



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos doze e treze dias do mês de setembro de 2019, 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 Vigésima Primeira Reunião Ordinária do CNS. Estabelecido o quórum, conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, iniciou a sessão, com saudações aos presentes e aos internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 321ª RO: **1) Socializar os informes e apreciar as indicações. 2) Dar