígena - 6ª CNSI; Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos
1163 Indígenas – PNASPI; e Modelo de organização dos serviços e contratação da força de trabalho
1164 - GT força de trabalho. Neste ponto, informou que a União foi multada por conta do modelo de
1165 contratação utilizado na atenção à saúde dos povos indígenas. Seguindo, citou algumas
1166 realizações de destaque na SESAI: formação de Agentes Indígenas de Saúde e de
1167 Saneamento (AIS e AISAN); prevenção do suicídio em povos indígenas nos 16 DSEI
1168 prioritários; ampliação dos equipamentos odontológicos; combate à malária na Amazônia
1169 Legal. (Prêmio de Campeão das Américas para a SESAI (DSEI ARS) ofertado pela
1170 OPAS/OMS); monitoramento dos casos de sarampo em áreas indígenas; “Capacitação
1171 Nacional de Qualificação e Implementação de Ações de Garantia da Qualidade da Água em
1172 Áreas Indígenas”; “oficina de Implementação do Gerenciamento de Resíduos Sólidos no
1173 âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígena”; parceria com o Ministério da Defesa, na
1174 execução de obras em Distritos localizados em áreas de difícil acesso; articulação com o
1175 IBAMA – dispensa da licença para extração de madeira local para obras de saneamento e
1176 edificações em comunidades isoladas (IN nº 15/2018); realização do Projeto SESAI em Ação; e
1177 capacitação de servidores e trabalhadores em Saúde por estratégia EAD. Também citou os
1178 avanços alcançados: diminuição dos índices de mortalidade materno-infantil; recorde de
1179 cobertura vacinal (acima de 90%); recorde de atendimentos realizados em 2018: 6,7 milhões;
1180 Tungüase em parceria com a OPAS e Pastoral da criança. (NIDA); renovação dos Convênios
1181 de contratação de mão de obra – ações complementares de saúde com novos critérios de
1182 monitoramento; renovação de contratos de hora voo com novos critérios de monitoramento;
1183 regularização das Pistas de Pouso em área Indígena – liberação de Taxa e avanço na
1184 elaboração de Projetos (SESAI/FUNAI). Judicial; recorde de execução orçamentária em 2017
1185 (99,26%); implantação de Gestão de Riscos e Controle Interno – primeira a implantar e serviu
1186 de modelo para todo o Ministério da Saúde; apuração de inconformidades e responsabilização
1187 de gestores e fornecedores – Corregedoria, DENASUS, MPF, PF e CGU/TCU; saneamento
1188 das contas de exercícios anteriores da ordem de R\$ 730 milhões sem paralisação ou
1189 comprometimento das ações de saúde; renegociação de contratos de fornecedores buscando
1190 economia; reestruturação e intervenção na gestão dos DSEI prioritários com encaminhamento
1191 e apuração de denúncias. (cerca de 600 processos na Corregedoria); paralisação da ação
1192 judicial relativa à força de trabalho - multa aplicada em fase de execução - próxima audiência

1193 02/04/2019; criação da Ouvidoria da Saúde Indígena, espaço para receber denúncias e elogios
1194 na atuação da SESAI e dos DSEI; criação do Programa SESAI em ação – saúde indígena
1195 Brasil adentro em parceria com o Ministério da Defesa e ONG de Voluntários da área de
1196 saúde; ações de atenção à saúde em parceria com as Forças Armadas: Exército (logística
1197 terrestre), Aeronáutica (logística aérea) e Marinha (logística fluvial); Normatização das ações
1198 da SESAI, DSEIs e Departamentos: Portarias CASAls, Polos, IAEPi, Parcerias (SESAI em
1199 Ação); e realização da VI Conferência Nacional de Saúde Indígena (PNASPI) - Inserção debate
1200 da PNASPI após 18 anos de espera. Ainda em relação aos avanços, destacou: Projetos de
1201 Formação: AIS/AISAN, Conselheiros de Saúde Indígena, Apoiadores de Saúde Indígena,
1202 Secretários Executivos dos CONDISI, capacitação dos prestadores de serviço em saúde
1203 indígena.(EAD com a UNIFESP – introdução à interculturalidade) e especialização em saúde
1204 indígena do Programa mais Médicos - (Parceria SGETS) – duração de 2 anos; aproximação e
1205 melhora no relacionamento com o Controle Social: Gestão Participativa, Aplicação da OIT 169
1206 (oitiva) e Diminuição/paralisação das manifestações indígenas (fechamento de rodovias e
1207 prédios públicos). Seguindo, apresentou a síntese dos principais desafios enfrentados pelo
1208 órgão, abordando cenários e as ações de enfrentamento: 1) alta rotatividade de profissionais
1209 de saúde e gestores da saúde indígena; 2) alto grau de influência política na contratação e
1210 permanência dos profissionais de saúde e gestores – coordenadores deveriam ser servidores
1211 com FCPE; 3) baixo nível de capacitação da gestão e das áreas meio na ponta; 4) ausência de
1212 outros órgãos importantes no território indígena (assistência social, educação, segurança, entre
1213 outros); 5) dificuldade de articulação com estados e municípios para aprimoramento das ações
1214 de atenção à saúde; 6) quadro insuficiente de trabalhadores e servidores (vulnerabilidade de
1215 vínculo dos trabalhadores - CLT) – força de trabalho da SESAI Brasília; 7) equipamentos e
1216 insumos insuficientes – desgastados pelo tempo – reposição; 8) comunicação precária com os
1217 DSEI e com as áreas; 9) acesso dificultado às áreas de atenção à saúde indígena; 10)
1218 Programa Mais Médicos – permitir Ingresso de mais Brasileiros e Indígenas; 11) auditoria e
1219 prestação de contas do IABPI – Utilização ou devolução; e 12) continuidade das ações de
1220 Auditoria da UIRC: CGU, MPF e PF. Detalhou ainda as propostas para a saúde indígena: **a)**
1221 sustentabilidade econômica nas Aldeias e Comunidades indígenas - exploração do potencial
1222 econômico disponível em terras indígenas: biodiversidade, minérios, terras férteis, energias
1223 alternativas com royalties/compensação (hidrelétricas, energia foto-voltaica, eólica, etc),
1224 turismo ecológico, cultural e artesanato, internet para todos – parceria com exército (Fibra
1225 Ótica), fornecimento de plantas medicinais para laboratórios, prestação de serviços para a
1226 saúde indígena com formação de profissionais indígenas (atuação na própria SESAI),
1227 contratação de indígenas pelas Forças Armadas na faixa de fronteira, construção de unidades
1228 de saúde e de apoio com material da região e mão de obra dos próprios índios (pedreiro,
1229 marceneiro, etc..) e programa de qualificação de gestão em empreendedorismo indígena; **2)**
1230 Segurança Alimentar e Nutricional (prevenção) - produção para o próprio consumo respeitando
1231 a cultura do povo e o excedente para comércio nas cidades (selo de qualidade) e cessar
1232 fornecimento de cestas básicas no modelo como é hoje que insere alimentos prejudiciais à
1233 saúde da comunidade; **3)** saúde através do esporte (prevenção) - Projetos de incentivo à
1234 prática de atividades físicas e jogos indígenas; **4)** Medicina Tradicional - cultivo e
1235 comercialização de plantas medicinais – Medicina Tradicional (fitoterapia); **5)** Reestruturação e
1236 Reorganização dos DSEIs (Redistribuição) - criação de novos DSEIs – Mato Grosso do Sul,
1237 Rio Grande do Sul, etc; **6)** Segurança Nacional - segurança das fronteiras secas (16.500 km)
1238 com parceria e apoio do Ministério da Defesa. Fortalecimento do projeto de segurança na faixa
1239 de fronteira. Indígenas como primeira linha de Defesa Nacional e contratação de soldados
1240 indígenas nas Forças Armadas para treinamento e conscientização do princípio de Defesa
1241 Nacional. (Ampliar o que já tem hoje); **7)** parceria com o Ministério da Defesa - contratação de
1242 profissionais de saúde (quadro temporário) para trabalhar em áreas de difícil acesso
1243 especificamente para a saúde indígena em substituição aos médicos Cubanos. (Edital
1244 específico): estudar/pactuar a inserção de indígenas já formados e em formação para compor o
1245 quadro de oficiais temporários das FFAA, recursos deslocados do Programa Mais Médicos
1246 Cubanos para o Ministério da Defesa, pactuação pelo período do contrato do quadro
1247 temporário (oficiais e sargentos – nível superior e nível médio) e implantação de
1248 Internet/Comunicação nas Aldeias – Fibra Ótica. Disse que fez essa apresentação à equipe de
1249 transição do governo destacando que “Se fosse fácil, não seria saúde indígena!”. Por fim,
1250 apresentou dados sobre a saúde indígena, para melhor conhecimento da situação. Destacou a
1251 pirâmide etária dos Povos Indígenas assistidos pelo SasiSUS, 2017: alta taxa de natalidade
1252 (população em crescimento); população jovem: redução significativa nas faixas etárias de 15 a

1253 30 anos (alta taxa de mortalidade e/ou saída dos territórios indígenas); população cadastrada
1254 em todos os Estados, exceto no Piauí e DF (SIASI); e Região Norte: 49,7% da população
1255 indígena, Região Nordeste: 21% da população indígena. Também apontou os seguintes dados:
1256 a) Taxas de Mortalidade Infantil na população indígena assistida pelo SASISUS e na população
1257 geral (x 1.000 nascidos vivos), Brasil, 2010-2016, respectivamente, 29,8% e 12,7%; total de
1258 atendimentos e média de atendimentos por indígena assistido pelo SasiSUS, 2014 a 2018 -
1259 crescimento – 38%; percentual alcançado de crianças indígenas <5 anos com esquema vacinal
1260 completo em relação ao pactuado, Brasil, 2013 a 2018 - 83,6%; percentual de crianças
1261 indígenas menores de 5 anos acompanhadas pela Vigilância Alimentar e Nutricional dos DSEI,
1262 com relação a meta pactuada. Brasil, 2015 a 2018 – 77%; percentual de crianças indígenas
1263 menores de 5 anos acompanhadas pela Vigilância Alimentar e Nutricional dos DSEIs, com
1264 déficit nutricional. Brasil, 2015 a 2018 - queda de 6%; percentual de gestantes indígenas com
1265 consultas de pré-natal no período de 2015 a 2017, Brasil - 6 ou mais consultas. Concluída a
1266 exposição do secretário da SESAI/MS, o coordenador da mesa anunciou a presença do
1267 senador **Humberto Costa**. Na sequência, explanou sobre o tema o conselheiro **Ailson dos**
1268 **Santos** (“Yssô Truká), em nome do FPCondis. Começou destacando que a SESAI coordena
1269 a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI e promove a atenção
1270 primária à saúde de maneira participativa e diferenciada e articula o atendimento com os
1271 serviços de média e alta complexidade com Estados e municípios. Fez os seguintes
1272 destaques em relação à base legal da saúde indígena: **a)** Constituição Federal de 1988 –
1273 artigos 196, 231 e 232 - Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social,
1274 costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que
1275 tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os
1276 seus bens; e Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para
1277 ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em
1278 todos os atos do processo; Decreto nº. 3.156/99 - Art. 1º - A atenção à saúde indígena é dever
1279 da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de
1280 setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços
1281 de saúde; **b)** Lei 9.836/1999 – Lei do SASISUS – Lei Arouca – art. 19-E – Os Estados,
1282 Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar
1283 complementarmente no custeio e execução das ações; e art. 19-F - dever-se-á
1284 obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos
1285 povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve
1286 pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à
1287 saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras,
1288 educação sanitária e integração institucional; Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017 que
1289 define os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos
1290 Indígenas – IAEPI, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. (Estados e Municípios);
1291 Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004 - promulga a Convenção nº 169 da Organização
1292 Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais. Art. 1º A Convenção nº 169
1293 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais, adotada em
1294 Genebra, em 27 de junho de 1989, apensa por cópia ao presente Decreto, será executada e
1295 cumprida inteiramente como nela se contém; Convenção OIT 169 - artigo 6º, Item 1. Ao aplicar
1296 as disposições da presente Convenção, os governos deverão: a) consultar os povos
1297 interessados, mediante procedimentos apropriados e, particularmente, através de suas
1298 instituições representativas, cada vez que sejam previstas medidas legislativas ou
1299 administrativas suscetíveis de afetá-los diretamente; e b) estabelecer os meios através dos
1300 quais os povos interessados possam participar livremente, pelo menos na mesma medida que
1301 outros setores da população e em todos os níveis, na adoção de decisões em instituições
1302 efetivas ou organismos administrativos e de outra natureza responsáveis pelas políticas e
1303 programas que lhes sejam concernentes. Citou ainda a Declaração Internacional dos Direitos
1304 dos Povos Indígenas que prevê, em seu artigo 20, o direito dos indígenas de planejar e
1305 implementar os programas de saúde mediante suas próprias instituições, bem como garante o
1306 direito coletivo à autonomia das comunidades nas decisões sobre os direitos de saúde. Para
1307 melhor entendimento, explicou que indígena é qualquer membro de uma comunidade indígena
1308 conhecido por ela como tal; e comunidade indígena é aquela fundada em relação de
1309 parentesco ou vizinhança entre seus membros, que mantém laços histórico-culturais, com as
1310 organizações sociais indígenas pré-colombianas. Mostrou um quadro com a dimensão
1311 indígena no Brasil: línguas – 274; povos – 305; comunidades – 5.560; indígenas residentes em
1312 territórios indígenas – 760.084; e total da população indígena – 900.000. Fez um histórico

1313 sobre as populações indígenas, explicando que em 1500, a estimativa era de 1 milhão a 5
1314 milhões de indígenas no território hoje denominado Brasil e, segundo dados do SIASI/SESAI,
1315 em 2017, apenas 760.084 vivem em territórios indígenas. Seguindo, falou sobre a SESAI, uma
1316 conquista dos povos indígenas, explicando que, após um século de lutas, foi publicado o
1317 Decreto n°. 7.336/2010, regulamentado pela Lei n°. 12.314/2010, que criou a SESAI, na
1318 estrutura do Ministério da Saúde, fundamentada em três pilares: gestão participativa;
1319 protagonismo indígena e não indicação política para ocupação de cargos nos DSEIS. Lembrou
1320 o propósito da Secretaria de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral a saúde,
1321 de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural,
1322 geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essas
1323 populações mais vulneráveis aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre
1324 os brasileiros, reconhecendo a eficácia da sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.
1325 Neste ponto, mostrou um quadro com a distribuição nacional dos Distritos Sanitários Especiais
1326 Indígenas: 1 – Alagoas/Sergipe; 2 – Altamira; 3 – Alto Rio Juruá; 4 – Alto Rio Negro; 5 – Alto
1327 Rio Purus; 6 – Alto Rio Solimões; 7 – Amapá e Norte do Pará; 8 – Araguaia; 9 – Bahia; 10 –
1328 Ceará; 11 – Cuiabá; 12 – Guamá-Tocantins; 13 – Kayapó Mato Grosso; 14 – Kayapó Pará; 15
1329 – Leste Roraima; 16 – Médio Rio Solimões e Afluentes; 17 – Manaus; 18 – Maranhão; 19 –
1330 Mato Grosso do Sul; 20 – Minas Gerais e Espírito Santo; 21 – Médio Rio Purus; 22 – Interior
1331 Sul; 23 – Parintins; 24 – Pernambuco; 25 – Porto Velho; 26 – Potiguara; 27 – Rio Tapajós; 28 –
1332 Litoral Sul; 29 – Tocantins; 30 – Vale do Javari; 31 – Vilhena; 32 – Xavante; 33 – Xingu; e 34 –
1333 Yanomami. Acrescentou que são 4 Escritórios Locais; 355 Polos Base; 68 Casas de Saúde
1334 Indígena – CASAI; e 966 Postos de Saúde. Frisou que a SESAI era a única instituição que
1335 alcançava todas as comunidades indígenas, apesar das dificuldades de acesso, e seu escopo
1336 de trabalho era prestar serviços de saúde a povos indígenas que vivem próximos a grandes
1337 centros urbanos e a povos isolados e de recente contato. Também mostrou gráfico com o total
1338 de atendimentos e média de atendimentos por indígenas assistidos pelo SasiSUS - 2014 a
1339 2018, Brasil, destacando, 6,2% em 2017 e 5,42%, em 2018. Também falou sobre a magnitude
1340 do déficit nutricional em crianças < 5 anos: América Latina: 21,3% (1990) para 9,9% (2015);
1341 Brasil: população não indígena: 4,2% (1996) e 1,9% (2006); Brasil: População indígena: 5,9%
1342 (2009): 11,4%: Norte, 5,0%: Centro Oeste, 4,1%: Nordeste e 4,0%: Sul/Sudeste. Fez uma
1343 abordagem ainda sobre o suicídio em povos indígenas, explicando que esses povos possuem
1344 maiores taxas de suicídio em diversos países (Canadá, Nova Zelândia, Austrália, Chile) e, no
1345 Brasil, indígenas têm taxa de mortalidade por suicídio quase três vezes maior que a
1346 população em geral (Pop. Geral: 5,5 por 100 mil hab. e indígenas: 15,2 por 100 mil hab.).
1347 Também mostrou dois quadros com os convênios existentes para ações complementares em
1348 saúde indígena e a composição de custos – como esses recursos são gastos. Sobre os
1349 recursos humanos, explicou que eram aproximadamente 13.750 profissionais, cerca de 50%
1350 indígenas. Por fim, fez um destaque aos processos licitatórios na Corregedoria do MS,
1351 explicando que foram 24 processos respondidos, 452 sem resposta e 86 sem avaliação
1352 (FPCONDISI analisa junto com a SESAI). O último expositor foi o representante do
1353 CONASEMS, **Rodrigo Cesar**, que, primeiramente, agradeceu a oportunidade de debater o
1354 tema no CNS e afirmou o compromisso do CONASEMS com o objetivo comum de garantir
1355 saúde indígena de qualidade, atendendo às expectativas e necessidades dos povos.
1356 Asseverou que o CONASEMS era parceiro e corresponsável pela atenção aos povos indígenas
1357 e contribuiria na busca por alternativas de fortalecimento do Subsistema de Saúde Indígena.
1358 Inclusive, informou que na reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, realizada em
1359 janeiro de 2019, foi constituído Grupo de Trabalho para tratar deste tema, com representantes
1360 do MS, CONASS, CONASEMS e da CISI. Reconheceu as dificuldades enfrentadas em relação
1361 à atenção básica e à organização da rede de atenção, mas sem desconsiderar os avanços nos
1362 últimos anos como ampliação da cobertura, assegurando maior acesso. Salientou a
1363 preocupação do CONASEMS com todas as pessoas que estavam no território dos municípios,
1364 inclusive os povos indígenas e frisou que a atenção básica deveria ser o modelo orientador,
1365 inclusive para reduzir taxas de mortalidade materna e infantil. Disse não haver respostas
1366 prontas, portanto, fazia-se necessário ser estratégico para propor alternativas que viessem ao
1367 encontro das necessidades dos povos indígenas e, nessa linha, avaliou que o GT poderia ser o
1368 espaço para debate e definição de possíveis soluções. Além do Grupo, destacou que a 6ª
1369 Conferência de Saúde era um momento privilegiado para discussões e definição. Por fim,
1370 colocou-se à disposição, na condição de conselheiro nacional e de representante do
1371 CONASEMS, para debate a partir das especificidades dos povos indígenas e de análise
1372 profunda da situação. Na sequência, fez uso da palavra o senador **Humberto Costa** para

1373 saudação e breves palavras ao Pleno. Após cumprimentar os integrantes da mesa, os
1374 representantes dos povos indígenas e demais presentes à reunião, manifestou o seu apoio à
1375 luta dos povos indígenas pela manutenção da SESAI/MS, entendendo que a Secretaria
1376 representa um avanço. Também salientou que as comunidades indígenas precisavam ser
1377 vistas com respeito as suas especificidades, assegurando ampla integração entre SUS e
1378 Subsistema de Saúde Indígena, sem considerar, por exemplo, o custo como fator
1379 preponderante. Por fim, colocou o seu mandato de senador à disposição para contribuir nesta
1380 luta e comunicou que, após instalação das comissões no Senado Federal, convidaria o Ministro
1381 de Estado da Saúde para debater o tema naquela Casa. **Manifestações.** Conselheiro **Moysés**
1382 **Longuinho Toniolo de Souza** iniciou sua fala manifestando apoio à luta dos povos indígenas
1383 representados no CNS e de todo o território nacional e chamou a atenção para a estreita
1384 relação dos povos indígenas com a terra e a importância para a saúde desses povos. Nesse
1385 sentido, manifestou preocupação com as mudanças propostas pelo governo na agenda
1386 indígena, por entender que representam prejuízo social, políticos e de valores para os povos
1387 indígenas e para a população em geral. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** reiterou o
1388 apoio do MORHAN à causa indígena e salientou que há uma dívida histórica com esses povos
1389 que precisa ser paga. Além disso, destacou que os indígenas devem ser os protagonistas de
1390 qualquer transformação na saúde indígena, sempre para avançar e nunca perder direitos.
1391 Conselheiro **Valdenir Andrade França** ressaltou que a situação dos povos indígenas era
1392 crítica e frisou que esse segmento iria contrapor-se à proposta do governo para preservar
1393 direitos. Solicitou o apoio do CNS nessa luta para garantir direitos dos povos indígenas e
1394 manter a SESAI, espaço importante para debate das questões da saúde dessa população.
1395 Conselheiro **Erivelto Fernandes do Nascimento**, coordenador do FPCONDISI, destacou que
1396 os municípios devem atuar de forma complementar ao Subsistema de Saúde Indígena a fim de
1397 garantir atendimento aos povos indígenas e à população em geral. Disse que o Fórum e outros
1398 segmentos lutariam para não haver retrocessos na saúde indígena e também garantir a
1399 presença do SUS de forma mais intensa nas aldeias. Conselheiro **Rildo Mendes**, primeiro,
1400 reiterou a solicitação ao CONASEMS que indique representante para compor a comissão
1401 organizadora da 6ª CNSI que visa atualizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos
1402 Indígenas, publicada em 2002, para redefinir as diretrizes e efetivar as particularidades étnicas
1403 e culturais no modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. Lembrou que os municípios
1404 receberam recurso direcionado à saúde indígena, mas não aplicaram, o que era inconcebível
1405 diante da situação crítica. Posicionou-se frontalmente contra as medidas do governo que visam
1406 retirar direitos e garantias dos povos indígenas (não demarcação de terras indígenas,
1407 enfraquecimento da FUNAI, entre outras) e solicitou que o CNS aprove documento reafirmando
1408 princípios a serem seguidos – gestão de saúde indígena é atribuição intransferível do MS, 6ª
1409 CNSI é o espaço de debate; as parcerias e convênios são iniciativas transitórias; e evitar que
1410 municípios recebam recursos e não utilizem. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**
1411 salientou que a intenção do governo era tomar a terra dos povos indígenas e dizimar essa
1412 população e, nesse sentido, defendeu que o CNS se manifestasse contra a municipalização do
1413 Sistema de Saúde Indígena. Defendeu que indígenas e trabalhadores lutassem juntos contra
1414 os retrocessos desse governo. Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** também lamentou as
1415 decisões tomadas pelo governo brasileiro que prejudicam a população e, no caso da saúde
1416 indígena, defendeu que deveriam prevalecer as deliberações da 6ª CNSI, assegurando que a
1417 população indígena definisse os rumos da sua situação. Conselheira **Maria do Carmo**
1418 **Andrade Filha (“Carmem Pankararu”)** defendeu a continuidade da mobilização em defesa da
1419 saúde, educação e terras indígenas e contra as iniciativas do governo de desmonte de direitos
1420 e conquistas. Nesse contexto de luta, disse que o CNS era o espaço privilegiado para defesa
1421 da SESAI e dos direitos e conquistas dos povos indígenas. Sendo assim, sugeriu a aprovação
1422 de moção de apoio do CNS à luta dos povos indígenas. Conselheiro **Willian César Lopes**
1423 **Domingues (“William Xakriabá”)** salientou que, para avaliar a saúde indígena, era preciso
1424 considerar os critérios sociais e culturais, além de técnicos e científicos. Também se dirigiu ao
1425 representante do CONASEMS para solicitar manifestação da entidade contra a
1426 municipalização da saúde dos povos indígenas. Conselheiro **Antônio Lacerda Souto** destacou
1427 que, na agricultura familiar, as experiências bem sucedidas eram são aquelas que unem saber
1428 popular e saber científico e, nessa linha, manifestou o apoio da CONTAG pela manutenção
1429 Subsistema de Saúde Indígena, respeitando as especificidades inclusive culturais desses
1430 povos. Salientou haver uma dívida com os povos indígenas e a retirada de direitos contribui
1431 para o agravamento dessa situação. Nessa linha, reafirmou a proposta de aprovar documento
1432 do CNS manifestando posição contrária à municipalização do Sistema de Saúde Indígena.

1433 Conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de Paula** propôs que o CNS se manifestasse em apoio à
1434 luta dos povos indígenas para manter direitos e conquistas e também defendeu a participação
1435 de um representante do CNS no GT, instituído pela CIT, que debateria o tema. Conselheira
1436 **Shirley Marshal Diaz Morales** agradeceu os expositores, especialmente o conselheiro Ysso
1437 Truká, porque as informações apresentadas permitiu entender um pouco da particularidade da
1438 saúde indígena. Destacou que o CNS, enquanto espaço da voz da população brasileira,
1439 deveria aprovar documento ratificando a posição dos povos indígenas contrária à
1440 municipalização das ações de saúde indígena, fortalecendo os direitos já conquistados. Além
1441 disso, sugeriu que o Pleno aprovasse recomendação para que as discussões sobre a Política
1442 de Saúde Indígena ocorressem somente após a realização da 6ª CNSI, que seria o espaço de
1443 debate das necessidades desta população. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, em nome da
1444 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, do Conselho Indigenista Missionário e das
1445 pastorais ligadas a essa temática, manifestou a solidariedade aos povos indígenas e destacou
1446 a necessidade de enfrentar os vários interesses envolvidos nesta temática (de mineradoras, da
1447 bancada ruralista, de políticos) que visam acabar com os direitos dos povos indígenas.
1448 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** lembrou que, na última reunião do CNS, o Pleno
1449 acatou a sua proposta de pautar debate sobre saúde indígena, a fim de aprofundar a discussão
1450 e definir encaminhamentos. Disse que a criação do GT da Tripartite com a participação da
1451 gestão, dos povos indígenas e do CNS, após mobilização dos povos indígenas, representa um
1452 avanço, pois possibilitará aprofundar o debate sobre a Política de Saúde Indígena, de forma
1453 corajosa, aprofundada e voltada ao fortalecimento do Sistema. Também discordou da proposta
1454 de aguardar a 6ª CNSI para debater o tema e defendeu que as discussões se iniciem o quanto
1455 antes inclusive para levar as contradições ao espaço da Conferência. Falou também sobre a
1456 municipalização, avaliando que não deve significar substituição do modelo, mas sim mais
1457 integração no nível local inclusive para garantir respostas mais rápidas. No mais, avaliou que o
1458 momento era oportuno para debater o conceito ampliado de saúde a partir desta temática que
1459 mobiliza o Brasil como um todo. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** salientou que esse
1460 ponto era importante por diversas razões, uma delas a possibilidade de aprofundar o debate
1461 com o controle social indígena. Lembrou que o CNS já sinalizara o momento delicado que se
1462 vivia no Brasil e a importância de enfrentá-lo. Afirmou que o CONASS integra a CISI/CNS, a
1463 comissão organizadora da 6ª CNSI e da comissão de relatoria da 16ª CNS, todavia, a entidade
1464 jamais fora convidada a participar de debate sobre municipalização da saúde indígena.
1465 Finalizando, disse que o GT seria um espaço privilegiado para debater o tema de forma
1466 integrada, pois contaria com a participação de gestores, de representantes da saúde indígena
1467 e do CNS. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto** saudou a comunidade indígena presente e
1468 afirmou que o CNS não se furtaria a cumprir suas atribuições. Lembrou que o CNS convocou a
1469 6ª CNSI e fortaleceu a CISI/CNS na linha de cumprir os seus propósitos e destacou a
1470 importância da participação do Conselho no GT instituído pela CIT, para debater o tema de
1471 forma ampla. **Retorno da mesa.** O Secretário da SESAI/MS, **Marco Antonio Toccolini Tocco**
1472 **Lini**, agradeceu as diversas falas e destacou a importância do debate deste tema no CNS,
1473 maior fórum de debate e deliberação da área da saúde no Brasil. Também explicou que a
1474 intenção do GT proposto pela CIT era analisar a situação da saúde indígena e não propor a
1475 municipalização. Disse que, para possibilitar debate de forma ampla, foi sugerida composição
1476 do GT - FPCONDISI, MS, CONASS, CONASEMS - e os indígenas sugeriram a inclusão do
1477 Ministério Público (sem prazo para o trabalho, dada a necessidade de respeitar o tempo dos
1478 povos indígenas). Por fim, colocou-se à disposição para outros debates e reiterou seu
1479 compromisso com a causa indígena. O representante do CONASEMS, **Rodrigo César**
1480 **Faleiros**, também manifestou sua satisfação em participar deste debate e reafirmou o
1481 compromisso do CONASEMS em construir o que for melhor para a saúde indígena. Reiterou
1482 que em nenhum momento foi apresentada proposta oficial de municipalização da saúde
1483 indígena para o CONASEMS e a intenção do GT era constituir uma proposta capaz de
1484 responder as expectativas e necessidades desses povos. Disse que a expectativa do
1485 CONASEMS é reafirmar as conquistas e redefinir rumos no que for necessário. Por fim,
1486 agradeceu a oportunidade e afirmou que saíra mais engrandecido deste debate. O
1487 representante do FPCONDISI, conselheiro **Ailson dos Santos** (“Yssô Truká”), lembrou que
1488 CONASS e CONASEMS sempre foram parceiros dos povos indígenas e destacou a
1489 importância do CNS na definição das políticas públicas voltadas para esse segmento. Na linha
1490 dos encaminhamentos, avaliou a criação do GT como avanço e propôs: incluir o tema “saúde
1491 indígena” como pauta permanente nas reuniões ordinárias do CNS; e realizar consultas
1492 públicas nas regiões, para conhecer a realidade de cada povo. Também destacou que a terra

1493 era um dos maiores bens dos seres humanos – garante saúde, alimentação, - e era preciso ser
1494 grato pelo que se recebia dela de forma gratuita. Disse que a morte para os povos indígenas
1495 significava uma passagem de paz e ensinamento, convivência harmoniosa com a natureza,
1496 portanto, o suicídio não era visto como um “crime” praticado pelos indígenas. Após essas falas,
1497 o coordenador da mesa agradeceu os expositores e passou aos encaminhamentos. Primeiro,
1498 frisou a importância de aprofundar o debate sobre a situação da saúde indígena no Brasil e
1499 lembrou que o GT foi constituído nesse sentido. Fez uma síntese dos encaminhamentos
1500 oriundos do debate e, a seguir, houve outras intervenções que evoluíram para votação da
1501 proposta: **definir o tema “saúde indígena” como pauta permanente nas reuniões**
1502 **ordinárias do CNS. A Mesa Diretora do CNS definirá a melhor forma de viabilizar essa**
1503 **proposta. Deliberação: a proposta foi aprovada com uma abstenção.** Na sequência, a
1504 mesa colocou em apreciação da proposta: garantir a participação de representante do CNS
1505 para compor o grupo de trabalho, proposto na reunião da Comissão Intergestores Tripartite -
1506 CIT, realizada em 14 de janeiro, que irá analisar a situação da saúde indígena no Brasil.
1507 **Deliberação: a proposta foi aprovada por unanimidade.** Em seguida, foi aberta a palavra
1508 para definição dos nomes para compor o Grupo. De início, foi sugerida a participação de dois
1509 integrantes da Mesa Diretora do CNS, mas, de outro lado, foi sugerida a participação de um
1510 conselheiro representante dos povos indígenas. **Deliberação: como resultado, o Pleno**
1511 **aprovou, por unanimidade, a indicação dos nomes de Maria do Carmo Andrade Filha**
1512 **(“Carmem Pankararu) e André Luiz de Oliveira para compor o grupo de trabalho,**
1513 **proposto na reunião da CIT, que irá analisar a situação da saúde indígena. Além disso, o**
1514 **Pleno indicou os conselheiros Geordeci Menezes de Souza e Shirley Marshal Diaz**
1515 **Morales para redigir uma recomendação visando assegurar que os povos indígenas**
1516 **sejam ouvidos nas questões que lhe digam respeito (o documento foi apreciado no**
1517 **último item, mas não foi votado).** Com essa definição, a mesa agradeceu a presença de
1518 todos e, às 21h02, encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes
1519 conselheiros e conselheiras na tarde do primeiro dia de reunião: *Titulares* - **Altamira Simões**
1520 **dos Santo de Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e Aids; **Ana**
1521 **Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças
1522 Reumáticas e Raras – SUPERANDO; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos
1523 Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
1524 Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares – CONTAG; **Antônio Magno de Sousa Borba**,
1525 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Artur**
1526 **Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela
1527 Hanseníase – MORHAN; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio de
1528 Bens, Serviços e Turismo – CNC; **Denise Torreão Correa da Silva**, Conselho Federal de
1529 Fonoaudiologia – CFFA; **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais – FBH;
1530 **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Elisabete Pimenta**
1531 **Araújo Paz**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Fernando Zasso Pigatto**,
1532 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gerídice Lorna Andrade**
1533 **de Moraes**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Gilene José**
1534 **dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos -
1535 SINTAPI/CUT; **José Eri Borges de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretárias Municipais
1536 de Saúde – CONASEMS; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos
1537 Odontologistas – FNO; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **José Felipe**
1538 **dos Santos**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Jupiara Gonçalves Castro**,
1539 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino
1540 Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Laís Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira
1541 de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical
1542 de Trabalhadores – NCST; **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional das
1543 Associações e Entidades de Diabetes – FENAD; **Marisa Fúria Silva**, Associação Brasileira de
1544 Autismo – ABRA; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Moysés**
1545 **Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Neilton**
1546 **Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, Associação
1547 Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos
1548 Indígenas da Região Sul – ARPIN-SUL; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional
1549 dos Enfermeiros – FNE; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores do
1550 Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; e **Vanja Andréa Reis dos**
1551 **Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM. *Suplentes* - **Abrahão Nunes da Silva**, Central
1552 de Movimentos Populares – CMP; **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal

1553 de Medicina Veterinária – CFMV; **Ailson dos Santos**, Articulação dos Povos e Organizações
1554 Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo – APOINME; **Ana Clébea Nogueira**
1555 **Pinto de Medeiros**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio a Saúde da
1556 Mama - FEMAMA; **Ana Paula Batista Soledade**, Associação Brasileira dos Ostimizados –
1557 ABRASO; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física - CONFECF;
1558 **Casemiro dos Reis Júnior**, Federação Médica Brasileira – FMB; **Elias Marques Ferreira**,
1559 Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Erivelto Fernandes do Nascimento**, Fórum de
1560 Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena – FPCONDISI; **Fernanda Lou Sans**
1561 **Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Giancarlo de Montemor**
1562 **Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Giovanna de Saboia Bastos**,
1563 Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Gláucia Tamayo Hassler Sugai**, Ministério
1564 das Cidades; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil –
1565 CGTB; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
1566 **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos –
1567 SINDNAPI/FS; **Márcio Florentino Pereira**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva –
1568 ABRASCO; **Maria do Carmo Andrade Filha** - Carmem Pankararu, Sindicato dos Profissionais
1569 e Trabalhadores da Saúde Indígena - SINDCOPSI; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho
1570 Federal de Nutricionistas – CFN; **Rodrigo dos Santos Santana**, Ministério da Saúde; **Tiago**
1571 **Farina Matos**, Instituto Oncoguia; e **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de
1572 Farmácia - CFF. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o item 8 da
1573 pauta. **ITEM 8 – TRAGÉDIA EM BRUMADINHO-MG - Apresentação: Daniela Buosi Rohlfs**,
1574 representante do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador –
1575 DSAST/SVS/MS; **Pedro Florêncio**, Subchefe Adjunto de Políticas Econômicas da Subchefia
1576 de Articulação e Monitoramento da Casa Civil - Comitê de Crise do Governo Federal; **Sara de**
1577 **Oliveira** - Representantes do Movimento dos Atingidos por Barragens - MAB; e conselheiro
1578 **Geordeci Menezes de Souza**, coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde do
1579 Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT/CNS. *Coordenação:* conselheira **Priscilla Viégas**
1580 **Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de**
1581 **Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Este tema fora incluído na pauta da última reunião do CNS,
1582 de forma emergencial, para possibilitar primeiro debate sobre a situação do município de
1583 Brumadinho diante do rompimento da barragem de rejeitos da mineradora Vale do Rio Doce e
1584 as medidas adotadas nessa situação. Como encaminhamento daquela reunião, o Pleno decidiu
1585 pautar o tema novamente para aprofundamento e definição de encaminhamentos. Composta a
1586 mesa, a coordenação saudou os convidados para o ponto de pauta e abriu a palavra às
1587 explicações. O primeiro expositor foi o representante da Casa Civil, **Pedro Fluorêncio**, que
1588 apresentou as ações da Casa Civil em resposta ao desastre em Brumadinho/MG. Começou
1589 explicando que é competência da Casa Civil atuar em situações emergenciais, por meio da
1590 Subchefia de Articulação e Monitoramento, em razão do vínculo ao Presidente que acompanha
1591 as prioridades e atua em atividades de articulação. Detalhou que cabe à Casa Civil monitorar e
1592 articular e aos Ministérios, executar as ações. Relatou que, diante do ocorrido em Brumadinho,
1593 foram adotadas três tipos de ações: imediatas, normativas e futuras. No que se refere a
1594 ações imediatas, destacou que, após o anúncio, diversos órgãos foram acionados (Ministério
1595 da Defesa - MD, Ministério da Saúde - MS, Ministério de Minas e Energia -MME (ANM e ONS),
1596 Ministério do Meio Ambiente - MMA (Ibama), Ministério do Desenvolvimento Regional - MDR
1597 (Defesa Civil e ANA), Ministério da Cidadania, Ministério da Economia, Ministério da
1598 Agricultura, Pecuária e Abastecimento - MAPA, SECOM, GSI/PR (Abin) e Polícia Federal) o
1599 Gabinete de Crise foi implantado pelo Palácio do Planalto. Além disso, foi feita articulação para
1600 deslocamento do Presidente da República e do Ministro do Meio Ambiente para o local e
1601 comunicação do ocorrido pelo porta-voz da Presidência. Ainda nas ações imediatas, foi
1602 viabilizada a vinda de delegação israelense, com articulação entre Embaixada de Israel –
1603 órgãos federais, estaduais – operação logística e de acomodação. A respeito da delegação de
1604 Israel, explicou que dez horas após telefonema entre Presidente e PM de Israel, a delegação
1605 israelense partiu e, 52 horas após o desastre, chegou ao Brasil (136 pessoas, 6 cães e 16
1606 toneladas de equipamentos). Durante quatro dias, 4200 horas, foram localizados e resgatados
1607 35 corpos, 26 nomes da lista de desaparecidos foram excluídos e foram disponibilizados
1608 mapas ao Corpo de Bombeiros para localização de corpos. Avaliou que a vinda dessa
1609 delegação foi positiva por conta dos resultados e do estreitamento da relação entre os dois
1610 países. A respeito das ações legais, destacou a edição do Decreto n°. 9.691/19, que institui o
1611 Conselho Ministerial de Supervisão de Respostas a Desastre e o Comitê de Gestão e
1612 Avaliação de Respostas a Desastre em decorrência da ruptura da barragem do Córrego

1613 Feijão, no Município de Brumadinho/MG e de suas repercussões na Bacia do Rio Paraopeba.
1614 Detalhou que o Conselho Ministerial possui por finalidade acompanhar, fiscalizar e monitorar
1615 as atividades – resposta ao desastre, sendo composto por ministros da Casa Civil, Defesa,
1616 Cidadania, Saúde, Minas e Energia, Meio Ambiente, Desenvolvimento Regional, Mulher, da
1617 Família e dos Direitos Humanos; GSI; AGU; Justiça e Segurança
1618 Pública; Economia; Infraestrutura; Secretaria de Governo da Presidência da República; e
1619 Secretaria-Geral da Presidência da República. O Comitê de Gestão e Avaliação de Respostas
1620 a Desastre, por sua vez, é um órgão de execução, responsável por socorro, assistência,
1621 reestabelecimento de serviços essenciais afetados, de recuperação de ecossistemas e de
1622 reconstrução decorrentes do desastre, com vigência de seis meses e entrega de Relatório.
1623 Além disso, salientou que foram definidas ações emergenciais - curto/médio prazo – com
1624 realização de reuniões semanais. Além dessas iniciativas, destacou a publicação de duas
1625 Resoluções: 1) Resolução nº 1, de 28 de janeiro de 2019, que recomenda ao Conselho
1626 Nacional de Recursos Hídricos que aprove moção para solicitar aos órgãos fiscalizadores que:
1627 I – realizem auditorias em seus procedimentos e revisem os atos normativos - fiscalização de
1628 segurança de barragens; II - mantenham cadastro das barragens sob sua jurisdição, para fins
1629 de incorporação ao Sistema Nacional de Informações sobre Segurança de Barragens - SNISB;
1630 III - exijam dos empreendedores o cumprimento das recomendações contidas nos relatórios de
1631 inspeção e revisão periódica de segurança; IV - exijam dos empreendedores o cadastramento
1632 e a atualização das informações relativas às barragens no SNISB; e V - realizem
1633 imediatamente fiscalização nas barragens sob sua jurisdição, de modo a priorizar aquelas
1634 classificadas como possuidoras de "dano potencial associado alto" ou com "risco alto"; e 2)
1635 Resolução nº 2, de 28 de janeiro de 2019, que institui o Subcomitê de Elaboração e
1636 Atualização Legislativa, com o objetivo de elaborar anteprojeto de atualização e revisão da
1637 Política Nacional de Segurança de Barragens, estabelecida pela Lei nº 12.334, de 20 de
1638 setembro de 2010. Por fim, disse que o Comitê de Gestão e Avaliação de Respostas a
1639 Desastre definiu eixos visando a definição de ações de médio e longo prazo (ministeriais): 1)
1640 Proteção Social – Cidadania, Economia, MAPA; 2) Saúde – MS; 3) Meio Ambiente e Rejeitos -
1641 MMA, IBAMA, MME; 4) Infraestrutura – MME, Infra, MDR; 5) Segurança hídrica – MMA (ANA,
1642 IBAMA), MS; e 6) Aprimoramento a respostas futuras. Na sequência, a representante do
1643 DSAST/SVS/MS, **Daniela Buosi Rohlfs**, falou das ações adotadas pelo Ministério da Saúde
1644 diante do desastre em Brumadinho/MG. Primeiro, contextualizou que o Município de
1645 Brumadinho localiza-se na Região Metropolitana de Belo Horizonte, com população estimada
1646 de 39.520 habitantes (em 2018), que vivia do turismo rural e da mineradora Vale do Rio
1647 Doce. Dito isso, apresentou a linha do tempo do Ministério da Saúde acerca do desastre: 25 de
1648 janeiro: ocorrência do evento – 12h20, captura do rumor - 13h55, contato com SES/MG - 14h,
1649 reunião de Mobilização do COES-MS – 14h30; 27 de janeiro - deslocamento de equipe para
1650 campo; 28 de janeiro - reunião SES MG; e 29 de janeiro - implantação do Centro de Operações
1651 de Emergência em Saúde – COES. Em seguida, apresentou a linha do tempo em Brumadinho:
1652 ocorrência do evento – 12h20; acionamento da SMS de Brumadinho - 13h; e acionamento do
1653 Plano de Catástrofe da Rede de Saúde da SES/MG. Apresentou um quadro com informações
1654 gerais sobre a catástrofe (em 14 de fevereiro, às 12h): Classificação do Desastre (rompimento
1655 de Barragem/desastre relacionado à contaminação da água): Óbitos - 166 (160 identificados e
1656 6 não identificados); feridos (internados): 0; Localizados da Vale: 224; localizados
1657 terceirizados/comunidade: 169; desabrigados: 138*; desalojados: não identificado; Decreto de
1658 Situação de Emergência - 26/01; desaparecidos (trabalhadores da Vale): 37; desaparecidos
1659 (comunidade/terceirizados): 118; Unidades de Saúde atingidas: 0. Seguindo, detalhou as ações
1660 realizadas, no período de 27 de janeiro a 14 de fevereiro de 2019: fortalecimento da estratégia
1661 de saúde mental com ampliação da oferta de atenção psicossocial para trabalhadores,
1662 população e para a comunidade rural, com estabelecimento de plantão 24hrs de profissionais
1663 de saúde mental na UPA e hospital municipal de Brumadinho, com foco voltado para consumo
1664 de álcool; coleta e envio de amostras da lama para análise de composição química; coleta,
1665 envio e análise de amostras da água para consumo humano; aumento do teto financeiro de
1666 Minas Gerais em R\$190 milhões/ano; mapeamento das residências na área de até 100m da
1667 margem do rio Paraopeba; disponibilização dos spots de rádios para informação à população;
1668 ampliação da oferta de cuidado com as Práticas Integrativas Complementares em Saúde;
1669 vacinação: Difteria, Tétano, Hepatite B, Sarampo, Caxumba, Rubéola, Febre Amarela e
1670 Hepatite A (população e militares); articulação com AGU para ação judicial de análise de água
1671 para consumo humano; e mapeamento dos profissionais diretamente envolvidos no resgate e
1672 buscas em Brumadinho para monitoramento da situação de saúde. Detalhou também o apoio

1673 logístico: 07 profissionais da FN-SUS; 02 veículos para Brumadinho (doação); 100 mil frascos
1674 de hipoclorito de sódio; 144 kits para leptospirose; 200 kits de dengue IgM; soros
1675 anti-peçonhentos (Antiaracnídico, Anticrotálico, Antileapídico e Antilonômico); e antídotos para
1676 intoxicação por metais para o CIAT do Hospital João XXIII. Citou também os documentos
1677 elaborados e enviados à SES e SMS: Plano de Ação de Emergência (PAE) de 7 e de 30 dias;
1678 Plano de emergência de monitoramento de qualidade da água para consumo humano; Nota
1679 técnica da CGST com orientações para execução de ações de atenção integral a saúde dos
1680 trabalhadores; Instrutivos para profissionais de saúde sobre informações para Intoxicação
1681 aguda por metais, DDA, Leptospirose e Hepatite A; Ofício com orientações sobre qualidade da
1682 água para consumo humano; Parecer técnico sobre os resultados do laudo da VALE de
1683 caracterização do rejeito da Barragem do Córrego do Feijão; Nota Complementar sobre
1684 qualidade da água para consumo humano; Ofício para CPRM, COPASA e Órgãos Ambientais
1685 – Considerações do Ministério da Saúde a respeito de pontos questionáveis/discordantes em
1686 relação às diferenças de valores dos resultados das análises da água apresentados; e
1687 Recomendações para atuação das equipes de Atenção Básica em situações de desastres.
1688 Destacou também as reuniões e videoconferências/teleconferências: alinhamento do Plano de
1689 Atuação em Emergência; teleconferência do COES Nacional com COES municipal Brumadinho
1690 e equipe de campo da FN-SUS – diárias; videoconferência entre Vigiagua federal e estadual
1691 para alinhamento das ações de monitoramento da qualidade da água para consumo humano
1692 nos nove municípios prioritários; videoconferência com sala de situação da Fiocruz para
1693 estabelecer o alinhamento das ações de saúde – semanal; reunião com o Ministério Público
1694 para o levantamento de necessidades de recursos para ações de saúde e definição de assento
1695 a representação do MP no COES municipal de Brumadinho; reunião com a SCTIE para
1696 estabelecimento do seguimento de saúde da população de Brumadinho e trabalhadores
1697 envolvidos no desastre; videoconferência entre COES Nacional e SES/MG para alinhamento
1698 das ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano – 02; e reunião
1699 presencial com especialistas para estabelecimento de Estudo de Coorte. Discorreu ainda sobre
1700 o planejamento com destaque para as ações de curto, médio e longo prazo: **a)** curto (30 dias):
1701 Plano de coleta de amostras água em Brumadinho e municípios prioritários, Plano das ações
1702 do SUS para os primeiros 30 dias, Avaliação dos primeiros 20 dias do COES Federal, Agenda
1703 do COES federal até dia 25 de fevereiro (30 dias do evento), Estabelecimento da capacidade
1704 de logística e realização de coleta e análise de amostras biológicas dos profissionais
1705 envolvidos nas buscas e resgate e Definição da rede laboratorial de referência para a Coorte;
1706 **b)** Médio (6 meses): continuidade da coleta e análise de amostras água, adoção de medidas de
1707 saúde com base nos resultados da análise da lama, implementação da rotina da Coorte e
1708 harmonização dos estudos e pesquisas entre as diversas intuições envolvidas; e **c)** Longo (20
1709 anos): execução da Coorte dos 20 anos. Mostrou um desenho da rede de atenção à saúde do
1710 município de Brumadinho, salientando que a Rede de retaguarda para saúde estava conforme
1711 preconizado, mas era preciso verificar como ficaria após o desastre, uma vez que o município
1712 depende financeiramente da empresa Vale. Mostrou um gráfico com evolução dos óbitos e
1713 explicou que algumas pessoas não poderão ser identificadas, o que irá gerar problemas para
1714 saúde que precisarão ser considerados. Também fez uma abordagem sobre a evolução da
1715 Pluma de Rejeitos e qualidade da água (IGAM, COPASA, CPRM e ANA), destacando
1716 estranheza quanto à qualidade da água. Sobre a turbidez da água, explicou que chegou ao
1717 índice de 34.500 e o tolerável é 5%. Salientou ainda que a análise mostrou que o Valor Máximo
1718 Permitido - VMP de metais como ferro, alumínio, níquel, chumbo, mercúrio, cádmio, zinco e
1719 arsênio está muito acima do permitido, conforme demonstrado: Manganês - VMP mg/L 0,1 –
1720 valor encontrado: 46,27; Ferro - VMP mg/L 0,3 – valor encontrado: 3095,5; Alumínio - VMP
1721 mg/L 0,2 – valor encontrado: 0,743; Chumbo - VMP mg/L: 0,01 – valor encontrado: 1,905;
1722 Níquel - VMP mg/L 0,07 – valor encontrado: 2,605; Zinco - VMP mg/L: 5 – valor encontrado:
1723 5,225; Mercúrio- VMP mg/L: 0,001 – valor encontrado: 0,004; Cádmio - VMP mg/L: 0,005 –
1724 valor encontrado: 0,813; Arsênio- VMP mg/L 0,01 - valor encontrado: 0,08; Cromo - VMP mg/L
1725 – 0,05 - valor encontrado: 2,475; e Bário - 0,7 - valor encontrado: 11,8. Explicou que essas são
1726 substâncias carcinogênicas, teratogênicas, mutagênicas e neurotóxicas, que vão causar danos
1727 à saúde. Inclusive, detalhou que Níquel, cádmio, cromo e mercúrio são os quatro elementos
1728 mais tóxicos, sendo o mercúrio um neurotóxico irreversível. No mais explicou que foi feito
1729 mapeamento das residências na área de até 100m da margem do Rio Paraopeba, pois não há
1730 segurança sanitária para liberar o consumo de água de poço. Desse modo, a mineradora Vale
1731 estava distribuindo água para a população, porém não era possível saber como essa
1732 distribuição estava sendo realizada e se atendia as necessidades das pessoas. Finalizando,

1733 apresentou os pontos de atenção: finalização do luto; resignificação do município (cultural,
1734 trabalho, renda, escolar); financiamento das ações; retaguarda laboratorial; avaliação de risco à
1735 saúde humana; coorte do exposto (epidemiológica, toxicológica e saúde mental); qualidade da
1736 água e dos alimentos; e vigilância em saúde. Por fim, disse que iria ao município de
1737 Brumadinho no final do mês para avaliar as ações desenvolvidas e planejar o desenvolvimento
1738 das próximas e a expectativa era conseguir apoiar o Município e o Estado neste momento para
1739 enfrentar a situação e também dialogar para reverter os gastos, sem impactar no SUS. A
1740 terceira expositora foi a representante do MAB, **Sara de Oliveira**, que começou agradecendo o
1741 convite, mas lamentando que, após três anos do desastre em Mariana/MG, o país vivenciara
1742 um novo “crime”, fruto de uma ação humana (deixar ou não de fazer algo). Explicou que o MAB
1743 surgiu no final da década de 70 e luta em defesa dos direitos das populações atingidas por
1744 barragem. No caso das barragens no Brasil, disse que Relatório da Comissão Especial de
1745 Direitos Humanos do CNDH apontou que estudo em sete barragens no Brasil identificou
1746 violação de dezesseis direitos humanos de forma recorrente, com destaque ao direito ao
1747 ambiente saudável e à saúde. Salientou que o CNS precisa se atentar para essas situações
1748 porque repercutem diretamente na garantia do direito das pessoas à saúde. Explicou que a
1749 ausência de uma política nacional para pessoas atingidas por barragens e a falta de conceito
1750 de pessoas atingidas por barragens são dois pontos que causam ainda mais prejuízos, pois
1751 essa lacuna possibilita às empresas responsáveis pelas barragens “reconhecerem” (ou não)
1752 quem são os atingidos. Inclusive, frisou que o conceito de atingido é amplo, pois não se refere
1753 apenas a quem perdeu sua casa ou sua terra, mas aquele que perdeu toda a sua subsistência
1754 naquele meio, que vai além da área atingida. No caso de Mariana, por exemplo, disse que
1755 muito pouco foi feito após três anos e pessoas ainda não foram reassentadas. Inclusive,
1756 denunciou que pessoas e movimentos que lutam e denunciam empresas estão sendo
1757 criminalizadas. Além dessas questões, pontou que a Política de Segurança de Barragens, de
1758 2010, representa um risco, precisando ser atualizada e era preciso avaliar também a
1759 imparcialidade dos dados incluídos nos relatórios apresentados à Agência Nacional de Águas -
1760 ANA. Salientou que no Brasil não existe fiscalização adequada de barragens, sendo a situação
1761 das privadas pior ainda. Além disso, as famílias não possuem informações adequadas sobre o
1762 risco de rompimento e treinamento para agir nesses casos. Ainda sobre Brumadinho, alertou
1763 que o número de mortos pode ser bem maior que o informado, porque famílias dizem que
1764 pessoas desaparecidas não constam na lista. Relatou que, após o desastre, o Movimento
1765 montou acampamento em Brumadinho/MG, contribuindo na atualização das listas, informação
1766 à população, cuidado com as crianças. Fez um destaque ainda aos efeitos do ocorrido, como
1767 impacto socioambiental, adoecimento mental das pessoas (perda do modo de vida, da cultura,
1768 da referência, do trabalho). Em paralelo, disse que, em Mariana/MG, dois anos após o crime,
1769 exames mostraram contaminação de pessoas por níquel e arsênio. Chamou a atenção ainda
1770 para a morte do Rio Paraopeba e o risco de contaminação do Rio São Francisco por conta do
1771 rompimento da barragem. Finalizando, disse que as ações definidas pelas autoridades são
1772 importantes e acompanhamento e contato direto com a população são essenciais nesse
1773 momento. Também aproveitou para manifestar preocupação com o cenário do país com
1774 desmonte das pautas das políticas públicas. Por fim, solicitou solidariedade aos atingidos de
1775 Brumadinho e de Mariana, além de apoio na cobrança ao Estado e ao Judiciário para definição
1776 de ações efetivas de punição dos responsáveis, bem como a adoção de medidas para garantir
1777 a segurança de barragens de maneira a reduzir a possibilidade de acidente e suas
1778 consequências. Por fim, expôs o conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** que começou
1779 destacando a semelhança entre o desastre de Brumadinho/MG e de Mariana/MG, ambos
1780 envolvendo a empresa Vale. Recordou que, após o desastre em Mariana, em 2015, o CNS
1781 enviou delegação ao Município para participar da mobilização no mês de abril. Naquele ano,
1782 estudiosos e especialistas diziam que a maioria das quase 800 barragens com rejeitos do país
1783 estava em risco, sem acompanhamento e monitoramento do Estado Brasileiro. Apesar desse
1784 alerta, nada foi feito pelo governo estadual de Minas Gerais e pelo governo federal e, após três
1785 anos, ocorreu novo “crime”, com impacto ainda maior que aquele. Salientou que a situação no
1786 país é extremamente preocupante e citou, por exemplo, a cidade de Congonhas/MG, com 54
1787 mil habitantes, rodeada por 24 barragens, nove delas com risco de rompimento. Disse que
1788 somente uma delas contém 21 milhões de metros de rejeitos e as 24 juntas contém 107
1789 milhões, assim, no caso de rompimento, a cidade de Congonhas desaparecerá. Como saída,
1790 defendeu que o país adote a decisão de extinguir as barragens de rejeitos, ainda que em longo
1791 prazo, a fim de evitar situações como as ocorridas em Brumadinho e Mariana. Também
1792 destacou a necessidade de ter a atenção para as 19 mil barragens que ameaçam o país e

1793 exemplificou destacando o Estado do Rio Grande do Norte que possuía mais de cem
1794 barragens sem dono. Disse que o CNS, por meio de representante da CISTT/CNS, estava
1795 participando dos debates com o controle social de Brumadinho. Lembrou que, semanas antes
1796 do ocorrido em Brumadinho, a sociedade reuniu-se com a Vale alertando para o risco de
1797 rompimento e nada foi feito. Assim, defendeu que o CNS cobre, de forma incisiva, medidas das
1798 autoridades porque os responsáveis pelo “crime” estavam soltos. Explicou que o Brasil é o
1799 quarto país onde mais morre trabalhadores no mundo (3 mil mortes por ano no local de
1800 trabalho) e a tendência é de crescimento desses números No espaço de trabalho, disse que os
1801 trabalhadores terceirizados, em regra, são colocados em situação mais degradantes e de maior
1802 risco que os da empresa (no caso de Brumadinho, 224 trabalhadores da Vale localizados,
1803 sendo 169 terceirizados; dos desaparecidos, 37 da Vale e 118 terceirizados). Por fim, sugeriu
1804 que o CNS enviase delegação a Brumadinho para participar do ato do controle social e
1805 movimentos sociais no local, prestar solidariedade, verificar a situação in loco e debater com o
1806 controle social local. Concluídas as explicações, foi aberta a palavra ao Pleno para
1807 manifestações. As falas foram unânimes na manifestação de solidariedade às pessoas
1808 atingidas pelo desastre em Brumadinho/MG. Dos pontos específicos das falas, destacam-se os
1809 seguintes aspectos: os gestores de áreas com risco de desastre deveriam elaborar plano de
1810 gerenciamento de riscos de desastres (Portal do Ministério das Cidades disponibiliza Manuais
1811 com orientações nesse sentido); sistema de Brumadinho está isolado e não haverá problema
1812 com abastecimento em Belo Horizonte; a empresa Vale precisa assumir o custo das ações
1813 pós-desastre, inclusive do tratamento da água que apresenta grande quantidade de metais
1814 pesados; o crime em Brumadinho é uma demonstração clara de situações em que o Estado
1815 deixa de regular as relações e a empresa assume o comando; a realização de conferência livre
1816 em Brumadinho é importante neste momento; é preciso conhecer as ações do Ministério do
1817 Meio Ambiente diante dos danos causados ao meio ambiente; o controle social e a sociedade
1818 precisam ficar atentos porque houve omissão do Estado no caso de Brumadinho/MG, assim,
1819 como em Mariana/MG; faz-se necessário aprofundar o debate sobre responsabilidade
1820 subsidiária; os movimentos sociais estão sendo perseguidos e criminalizados e, na situação de
1821 Brumadinho, o comitê de crise precisa ouvir o movimento social; quais as ações do comitê de
1822 crise para o futuro?; Como garantir que os donos das empresas sejam responsabilizados por
1823 seus crimes?; é preciso ter atenção também para os trabalhadores que não trabalhavam na
1824 Vale e foram atingidos; a impunidade no Brasil precisa acabar, pois, enquanto isso não
1825 acontecer, muitas vidas ainda serão perdidas; é preciso conhecer o que está sendo feito em
1826 relação às barragens em risco (quantas estão em risco, onde estão e qual a quantidade de
1827 fiscais?); o que o governo está fazendo em relação à população que vive nas áreas de risco?;
1828 Quem vai pagar pelos custos das ações, inclusive de saúde, realizadas em Brumadinho?; o
1829 “crime” de Brumadinho demonstra o sofrimento cotidiano das populações mais vulneráveis; o
1830 CNS também precisa lutar contra as propostas de reforma trabalhista e da previdência, que
1831 também afetarão os direitos dos trabalhadores; o que fazer para que as pessoas tenham
1832 proteção social?; o Estado Brasileiro reconhece a sua responsabilidade neste crime e quais as
1833 providências adotadas?; qual a relação custo/benefício em relação à vinda da delegação de
1834 Israel ao Brasil; a tragédia de Brumadinho é “lesa pátria, lesa SUS”; o Estado passou a ser
1835 cúmplice nessas tragédias e nas outras que virão, porque não cumpriu o seu papel; é essencial
1836 responsabilizar os culpados e cobrar medidas; o ocorrido em Brumadinho é um “crime” contra a
1837 natureza e a população brasileira; elogios ao trabalho do SUS e da defesa civil; barragens
1838 registradas não representam o total existente no Brasil, o que agrava a situação;
1839 reconhecimento à atuação do Movimento dos Atingidos por Barragens – onde o Estado falha, o
1840 movimento social assume; indignação com o governo que privatiza e não regula, nem garante
1841 profissionais para fiscalização; quais serão as ações governamentais de fiscalização e
1842 controle?; e quais são as estratégias para atendimento das pessoas em saúde mental?. Além
1843 dessas questões, foram apresentadas as seguintes propostas: elaborar recomendação à Casa
1844 Civil da Presidência da República com recomendações ao Comitê de Gestão e Avaliação de
1845 Respostas a Desastres (o texto foi elaborado a partir do debate e apreciado no último item da
1846 pauta); elaborar moção de reconhecimento, homenagem e agradecimento aos bombeiros e
1847 bombeiras, trabalhadores e trabalhadoras do SUS e do SUAS, voluntários e voluntárias,
1848 apoiadores e apoiadoras, movimentos sociais envolvidos (direta ou indiretamente) no resgate,
1849 acolhimento, atendimento, cuidado às vítimas e seus familiares no crime da Vale; questionar os
1850 órgãos reguladores sobre as ações afirmativas que serão adotadas diante dos gastos do SUS
1851 (a Vale precisa ser responsabilizada e ressarcir o SUS); é preciso adotar duas linhas de ação:
1852 verificar a situação das barragens e iniciar processo de esvaziamento, a fim de evitar novas

1853 tragédias; incluir novas possibilidades de ação no processo de articulação, já em andamento,
1854 entre a SE/CNS e o Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de
1855 Brumadinho/MG (conforme deliberação da 313ª RO, realizada em janeiro de 2019); realizar
1856 visita *in loco* e definir estratégias de realização/priorização da Conferência Municipal ou
1857 inclusão das demandas na Conferência Estadual de MG no momento oportuno; realizar
1858 conferência livre sobre a temática dos atingidos por barragens; e realizar ato na etapa nacional
1859 da 16ª Conferência sobre o ocorrido e/ou realizar uma reunião do CNS em Minas Gerais.
1860 **Retorno da mesa.** O Subchefe Adjunto de Políticas Econômicas da Subchefia de Articulação e
1861 Monitoramento da Casa Civil - Comitê de Crise do Governo Federal, **Pedro Florêncio**,
1862 agradeceu as falas e respondeu de forma geral às intervenções, destacando que: CNS pode
1863 ser convidado a apresentar suas posições no Comitê; solicitará a elaboração de documento
1864 esclarecendo o que foi feito até o momento; e o custo do Brasil com a vinda da equipe de Israel
1865 foi de alojamento e a operação foi exitosa. A representante do DSAST/SVS/MS, **Daniela**
1866 **Buosi Rohlfis**, pontuou as seguintes questões a partir das falas: 28 de abril é o dia Mundial em
1867 Memória das Vítimas de Acidentes de Trabalho; é preciso sair da vontade de fazer para a
1868 execução de fato; várias comunidades do local viviam da pesca e foram prejudicadas. Por fim,
1869 disse que é preciso ter vontade de fazer diferente e não perder a delicadeza do olhar do SUS.
1870 A representantes do Movimento dos Atingidos por Barragens - MAB, **Sara de Oliveira**, em
1871 relação às questões que emergiram das intervenções, pontou que: a privatização representa
1872 perigo e a defesa da estatização das empresas deve ser uma bandeira do controle social e dos
1873 movimentos; é preciso exigir providências do Estado e ouvir as pessoas atingidas; e o
1874 Movimento elaborou minuta de Política das Pessoas Atingidas e deseja debater com as
1875 autoridades. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** pontuou na sua fala os seguintes
1876 aspectos: responsabilidade subsidiária é um problema, a reponsabilidade que era real, agora é
1877 subjetiva, diante da reforma trabalhista; a situação de Congonhas/MG é crítica e precisa de
1878 atenção; 20 acidentes com barragens no mundo, sete no Brasil (em Minas Gerais) - 1987,
1879 2001, 2003, 2007, 2014, 2015, 2019 (a série histórica mostra a diminuição do tempo entre um e
1880 outro desastre ao longo desses anos). Feitas essas considerações, a mesa passou aos
1881 encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno decidiu: 1) incluir novas possibilidades de ação**
1882 **no processo de articulação, já em andamento, entre a SE/CNS e o Conselho Municipal de**
1883 **Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Brumadinho/MG (conforme deliberação da**
1884 **313ª RO, realizada em janeiro de 2019, visita *in loco*, estratégias de realização/priorização**
1885 **da Conferência Municipal ou inclusão das demandas na Conferência Estadual de MG no**
1886 **momento oportuno), como realizar conferência livre sobre a temática dos atingidos por**
1887 **barragens, realizar ato na etapa nacional da 16ª Conferência sobre o ocorrido e/ou**
1888 **realizar uma reunião do CNS em Minas Gerais (essas propostas serão remetidas à Mesa**
1889 **Diretora do CNS); 2) elaborar recomendação à Casa Civil da Presidência da República**
1890 **com recomendações ao Comitê de Gestão e Avaliação de Respostas a Desastres (o texto**
1891 **foi elaborado a partir do debate e apreciado no último item da pauta); e 3) elaborar**
1892 **moção reconhecimento em homenagem, aplausos e agradecimento aos bombeiros e**
1893 **bombeiras, trabalhadores e trabalhadoras do SUS e do SUAS, voluntários e voluntárias,**
1894 **apoiadores e apoiadoras, movimentos sociais envolvidos (direta ou indiretamente) no**
1895 **resgate, acolhimento, atendimento, cuidado às vítimas e seus familiares no crime da**
1896 **Vale S.A. que ocasionou a tragédia em Brumadinho/MG (o texto foi elaborado a partir do**
1897 **debate e apreciado no último item da pauta). ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
1898 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Apresentação: Francisco Funcia**, assessor
1899 técnico da COFIN/CNS *Coordenação:* conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do
1900 CNS e coordenador da COFIN/CNS; e conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa
1901 Diretora do CNS. Conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, explicou que a
1902 COFIN elaborou análise preliminar e sintética das planilhas de execução orçamentária e
1903 financeira recebidas da SPO/MS (dez. 2018-fechado-17/01/2019) e uma minuta de resolução
1904 com diretrizes referentes à definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde
1905 que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias
1906 da União para 2020. Diante do avançado da hora, o assessor técnico da COFIN/CNS,
1907 **Francisco Funcia**, apresentou a análise preliminar e sintética das planilhas de execução
1908 orçamentária e financeira recebidas da SPO/MS (dez2018-fechado-17/01/2019), com destaque
1909 para os seguintes pontos: empenho em 2018 foi menor que a variação da inflação, o que
1910 significa que houve queda real da aplicação de recursos em Ações e Serviços Públicos em
1911 Saúde – ASPS; MS – ASPS e não ASPS – 2018 - níveis de execução orçamentária e
1912 financeira – consolidado: Ações e serviços públicos de saúde, empenho adequado e liquidação

1913 regular, total geral do MS: empenho adequado e liquidação regular; Restos a Pagar – gradativa
1914 redução até 2016, inflexão forte em 2017 (recorde), queda em 2018; execução orçamentária
1915 das emendas parlamentares – valor liquidado: R\$ 7 bilhões e empenhado: R\$ 8,84 bilhões –
1916 acréscimo de 19% em relação a 2017 (o representante da SPO/MS informou que os valores
1917 totais estão corretos, mas que deve ter ocorrido erro no preenchimento dessas linhas no
1918 arquivo que a COFIN/CNS recebeu. O arquivo será reenviado corrigido); e nível de liquidação
1919 da despesa – há tendência na forma de execução, sendo necessário compreender esse
1920 processo; e MS – Restos a Pagar - execução financeira em 2018: de 2003 a 2017 – R\$ 21
1921 bilhões de inscrição e reinscrição, R\$ 1,9 bi cancelado, R\$ 12,4 bi pagos e R\$ 7,5 bi de saldo a
1922 pagar (34% da inscrição e reinscrição). Aberta a palavra, os conselheiros solicitaram
1923 esclarecimentos e o coordenador da COFIN respondeu contemplando os seguintes aspectos: a
1924 COFIN colocou-se à disposição para realizar capacitação dos conselheiros sobre orçamento e
1925 financiamento e é possível fazer capacitação EAD, realizada em parceria com a CGU; a falta
1926 de medicamentos pode ser resultado da baixa execução orçamentária do item aquisição de
1927 medicamentos estratégicos; é possível solicitar ao MS a estratificação de dados sobre
1928 população LGBT; LC 141 trouxe a necessidade de fazer avaliação e apontamento para os
1929 relatórios trimestrais – a COFIN aponta os itens que necessitam de correção e envia à
1930 Casa Civil; é importante fazer interlocução com as áreas técnicas, inclusive para assegurar a
1931 participação nas comissões; e a COFIN verificará a possibilidade de detalhar os dados relativos
1932 à pessoa com deficiência. O assessor técnico da COFIN acrescentou os seguintes aspectos:
1933 há anos, a SPO/MS disponibiliza as planilhas da execução orçamentaria para análise da
1934 execução mensal - em 2004/2005, foi definido critério de análise e, em 2016, a COFIN definiu
1935 outros critérios – e a SPO contribui para aprimorar a metodologia de análise; é preciso
1936 desenvolver processo de trabalho interno envolvendo todas as comissões do CNS e as áreas
1937 temáticas do MS para garantir integração mais efetiva; é importante aprimorar a participação
1938 das áreas técnicas do MS - secretarias, departamentos – no processo de análise da execução
1939 feita pelo CNS. Devido o adiantado da hora, a resolução seria apreciada no último item de
1940 pauta. Definido esse ponto, às 13h15, a mesa interrompeu para o almoço. Estiveram presentes
1941 os seguintes conselheiros e conselheiras na manhã do segundo dia de reunião: *Titulares* -
1942 **Altamira Simões dos Santo de Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População
1943 Negra e Aids; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus,
1944 Doenças Reumáticas e Raras – SUPERANDO; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional
1945 dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos
1946 Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares – CONTAG; **Antônio Magno de**
1947 **Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços –
1948 CNSaúde; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas
1949 Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Denise Torreão Correa da Silva**, Conselho Federal
1950 de Fonoaudiologia – CFFA; **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais – FBH;
1951 **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Elisabete Pimenta**
1952 **Araújo Paz**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Fernando Zasso Pigatto**,
1953 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gerídice Lorna Andrade**
1954 **de Moraes**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Gilene José**
1955 **dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos -
1956 SINTAPI/CUT; **Joicy Damares Pereira**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
1957 Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **José Eri Borges de Medeiros**, Conselho Nacional
1958 de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa
1959 Idosa – PPI; **José Felipe dos Santos**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Jupiara**
1960 **Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das
1961 Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Laís Alves de Souza Bonilha**,
1962 Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Luiz Aníbal Vieira Machado**,
1963 Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação
1964 Nacional das Associações e Entidades de Diabetes – FENAD; **Marisa Furia Silva**, Associação
1965 Brasileira de Autismo – ABRA; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de Psicologia – CFP;
1966 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS –
1967 ANAIDS; **Nara Monte Arruda**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Neilton Araújo de**
1968 **Oliveira**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira dos
1969 Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos
1970 Enfermeiros – FNE; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema
1971 Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; e **Vanja Andréa Reis dos Santos**,
1972 União Brasileira de Mulheres – UBM. *Suplentes* - **Abrahão Nunes da Silva**, Central de

1973 Movimentos Populares – CMP; **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de
1974 Medicina Veterinária – CFMV; **Alceu Kuhn**, Organização Nacional de Cegos do Brasil –
1975 ONCB; **Allan Nuno Alves de Sousa**, Ministério da Saúde; **Allan Quadros Garcês**, Ministério
1976 da Saúde; **Ana Clébea Nogueira Pinto de Medeiros**, Federação Brasileira de Instituições
1977 Filantrópicas de Apoio; **Ana Paula Batista Soledade**, Associação Brasileira dos Ostimizados –
1978 ABRASO; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física - CONFEEC;
1979 **Casemiro dos Reis Júnior**, Federação Médica Brasileira – FMB; **Daniela Buosi Rohlf**,
1980 Ministério da Saúde; **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e
1981 Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Elias Marques Ferreira**, Federação Brasileira de Hemofilia –
1982 FBH; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI;
1983 **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Giancarlo de**
1984 **Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Gláucia Tamayo Hassler**
1985 **Sugai**, Ministério das Cidades; **Joana Indjaian Cruz**, Associação de Controle do Tabagismo
1986 Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos – ACT; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1987 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Lenise Aparecida Martins Garcia**,
1988 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato
1989 Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDNAPI/FS; **Márcio Florentino Pereira**,
1990 Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; **Maria Laura Carvalho Bicca**,
1991 Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**,
1992 Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; **Rodrigo César Faleiros de Lacerda**, Conselho
1993 Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Tiago Farina Matos**, Instituto
1994 Oncoguia; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; e
1995 **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia - CFF. Retomando, às
1996 14h10, a mesa foi composta para o item 10 da pauta. **ITEM 10 – 6ª CONFERÊNCIA**
1997 **NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA E 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -**
1998 *Apresentação:* conselheiro **Fernando Pigatto**, Presidente do CNS; e **Maria Eugênia Cury**,
1999 assessora do CNS. **6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena – CNS –** Conselheiro
2000 **Haroldo de Carvalho Pontes** informou que a comissão de relatoria se reuniria em dois
2001 momentos no mês de março (de 11 a 15 e na última semana) para compilar as propostas das
2002 etapas locais e distritais que serão apresentadas na etapa nacional. Conselheiro **Neilton**
2003 **Araújo de Oliveira** destacou que a 6ª CNSI é uma etapa importante inclusive da 16ª CNS. **16ª**
2004 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** informou
2005 que as etapas municipais estavam ocorrendo, seguindo o calendário da 16ª Conferência (de 2
2006 de Janeiro a 15 de abril de 2019). Lembrou a responsabilidade dos conselheiros na
2007 mobilização para as conferências realizadas nos seus respectivos estados. Também
2008 comunicou que a comissão organizadora da 16ª Conferência se reuniria com as comissões
2009 temáticas. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto** iniciou reiterando que a 16ª Conferência é a
2010 prioridade número 1 do CNS em 2019, portanto, as atividades desse Pleno devem articular-se
2011 a esse evento. Agradeceu às entidades e aos movimentos que atenderam a sua solicitação de
2012 envio de informações sobre a realização das etapas municipais e estaduais da 16ª
2013 Conferência. Nessa linha, reiterou a solicitação aos conselheiros que se empenhem para
2014 acompanhar as conferências da sua região e disponibilizem informações ao CNS. Também
2015 disse que foram elaborados dois materiais, um sobre o Documento Orientador e outro com
2016 informações gerais sobre os temas da 16ª Conferência, para subsidiar os debates das etapas
2017 municipais e estaduais, bem como das etapas preparatórias. Informou, inclusive que havia 500
2018 conferências municipais programadas e dezenove estaduais marcadas. Por fim, apresentou a
2019 proposta de realizar, na semana do Dia Mundial da Saúde, o lançamento das etapas estaduais
2020 da 16ª Conferência, no dia 3 de abril, no Congresso Nacional, com a presença dos presidentes
2021 de conselhos estaduais de saúde. Aberta a palavra ao Pleno, foram colocadas as seguintes
2022 questões: enviar o calendário das conferências municipais e estaduais aos conselheiros
2023 nacionais; será realizada conferência livre LGBT porque o momento requer; os arquivos sobre
2024 a 16ª Conferência devem ser enviados em formato compatível que possibilite modificações. Por
2025 fim, informou que as informações sobre as datas das conferências seriam enviadas aos
2026 conselheiros. **ITEM 11 – COMISSÕES E ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Câmaras**
2027 **Técnicas. Grupo de Trabalho - Coordenação:** conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa
2028 Diretora do CNS; e conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do
2029 CNS. **1) Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN. Minuta de**
2030 **Resolução.** O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua 314ª
2031 Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de fevereiro de 2019, no uso de suas
2032 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de

2033 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de
2034 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e
2035 da legislação brasileira correlata; e Considerando o capítulo da Constituição Federal que define
2036 a natureza pública e universal do SUS; Considerando o processo de elaboração da
2037 Programação Anual de Saúde e do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para
2038 2020, especialmente a proposta a ser apresentada pelo Ministério da Saúde; Considerando a
2039 necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde, que tenha a atenção básica como a
2040 ordenadora dessa rede de atenção, essencial na consolidação do SUS e do direito universal à
2041 saúde; Considerando a necessidade de recursos adequados para a garantia dos princípios da
2042 universalidade, gratuidade e integralidade do Sistema Único de Saúde; Considerando os
2043 efeitos negativos da Emenda Constitucional no 95/2016, que estabelece como parâmetro da
2044 aplicação mínima em ações e serviços de saúde, até o exercício de 2036, o valor de 15% da
2045 Receita Corrente Líquida de 2017, em desacordo com a vontade popular manifestada no
2046 Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP no 321/2013), que obteve mais de 2,2 milhões de
2047 assinaturas auditadas em favor da alocação mínima de 10% das receitas correntes brutas da
2048 União para o financiamento federal das ações e serviços públicos de saúde, cujo percentual
2049 equivalente em termos de receita corrente líquida consta de dispositivo da Proposta de
2050 Emenda Constitucional no 01-D/2015 aprovada em primeiro turno pela Câmara dos Deputados
2051 em 2016; Considerando a impossibilidade jurídico-constitucional de redução dos valores
2052 mínimos aplicados em saúde pelas regras constitucionais anteriores, sob pena de violação da
2053 efetividade do direito à saúde e da igualdade federativa, com aumento das desigualdades
2054 regionais; Considerando a Resolução CNS nº 507/2016, que dispõe sobre as deliberações da
2055 15ª Conferência Nacional de Saúde; Considerando o caráter deliberativo do controle social,
2056 destacando que cabe aos Conselhos de Saúde, enquanto instância máxima do Sistema Único
2057 de Saúde, deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades nas matérias
2058 constantes dos planos plurianuais, das leis de diretrizes orçamentárias, das leis orçamentárias
2059 e dos planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do
2060 Distrito Federal e dos Municípios (Lei Complementar no 141/2012, §4º, artigo 30); e
2061 Considerando a realização da etapa nacional da 16ª (8ª+8) Conferência Nacional de Saúde em
2062 Brasília de 04 a 07 de agosto de 2019, precedida pelas etapas municipais, de 02 de janeiro a
2063 15 de abril, e estaduais e distrital, de 16 de abril a 15 de junho, bem como as atividades
2064 preparatórias para esse fim. Resolve: aprovar as seguintes diretrizes referentes à definição de
2065 prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual
2066 de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2020. Seção Única. Da
2067 Deliberação das Diretrizes e Prioridades. Art. 1º Para o estabelecimento de prioridades para as
2068 ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto
2069 de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2020, o Ministério da Saúde deverá observar
2070 as seguintes diretrizes: I - investimento de todo o orçamento da saúde em prol da consolidação
2071 do SUS universal e de qualidade, mediante a obtenção do financiamento suficiente para o
2072 Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo os valores das transferências fundo a fundo da União
2073 para os Estados, Distrito Federal e Municípios conforme critérios, modalidades e categorias
2074 pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e deliberadas pelo Conselho Nacional de
2075 Saúde nos termos do artigo 17 da Lei Complementar no 141/2012, para promover a: a)
2076 otimização da aplicação dos recursos públicos já destinados, especialmente, pela
2077 disponibilização integral e tempestiva de recursos e a ausência de contingenciamento
2078 orçamentário e financeiro de dotações do Ministério da Saúde na Lei Orçamentária de 2020,
2079 bem como da ausência de limite de pagamento para os restos a pagar inscritos e reinscritos
2080 para execução financeira em 2020. b) alocação de recursos suficientes para uma mudança de
2081 modelo de atenção à saúde, que fortaleça a atenção primária/básica como responsável
2082 sanitária para uma população territorialmente referenciada, fazendo com que seja a principal
2083 porta de entrada ao SUS e a ordenadora dos cuidados de saúde nas redes de atenção; c)
2084 priorização da alocação de recursos orçamentários e financeiros públicos de saúde para o
2085 fortalecimento e ampliação das unidades próprias de prestação de serviço no âmbito do SUS e
2086 para a ampliação das equipes de saúde da família; d) criação de dotação orçamentária
2087 específica para a aplicação, adicional ao mínimo exigido para ações e serviços públicos de
2088 saúde em 2020, dos valores totais de Restos a Pagar cancelados em 2019 e dos ainda
2089 pendentes de compensação que foram cancelados desde 2012; e) garantia da fixação dos
2090 profissionais de saúde, principalmente na Região Norte do Brasil, em áreas periféricas das
2091 regiões metropolitanas, em áreas rurais, do interior e de difícil acesso, mediante alocação
2092 suficiente de recursos orçamentários e financeiros em processo continuado de melhoria de

2093 qualidade, estimulando e valorizando a força de trabalho do SUS, formulação e implantação de
2094 Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários; f) alocação adicional de recursos para as
2095 ações e serviços públicos de saúde em relação ao piso de empenho e teto de pagamento
2096 fixados pela Emenda Constitucional 95/2016 para garantir o processo de transição do
2097 estabelecimento de nova metodologia para definição dos critérios de rateio de recursos a
2098 serem transferidos do Fundo Nacional de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios se
2099 pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e deliberados pelo Conselho Nacional de
2100 Saúde, conforme estabelece o caput do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012. II -
2101 ampliação da pactuação do saneamento básico e saúde ambiental, incluindo tratamento
2102 adequado dos resíduos sólidos, dando a devida prioridade político-orçamentária, para a
2103 promoção da saúde e redução dos agravos e das desigualdades sociais; III - contribuição para
2104 erradicar a extrema pobreza e a fome no País. IV – garantia de recursos orçamentários e
2105 financeiros para além do piso de empenho e teto de pagamento fixados pela Emenda
2106 Constitucional 95/2016 de modo a impedir a redução em 2020, em termos de valores reais, da
2107 aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde em comparação aos maiores valores
2108 empenhados a partir de 2014, inclusive enquanto proporção da receita corrente líquida, bem
2109 como para a integral disponibilidade financeira para o pagamento em 2020 das despesas
2110 empenhadas no exercício e dos restos a pagar inscritos e reinscritos, além do cumprimento de
2111 outras diretrizes estabelecidas nesta Resolução. Art. 2º O Ministério da Saúde, em observância
2112 ao disposto no artigo 1º, deverá atender também às seguintes diretrizes: I - garantia do acesso
2113 da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao
2114 atendimento das necessidades de saúde, de modo a considerar os determinantes sociais,
2115 atendendo às questões culturais, de raça/cor/etnia, gênero, orientação sexual, identidade de
2116 gênero e geração e de ciclos de vida, aprimorando a política de atenção básica e a atenção
2117 especializada e a consolidação das redes regionalizadas de atenção integral às pessoas no
2118 território; II - redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de
2119 promoção, prevenção e vigilância em saúde; III - garantia da atenção integral à saúde da
2120 criança, com especial atenção nos dois primeiros anos de vida, e da mulher, com especial
2121 atenção na gestação, aos seus direitos sexuais e reprodutivos, e às áreas e populações em
2122 situação de maior vulnerabilidade social, população com deficiência, especialmente a
2123 população em situação de rua, ribeirinhos, povo do campo/água/floresta, população negra,
2124 quilombolas, LGBT e ciganos; IV - aprimoramento das redes de urgência e emergência, com
2125 expansão e adequação de suas unidades de atendimento, do SAMU e das centrais de
2126 regulação, bem como das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), estimulando o
2127 funcionamento com pessoal capacitado e em quantidade adequada, articulando-as com outras
2128 redes de atenção; V - fortalecimento de todas as redes de atenção pública, em especial a rede
2129 de saúde mental e demais transtornos, com ênfase nas ações de promoção e prevenção
2130 relacionadas ao uso problemático de crack, álcool e outras drogas, com ampliação e garantia
2131 de abertura e/ou manutenção dos investimentos dos serviços da rede própria e leitos integrais
2132 em hospitais gerais, bem como as redes de atenção às pessoas com deficiência e à saúde
2133 bucal; VI - garantia da atenção integral à saúde da mulher, do homem, da pessoa com
2134 deficiência, da pessoa idosa e das pessoas com doenças crônicas, raras e negligenciadas,
2135 estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção,
2136 prevenção e reabilitação, bem como o fortalecimento de espaços para prestação de cuidados
2137 prolongados e paliativos e apoio à consolidação do Plano Nacional de Enfrentamento às
2138 Doenças Crônicas Não Transmissíveis; VII - aprimoramento do Subsistema de Atenção à
2139 Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado na atenção diferenciada, no cuidado integral e
2140 intercultural, observando as práticas de saúde tradicionais, com controle social, garantindo o
2141 respeito às especificidades culturais, com prioridade para a garantia da segurança alimentar;
2142 VIII - garantia da implementação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e
2143 da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica, que incentivam a produção de
2144 alimentos ambiental, social e economicamente sustentáveis; IX - contribuição para a adequada
2145 formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos
2146 profissionais que atuam na área da saúde; X – garantir e implementar gestão pública e direta
2147 com instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão
2148 participativa e democrática, qualificada e resolutiva com participação social e financiamento
2149 estável; XI - qualificação dos instrumentos de execução direta com contratualização dos
2150 serviços públicos que garantam a autonomia administrativa e financeira desses serviços,
2151 gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS; XII - garantia e aprimoramento da
2152 assistência farmacêutica universal e integral no âmbito do SUS, estimulando e pactuando a

2153 estruturação da rede de serviços e a sua força de trabalho da assistência farmacêutica das três
2154 esferas de governo; XIII - fortalecimento do complexo industrial e de ciência, tecnologia e
2155 inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento
2156 econômico, social e sustentável, reduzindo a vulnerabilidade do acesso à saúde e da
2157 assistência farmacêutica no âmbito do SUS; XIV - garantia da regulação e fiscalização da
2158 saúde suplementar, assegurando a participação dos Conselhos de Saúde neste processo; XV -
2159 promoção da participação permanente do Conselho Nacional de Saúde no processo de
2160 formulação das políticas do Ministério da Saúde conforme Lei Orgânica do SUS; XVI - garantia
2161 da implementação e efetivação da política nacional de práticas integrativas e complementares
2162 em saúde e sua inserção nos três níveis de assistência, da política nacional de promoção de
2163 saúde e de educação popular em saúde; XVII - aprimoramento da política nacional de
2164 comunicação em saúde, propiciando mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade
2165 em torno das diretrizes do SUS e da política de saúde como meio de atender as demandas
2166 sociais; XVIII - aprimoramento do controle às doenças endêmicas, parasitárias e zoonoses,
2167 melhorando a vigilância à saúde, especialmente ao combate do mosquito *Aedes aegypti* e
2168 demais arbovíroses, raiva e leishmaniose; XIX - aprimoramento e fiscalização da rotulagem de
2169 alimentos com informações claras e não enganosas ao consumidor, especialmente em relação
2170 aos impactos do uso de agrotóxicos e organismos geneticamente modificados (transgênicos),
2171 bem como a regulamentação da rotulagem nutricional frontal de advertência e práticas de
2172 publicidade e comercialização de alimentos não saudáveis, como aqueles de alto teor de sódio
2173 gorduras e açúcar, principalmente voltada ao público infanto-juvenil e as pessoas com
2174 necessidades alimentares especiais (celíacos, diabéticos, hipertensos, alérgicos e com
2175 intolerância alimentar); XX - regulamentação e monitoramento da Norma Brasileira de
2176 Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância (NBCAL), de forma que
2177 não haja interferência na prática do aleitamento materno; XXI - qualificação do transporte de
2178 pessoas assistidas pela rede pública de saúde, que proteja os usuários de constrangimentos
2179 combatidos historicamente pelo SUS; e XXII - ampliação e garantia de funcionamento de pelo
2180 menos um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) por região de saúde.
2181 Art.3º Essas diretrizes anteriores deverão ser compatibilizadas com as deliberações a serem
2182 aprovadas na 16ª (8ª+8) Conferência Nacional de Saúde a ser realizada de 04 a 07 de agosto
2183 de 2019, na sua etapa nacional, para incorporação no processo de elaboração do Plano
2184 Plurianual 2020-2023, da Lei de Diretrizes Orçamentárias 2020 e da Lei Orçamentária de
2185 2020.” **Deliberação: a resolução foi aprovada com ajustes no texto.** Conselheiro **José Eri**
2186 **de Medeiros** interveio para solicitar espaço para apresentar o “Painel de apoio à gestão”, uma
2187 ferramenta, lançada pelo CONASEMS, que reúne informações para auxiliar planejamento do
2188 gestor. **Encaminhamento: remeter à Mesa Diretora do CNS para verificar a possibilidade**
2189 **de pautar no Radar. 2) Minuta de recomendação.** O texto é o seguinte: “Recomendação n.º.,
2190 de 15 de fevereiro de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua
2191 Trecentésima Décima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de fevereiro de
2192 2019, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080,
2193 de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei
2194 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de
2195 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da
2196 legislação brasileira correlata; e Considerando que a Medida Provisória nº 870/2019, que
2197 estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios,
2198 promove mudanças substanciais nos Ministérios que desconstroem direitos e conquistas
2199 sociais; considerando o disposto no art. 5º da MP 870 que confere à Secretaria de Governo a
2200 competência de monitorar organismos internacionais e entidades da sociedade civil, ferindo a
2201 liberdade de organização garantida na Constituição Federal (Art. 62), que veta a edição de
2202 Medidas Provisórias relativas à Cidadania; Considerando que a MP 870/2019 transferiu
2203 atribuições, tais como a demarcação de terras indígenas e de comunidades quilombolas, que
2204 eram da Funai e Incra, para o Ministério da Agricultura, órgão responsável pela gestão das
2205 políticas públicas de estímulo à agropecuária e pelo fomento do agronegócio, submetendo à
2206 regressão dos direitos dos povos indígenas e quilombolas e violando a Convenção 169 da
2207 OIT/ONU; considerando que, com a extinção do Ministério da Previdência Social e
2208 incorporação ao Ministério da Economia, prevista na MP 870/2019, a questão da previdência
2209 social passa a ser estruturada somente na perspectiva econômica, afastando-se dos princípios
2210 constitucionais da seguridade social (Art. 194 da Constituição Federal); considerando que com
2211 a extinção do Ministério do Trabalho, o Ministério da Economia, absorveu atribuições que
2212 envolvem maior volume de recursos, como o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS)

2213 e o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), além de acumular responsabilidades como a
2214 definição de políticas e diretrizes para a geração de emprego e renda e de apoio ao
2215 trabalhador; fiscalização do trabalho e aplicações de sanções previstas em normas legais ou
2216 coletivas, além da definição de política salarial; segurança e saúde do trabalho e regulação
2217 profissional, colocando a questão do trabalho exclusivamente para a perspectiva patronal e
2218 econômica, colocando em risco a garantia de direitos e conquistas dos trabalhadores;
2219 considerando que, ao se construir um Ministério da Cidadania com amplas atribuições (Art. 23)
2220 e responsabilidades sobre políticas de grande complexidade, amplitude, diversidade e
2221 especificidades (desenvolvimento social, segurança alimentar e nutricional; assistência
2222 social, renda de cidadania, drogas, cultura, desenvolvimento da prática dos esportes), coloca-
2223 se em risco a continuidade da execução de cada uma dessas políticas conforme as diretrizes já
2224 estabelecidas, submetendo-as a deformações que comprometem sua efetividade, incluso
2225 desconstruindo o SUAS (Sistema Único de Assistência Social); considerando que o Art. 47 da
2226 MP 870/2019, que versa sobre as competências do Ministério da Saúde, restringe a um mínimo
2227 as atribuições do Ministério da Saúde, não referenciando no corpo do texto o SUS (Sistema
2228 Único de Saúde), omitindo a atribuição do ordenamento da formação profissional, da gestão do
2229 trabalho e da educação em saúde entre suas competências, reduzindo a formatação do
2230 Ministério da Saúde as seis secretarias ainda indefinidas, com o agravamentos de que por
2231 exemplo a saúde mental e a saúde indígena sequer são citadas; considerando que a
2232 revogação parcial do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA),
2233 excluindo sua forma de composição de 1/3 de governo e 2/3 de sociedade civil, extingue o
2234 espaço conquistado pela sociedade brasileira e referência internacional no combate à pobreza
2235 e a fome, ferindo o direito de mobilização, controle e participação social na construção de
2236 políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutricional, garantidas constitucionalmente.
2237 Recomenda: ao Congresso Nacional que sejam rejeitados os artigos da Medida Provisória nº
2238 870/2019 que fragilizam a garantia dos direitos conquistados no âmbito da cidadania, da
2239 saúde, do trabalho, da seguridade social, dos povos tradicionais, da segurança alimentar e
2240 nutricional, da mobilização, controle e participação social.” **Deliberação: a recomendação foi**
2241 **aprovada por unanimidade, com uma alteração. 3)** Minuta de recomendação. O texto é o
2242 seguinte: **“Recomendação nº 000, de 15 de fevereiro de 2019.** O Plenário do Conselho
2243 Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Quarta Reunião Ordinária, realizada
2244 nos dias 14 e 15 de fevereiro de 2018, e no uso de suas competências regimentais e
2245 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28
2246 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto
2247 nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República
2248 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que a
2249 promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, redireciona o modelo de cuidado em
2250 saúde mental, priorizando os serviços comunitários e extra-hospitalares, devendo a internação
2251 psiquiátrica ser realizada somente como último recurso assistencial, em caráter excepcional;
2252 considerando a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015), destinada a
2253 assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades
2254 fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania;
2255 considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da
2256 comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e cria a Conferência de Saúde
2257 enquanto instância colegiada a se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários
2258 segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação
2259 da política de saúde nos níveis correspondentes; considerando a Nota Técnica nº 11/2019-
2260 CGMAD/DAPES/SAS/MS, que trata de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas
2261 Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, do Ministério da Saúde, publicada em 4 de
2262 fevereiro de 2019, que aponta um grande retrocesso nas conquistas alcançadas com a
2263 Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001), marco na luta antimanicomial ao
2264 estabelecer a importância do respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos
2265 mentais no Brasil; considerando o posicionamento do CNS em matéria de saúde mental,
2266 sobretudo, na Recomendação nº 001, de 31 de janeiro de 2018, ao Ministério da Saúde para a
2267 revogação da Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017; a publicação de portaria em
2268 substituição, que esteja de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, de
2269 modo a reverter os retrocessos acima apontados; e que qualquer alteração da Política Nacional
2270 de Saúde Mental seja amplamente discutida com o pleno do Conselho Nacional de Saúde;
2271 considerando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das
2272 Nações Unidas (ONU), em especial o de nº 3, que indica o dever de “assegurar uma vida

2273 saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”; considerando os debates
2274 realizados durante a última Reunião Ordinária da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde
2275 nos Ciclos de Vida (CIASCV/CNS), realizada nos dias 23, 24 e 25 de outubro de 2018, no item
2276 7 da pauta, que debateu, entre outros, a linha de cuidados de atenção integral ao idoso;
2277 considerando as propostas retiradas no Seminário de Saúde Mental, realizado pela Comissão
2278 Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde (CISM/CNS), em 19 e 20 de
2279 novembro de 2018, para subsidiar a 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8 CNS), que
2280 reforçam as conquistas da Política Nacional de Saúde Mental e da Luta Antimanicomial;
2281 considerando o Comentário Geral nº 7 da Organização das Nações Unidas, de 03 de outubro
2282 de 2018, que sustenta o direito de todas as pessoas com deficiência participarem e se
2283 envolverem em todas as questões relacionadas a elas; considerando a Audiência Pública,
2284 realizada em 05 de dezembro de 2018, promovida pela Comissão de Defesa dos Direitos das
2285 Pessoas com Deficiência da Câmara dos Deputados, através da Deputada Federal Mara
2286 Gabrilli, com participação do CNS, para discussão do Comentário Geral nº 7, da ONU; e
2287 considerando que é função do CNS atuar na formulação de estratégias e no controle da
2288 execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos
2289 econômicos e financeiros, e na definição de diretrizes a serem observadas na elaboração dos
2290 planos de saúde, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços
2291 (Art. 10 do Regimento Interno do CNS). Recomenda: ao Ministério da Saúde, que as
2292 manifestações da área técnica de saúde mental se fundamentem nos princípios da Reforma
2293 Psiquiátrica Brasileira, na Lei nº 10.216/2001 e nas deliberações do Conselho Nacional de
2294 Saúde.” Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** sugeriu incluir segundo item na
2295 recomendação manifestando posição contrária à nota técnica. Conselheiro **Neilton de Araújo**
2296 **Oliveira** explicou que a nota técnica foi retirada e não se configurou em uma posição
2297 institucional e, no seu modo de ver, a retirada do documento sinaliza a possibilidade de
2298 diálogo. Como encaminhamento, sugeriu suspender a apreciação da minuta de recomendação
2299 e remeter o tema para debate na CISM/CNS, com a participação da área técnica de saúde
2300 mental do Ministério da Saúde. Antes de encerrar, deixou claro não ser contra a
2301 recomendação, mas desejava adiar a discussão para o próximo Pleno, possibilitando melhor
2302 aprofundamento do debate. Do outro lado, conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** defendeu
2303 a aprovação da minuta para marcar a posição do CNS neste momento de incertezas. Após
2304 outras falas, a mesa tentou fechar consenso em relação ao encaminhamento, mas não foi
2305 possível. Sendo assim, colocou em votação as duas propostas: **1) debater a minuta de**
2306 **recomendação e votar naquele momento; ou 2) adiar a votação para outro momento.**
2307 **Deliberação: aprovada, por maioria, a proposta 1. A proposta 2 recebeu 6 votos.** Diante
2308 desse resultado, o coordenador da mesa colocou em votação a minuta de recomendação,
2309 destacando a necessidade de ajustar a forma do documento. **Deliberação: aprovada, com**
2310 **um voto contrário e duas abstenções, a recomendação que passará por revisão para**
2311 **ajustes na forma.** Conselheiro **Neilton de Araújo Oliveira** solicitou que a recomendação seja
2312 remetida à CISM/CNS para debate, com a participação da área técnica de saúde mental do
2313 Ministério da Saúde. **4) Minuta de recomendação. O texto é o seguinte: “ Recomendação**
2314 **xxxx do Conselho Nacional de Saúde.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua
2315 XXX Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de fevereiro de 2019, no uso de suas
2316 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº 8.142, de 28 de
2317 dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições
2318 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e
2319 considerando a magnitude da hanseníase no Brasil, que se encontra em primeiro lugar no
2320 ranking mundial quanto à sua incidência e segundo lugar em número absoluto de casos,
2321 possuindo alto índice de pessoas acometidas pela hanseníase com sequelas no momento de
2322 diagnóstico e elevado número de casos com sequelas da doença que necessitam da
2323 continuidade da atenção no pós-cura bacilar; considerando que a portaria MS 149/2016 refere
2324 que o modelo de intervenção para o controle de endemias deve baseado no diagnóstico
2325 precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de
2326 incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares e que essas ações devem ser executadas
2327 em toda a rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e que, em razão do
2328 potencial incapacitante da hanseníase, deve-se garantir atenção especializada em unidades de
2329 referência ambulatorial e hospitalar, sempre que necessário. E que nesse sentido, a legislação
2330 aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de
2331 Saúde Pública, com a finalidade de orientar aos gestores e os profissionais dos serviços de
2332 saúde quanto à gestão, planejamento, uniformização, monitoramento e avaliação no que se

2333 refere ao acolhimento, diagnóstico, tratamento e cura, prevenção de incapacidades e
2334 organização do serviço; considerando a necessidade de avançar na atenção integral à pessoa
2335 com hanseníase, tendo em vista o estabelecido nas diretrizes para vigilância, atenção e
2336 eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, aprovadas pela portaria MS
2337 149/2016, que recomenda que cabe às três esferas de governo trabalhar em parceria com as
2338 demais instituições e entidades da sociedade civil para a divulgação de informações
2339 atualizadas sobre a hanseníase e que a prevenção de incapacidades em hanseníase inclui
2340 conjunto de medidas que visem evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais e
2341 socioeconômicos. E que em caso de danos já existentes, a prevenção significa adotar medidas
2342 que visam evitar complicações; considerando que a portaria conjunta MS 125/2009 também
2343 estabelece que para a atenção integral ao paciente nos três níveis de complexidade deve-se
2344 estruturar, organizar e oficializar o sistema de referência e contra-referência para a assistência
2345 à pessoa com hanseníase, conforme políticas vigentes do SUS, que estabelecem as
2346 atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de
2347 acordo com as respectivas condições de gestão e divisão de responsabilidades; considerando
2348 que o processo de atenção a pessoa com hanseníase no SUS e por profissionais de saúde
2349 deve promover a saúde como direito humano sem qualquer tipo de discriminação e
2350 preconceito; considerando que está prevista uma reunião entre as áreas técnicas do MS
2351 (CGHDE/SVS/MS, CGPASPD/DAPS/SAS/MS) e coordenações das comissões do CNS (CIVS,
2352 CIASPD, CIASPP), para elaborar proposta de atenção à pessoa com deficiência proveniente
2353 da hanseníase, para apresentação no Pleno do CNS. Recomenda: à Comissão Intergestora
2354 Tripartite – CIT: que revise os indicadores e metas da Hanseníase nas pactuações para União,
2355 Estados e Municípios. Aos Conselhos Estaduais de Saúde: que ampliem as discussões sobre a
2356 situação da hanseníase em seu Estado, tendo em vista a 16a Conferência Nacional de Saúde,
2357 considerando os índices epidemiológicos, dados sobre sequelas e incapacidades, reabilitação,
2358 estigma, adesão da atenção básica antigas estruturas de isolamento.” **Deliberação: a**
2359 **recomendação foi aprovada por unanimidade com um ajuste. 5)** Moção de
2360 reconhecimento. O texto é o seguinte: Moção de reconhecimento nº 000, de 15 de Fevereiro de
2361 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Quarta
2362 Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de fevereiro de 2019, em Brasília/DF, no uso de
2363 suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de
2364 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo
2365 Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da
2366 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que
2367 no dia 25 de janeiro de 2019, o país assistiu à notícia de que outra barragem de rejeitos de
2368 mineração da empresa Vale S.A. rompeu, dessa vez, no município de Brumadinho/MG e que
2369 12,7 milhões de m³ de lama de rejeitos atingiram, gravemente, áreas onde estavam centenas
2370 de trabalhadores, chegando ao leito do rio Paraopeba, um afluente do rio São Francisco, que
2371 abastece parte da região metropolitana de Belo Horizonte; considerando que a avalanche de
2372 lama de rejeitos expelida pelo rompimento da barragem da Vale S.A. espalhou uma mistura de
2373 minérios com teor de ferro, metais pesados (como arsênio, mercúrio, chumbo, níquel, cádmio,
2374 zinco – catalisadores de doenças graves) areia e água contaminada pelas áreas atingidas;
2375 considerando que os bombeiros e bombeiras, trabalhadores e trabalhadoras do SUS/SUAS,
2376 voluntários e voluntárias, movimentos sociais de todos os lugares do Brasil que atuaram (direta
2377 ou indiretamente) no atendimento, resgate e apoio as vítimas da tragédia contam com vários
2378 procedimentos (desde análise clínica prévia para ingestão de remédios, banho de
2379 desintoxicação, programação de exames posteriores, turnos extenuantes e completamente
2380 dedicados), a fim de manter a saúde -- física e mental; e considerando que essas pessoas
2381 anônimas, incansáveis, dia após dia, não hesitaram em arriscar a própria vida para salvar a
2382 dos outros, que nos ofereceram um pouco de oxigênio naquele campo de extermínio ambiental
2383 e humano, fazendo com que um movimento único de solidariedade, respeito e orgulho
2384 despertasse em cada um dos cidadãos, mesmo perante as adversidades simbolizando a força
2385 e a esperança do povo brasileiro. Vem a público: manifestar reconhecimento, homenagem,
2386 aplausos e agradecimento aos bombeiros e bombeiras, trabalhadores e trabalhadoras do SUS
2387 e do SUAS, voluntários e voluntárias, apoiadores e apoiadoras, movimentos sociais envolvidos
2388 (direta ou indiretamente) no resgate, acolhimento, atendimento, cuidado às vítimas e seus
2389 familiares no crime da Vale S.A. que ocasionou a tragédia em Brumadinho/MG.” **Deliberação:**
2390 **a moção foi aprovada por unanimidade. 6)** Minuta de recomendação. O texto é o seguinte:
2391 Recomendação nº 000, de 15 de fevereiro de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de
2392 Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e

2393 15 de fevereiro de 2019, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas
2394 pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
2395 pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho
2396 de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988,
2397 da legislação brasileira correlata; e considerando o que dispõe a Constituição Federal da
2398 República Federativa do Brasil, em especial os seus artigos 196 a 198; considerando que o
2399 texto constitucional determina que são de relevância pública as ações e serviços de saúde,
2400 cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e
2401 controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por
2402 pessoa física ou jurídica de direito privado (Art. 197 da CF/1988); considerando que no dia 25
2403 de janeiro de 2019, o país assistiu à notícia de que outra barragem de rejeitos de mineração da
2404 empresa Vale S.A. rompeu, dessa vez, no município de Brumadinho/MG e que 12,7 milhões de
2405 m³ de lama de rejeitos atingiram, gravemente, áreas onde estavam centenas de trabalhadores,
2406 chegando ao leito do rio Paraopeba, um afluente do rio São Francisco, que abastece parte da
2407 região metropolitana de Belo Horizonte; considerando a Recomendação CNS nº 001 de 01º de
2408 fevereiro de 2019 em que o CNS se coloca em apoio e solidariedade às famílias de todos os
2409 que estão sendo afetados (direta ou indiretamente) por essa tragédia, e registra o imperativo
2410 do Estado brasileiro cumprir o seu papel, as empresas assumirem suas responsabilidades, e
2411 os direitos das populações atingidas serem garantidos/atendidos, com encaminhamentos ao
2412 Congresso Nacional, ao Ministério Público Federal, à Agência Nacional de Águas e à
2413 Advocacia Geral da União; e considerando a continuidade, ampliação e atualização dos
2414 debates acerca da situação de Brumadinho/MG nesta 314ª RO, com novos encaminhamentos,
2415 além da inclusão de outras instituições envolvidas nesta questão, a fim de fortalecer os
2416 padrões normativos e técnicos, os mecanismos de controle da sociedade e a capacidade
2417 regulatória do Estado sobre as atividades extrativistas de recursos naturais e dos bens comuns
2418 do povo brasileiro. Recomenda à Casa Civil: 1) Que o Comitê de Gestão e Avaliação de
2419 Respostas a Desastres crie mecanismos de composição efetiva das instâncias de controle
2420 social nas discussões engendradas; 2) Que o Comitê de Gestão e Avaliação de Respostas a
2421 Desastres apresente um plano de ações de políticas públicas e sociais interministeriais de
2422 proteção social às populações afetadas pelos desastres ocorridos para a garantia de direitos,
2423 bem como uma política de desenvolvimento territorial que articule as responsabilidades do
2424 nível municipal, estadual e federal, com o respectivo acompanhamento por este CNS; 3) Que o
2425 Comitê de Gestão e Avaliação de Respostas a Desastres apresente oficialmente ao público os
2426 documentos e relatórios enviados aos órgãos reguladores e ao Poder Judiciário com as
2427 medidas adotadas para mitigar crimes dessa natureza; 4) Que realize planejamento para
2428 aumento de recursos humanos nos diversos ministérios e órgãos fiscalizadores, levando em
2429 consideração abertura de concursos públicos para tanto; e 5) Que coordene e incentive a
2430 agenda interministerial, envolvendo Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento
2431 Regional, Ministério do Meio Ambiente e com participação deste CNS, para tratar
2432 preventivamente de segurança e saúde de calamidades e classe trabalhadora de barragens.
2433 **Deliberação: a recomendação foi aprovada, por unanimidade, com ajustes. 7) Minuta de**
2434 **recomendação. O texto é o seguinte: “Recomendação nº xxx, de 15 de fevereiro de 2019. O**
2435 **Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Quarta**
2436 **Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de fevereiro de 2019, e no uso de suas**
2437 **competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de**
2438 **1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de**
2439 **janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da**
2440 **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e**
2441 **Considerando o que dispõe a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, em seus**
2442 **artigos 196, 197, 198 sobre a relevância pública das ações e os serviços de saúde, cabendo ao**
2443 **Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle,**
2444 **devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa**
2445 **física ou jurídica de direito privado; Considerando também o grande marco brasileiro que foi a**
2446 **inserção dos artigos 231 e 232 na CF/1988, nos quais “são reconhecidos aos índios sua**
2447 **organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as**
2448 **terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer**
2449 **respeitar todos os seus bens (art. 231) e que “os índios, suas comunidades e organizações são**
2450 **partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o**
2451 **Ministério Público em todos os atos do processo (art. 232)”;** Considerando o disposto na Lei nº
2452 9.836, de 23 de setembro de 1999, que “acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de

2453 setembro de 1990, que ‘dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação
2454 da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras
2455 providências’, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” – SasiSUS e
2456 observando que “as ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações
2457 indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto
2458 nesta Lei (art. 19-A); Considerando que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, criado e
2459 definido por pela Lei 9.836/99 e pela Lei no 8.142/90 e dezembro de 1990, é componente do
2460 Sistema Único de Saúde – SUS e como tal deverá funcionar em perfeita integração e de forma
2461 articulada com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. Cabendo assim à União,
2462 com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (art. 19);
2463 Considerando que, segundo a Lei 9.836/99, os Estados, Municípios, outras instituições
2464 governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e
2465 execução das ações e que para tanto todas as esferas deverão “...obrigatoriamente levar em
2466 consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo
2467 a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem
2468 diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico,
2469 nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração
2470 institucional” (art. 19); Considerando que “as populações indígenas terão direito a participar dos
2471 organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde,
2472 tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde,
2473 quando for o caso” (Lei 9.836/99, art. 19-H); Considerando ainda que a Convenção OIT 169,
2474 ratificada pelo governo brasileiro por meio do Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004,
2475 assegura aos povos indígenas o direito de serem consultados, “mediante procedimentos
2476 apropriados e, particularmente, através de suas instituições representativas, cada vez que
2477 sejam previstas medidas legislativas ou administrativas suscetíveis de afetá-los diretamente”,
2478 bem como determina que cabe ao governo “estabelecer os meios através dos quais os povos
2479 interessados possam participar livremente, pelo menos na mesma medida que outros setores
2480 da população e em todos os níveis, na adoção de decisões em instituições efetivas ou
2481 organismos administrativos e de outra natureza responsáveis pelas políticas e programas que
2482 lhes sejam concernentes”; considerando que a instituição da Secretaria Especial de Saúde
2483 Indígena (SESAI), em 20 de outubro de 2010, no âmbito do Ministério da Saúde, responsável
2484 pela coordenação política e gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS),
2485 significou uma das maiores e mais importantes conquistas dos povos indígenas desde a
2486 criação do SasiSUS, em 1999, cuja construção contou com a participação efetiva das
2487 organizações indígenas de todo o país e do controle social da saúde indígena e que desde a
2488 realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em novembro
2489 de 1986, os povos indígenas já reivindicavam a criação de um único órgão, vinculado ao
2490 Ministério da Saúde, para gerenciamento da saúde indígena e participação dos indígenas na
2491 formulação da política de saúde; considerando que a implementação da SESAI, desde a sua
2492 criação, vem produzindo melhorias significativas na qualidade dos serviços prestados na
2493 atenção básica de saúde e no saneamento básico nas aldeias, embora se reconheça que
2494 muito ainda precisa ser feito para assegurar a equidade e a integralidade, principalmente com
2495 relação à parceria de municípios e estados para assegurar os serviços de referência e contra
2496 referência de média e alta complexidades; considerando que a autonomia dos Distritos
2497 Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) foi outra conquista dos povos indígenas, cujo
2498 aperfeiçoamento se faz necessário em função da distribuição descentralizada das 305 etnias,
2499 cujos limites dos territórios onde habitam esses povos não coincidem com os limites
2500 geográficos dos municípios e dos estados, e a maioria deles vive em mais de um município ou
2501 mais de um estado; considerando que a experiência do atendimento na atenção básica sob a
2502 responsabilidade dos municípios já foi utilizada pela FUNASA quando esta era a responsável
2503 pela saúde indígena no Ministério da Saúde, mas obteve êxito por múltiplos fatores,
2504 destacando-se; o fato da população indígena não morar apenas na jurisdição de um município;
2505 a não estruturação adequada do SUS nos municípios onde vivem os povos indígenas que
2506 geralmente são municípios pequenos e com poucos recursos financeiros para assegurar uma
2507 cobertura universal extensível aos povos indígenas; a existência de conflitos de interesse entre
2508 prefeitos e comunidades indígenas como disputas por terras, madeiras e minérios; o
2509 preconceito que ainda existe entre a sociedade envolvente e os povos indígenas; considerando
2510 que a opção pela contratação precarizada de trabalhadores não foi uma proposta dos povos
2511 indígenas, mas sim uma alternativa adotada pela União para suprir as demandas de recursos
2512 humanos para as ações de atenção básica e de saneamento básico nas aldeias; Considerando

2513 as manifestações do Senhor Ministro de Estado da Saúde, Dr. Luiz Henrique Mandetta, em sua
2514 participação na primeira reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde de 2019, de propor
2515 a municipalização das ações de saúde indígena, desresponsabilizando o Ministério da Saúde
2516 da execução direta da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI); e
2517 considerando que a efetivação da municipalização poderá provocar uma desestruturação do
2518 Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e da SESAI, colocando em risco o princípio da
2519 equidade e da integralidade. Recomenda: I - À Comissão Intergestora Tripartite (CIT): que não
2520 pactue transferência do planejamento, financiamento e execução das ações de atenção básica
2521 de saúde e saneamento básico nas aldeias para a esfera municipal, ratificando assim a
2522 responsabilidade do Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena
2523 (SESAI), quanto às referidas ações, a qual deverá ser fortalecida e consolidada. II - Ao
2524 Ministério da Saúde (MS): que realize consulta pública, em suas diversas formas, com a
2525 participação dos povos indígenas, nas cinco regiões do país, para fortalecimento do modelo de
2526 atenção à saúde indígena, sendo considerado o tempo dos indígenas para total
2527 amadurecimento da proposta. III - Ao Ministério Público Federal (MPF): que a 6ª Câmara
2528 acompanhe a discussão do GT da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) que tratará da
2529 discussão da Saúde Indígena, bem como a implementação das propostas aprovadas neste
2530 espaço.” Após a leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões: excluir o considerando
2531 “Considerando as manifestações do Senhor Ministro de Estado da Saúde, Dr. Luiz Henrique
2532 Mandetta, em sua participação na primeira reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde
2533 de 2019, de propor a municipalização das ações de saúde indígena” porque o Ministro não
2534 afirmou categoricamente que defendia a municipalização; juntar os itens I e II da
2535 recomendação; substituir “participação” por “audiência pública para os povos indígenas”; dar
2536 maior destaque ao GT no texto da recomendação. Diante das ponderações, a mesa suspendeu
2537 o debate da minuta a fim de tentar acordo sobre o texto. O debate seria retomado
2538 posteriormente. 8) Minuta de recomendação. O texto é o seguinte: “Recomendação nº xxx, de
2539 15 de fevereiro de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na sua
2540 Trecentésima Décima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de fevereiro de
2541 2019, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
2542 pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro
2543 de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da
2544 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e
2545 considerando que a Constituição Federal de 1988, determina, em seu Art. 196, que a
2546 promoção da saúde, bem como sua proteção e recuperação deve ser garantida pelo Estado,
2547 mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros
2548 agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde; considerando que o
2549 CNS, em caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por representantes do
2550 governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação de
2551 estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente,
2552 inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo
2553 chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art. 1º, II, §2º da Lei nº
2554 8.142, de 28 de dezembro de 1990); considerando a aprovação do Projeto de Lei nº 1/2019,
2555 que cria o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (Iges-DF), na Câmara
2556 Legislativa do DF, em 24 de janeiro de 2019, sem qualquer forma de debate público, com a
2557 população e o controle social; considerando que o PL nº 1/2019 amplia a atuação do Instituto
2558 Hospital de Base na rede pública do DF e prevê que a entidade mude de nome e passe a gerir
2559 as seis Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o Hospital de Santa Maria; considerando
2560 que o Conselho de Saúde do Distrito Federal, em reunião ordinária, ocorrida em 29 de janeiro
2561 de 2019, aprovou três medidas: rejeição do projeto que cria o Instituto de Gestão Estratégica
2562 de Saúde do DF (Iges-DF), criação de uma comissão para construir uma “proposta de
2563 organização da atenção terciária [alta complexidade]” e criação de um grupo de trabalho para
2564 acompanhar a execução das ações realizadas pelo Instituto Hospital de Base; considerando a
2565 Nota Técnica Conjunta nº 01, de 23 de janeiro de 2019, dos Ministério Público Federal (MPF),
2566 do Ministério Público do Trabalho (MPT) e do Ministério Público de Contas do Distrito Federal
2567 (MPCDF), que orientou que a Câmara Legislativa não votasse o projeto de lei que expande o
2568 Instituto Hospital de Base para mais unidades da rede pública; considerando que os órgãos de
2569 controle destacam na nota conjunta que algumas das alterações propostas são
2570 inconstitucionais, como o modelo de gestão e o regime de contratação dos funcionários, que
2571 caracteriza terceirização, além de que o modelo adotado atualmente pelo Instituto Hospital de
2572 Base é irregular e está *sub judice*, não devendo ser seguido na saúde pública do Distrito

2573 Federal; considerando que, se aprovado, o instituto será ampliado de forma tão significativa
2574 que resultará, praticamente, na substituição do Estado na área da saúde por entidade não
2575 integrante da administração pública direta ou indireta, afastando a complementariedade exigida
2576 pela Constituição Federal de 1988; considerando que o CNS, no cumprimento de suas funções
2577 relativas ao direito à saúde da população brasileira e da defesa do Sistema Único de Saúde
2578 (SUS), tem se posicionado sistematicamente de forma contrária aos modelos de gestão de
2579 políticas e serviços de saúde, que retiram a gestão direta do Estado e repassam
2580 responsabilidades e prerrogativas para entes privados, seja através de parcerias público-
2581 privadas ou organizações sociais; considerando que esse projeto atinge diretamente o SUS em
2582 princípios basilares como o do concurso público, da impessoalidade, da moralidade e da
2583 transparência, bem como dos artigos 17 e 18 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que
2584 tratam das competências dos entes federados, no SUS; e considerando que os modelos de
2585 gestão não estatais, têm reforçado e ampliado a ação patrimonialista e clientelista,
2586 enfraquecendo o Estado de Direito no Brasil e os direitos garantidos pela CF de 1988 e que
2587 tem como consequência o alto custo decorrente dessas medidas que têm atuado como um
2588 instrumento político e ideológico comprometendo drasticamente o financiamento da rede
2589 pública de saúde, criando distorções na remuneração de pessoal, precarizando as relações de
2590 trabalho e colocando em risco a oferta de serviços e a atenção integral à saúde. Recomenda:
2591 ao Governador do Distrito Federal, Ibaneis Rocha que não sancione o Projeto de Lei nº
2592 01/2019, de autoria do Poder Executivo do Distrito Federal, considerando sua
2593 inconstitucionalidade. Ao Ministério Público Federal que tome todas as medidas jurídicas
2594 cabíveis para impedir que seja sancionado o Projeto de Lei nº 01/2019 do Poder Executivo do
2595 Distrito Federal, considerando as inconstitucionalidades e irregularidades constatadas na Nota
2596 Técnica Conjunta CONAP/MPT, MPF e MPC/DF nº 01, de 23 de janeiro de 2019.” Aberta a
2597 palavra, foi sugerido inverter os dois itens da recomendação. **Deliberação: a recomendação**
2598 **foi aprovada com duas abstenções.** Na sequência, a mesa retomou o debate sobre a
2599 recomendação relativa à saúde indígena. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** explicou
2600 que, após negociação, houve consenso sobre as seguintes alterações: exclusão do item
2601 referente à fala do Ministro da Saúde; inclusão de considerando informando a criação do GT na
2602 reunião da CIT, que contará com a participação do CNS; e fusão dos itens I e II da
2603 recomendação. Em que pese esse acordo, a recomendação não pode ser votada por falta de
2604 quórum, devendo retornar na próxima reunião do CNS. **ENCERRAMENTO** – Nada mais
2605 havendo a tratar, conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou a
2606 314ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras
2607 na tarde do segundo dia de reunião: *Titulares* - **Altamira Simões dos Santo de Souza**, Rede
2608 Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e Aids; **Ana Lúcia da Silva Marçal**
2609 **Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras –
2610 **SUPERANDO**; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
2611 **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e
2612 Agricultoras Familiares – CONTAG; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de
2613 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Elaine Junger Pelaez**,
2614 Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**, Conselho
2615 Federal de Enfermagem – COFEN; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das
2616 Associações de Moradores – CONAM; **Gerídice Lorna Andrade de Moraes**, Associação
2617 Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **José Eri Borges de Medeiros**,
2618 Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Joana Batista**
2619 **Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **José Araújo da Silva**,
2620 Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos de
2621 Trabalhadores Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil –
2622 FASUBRA; **Laís Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –
2623 ABENFISIO; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST;
2624 **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional das Associações e Entidades de
2625 Diabetes – FENAD; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Moysés**
2626 **Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Nara**
2627 **Monte Arruda**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério
2628 da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPIN-SUL; e
2629 **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE. *Suplentes* -
2630 **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares – CMP; **Adelina Almeida**
2631 **Moreira de Araujo**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS;
2632 **Ana Clébea Nogueira Pinto de Medeiros**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas

2633 de Apoio a Saúde da Mama - FEMAMA; **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos
2634 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Elias Marques Ferreira**, Federação Brasileira
2635 de Hemofilia – FBH; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos –
2636 FENAPSI; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Giancarlo**
2637 **de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Gláucia Tamayo**
2638 **Hassler Sugai**, Ministério das Cidades; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos
2639 Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional
2640 dos Bispos do Brasil – CNBB; **Márcio Florentino Pereira**, Associação Brasileira de Saúde
2641 Coletiva – ABRASCO; **Mauri José Vieira Cruz**, Associação Brasileira de Organizações –
2642 ABONG; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; **Rodrigo**
2643 **César Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde –
2644 CONASEMS; **Tiago Farina Matos**, Instituto Oncoguia; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**,
2645 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB.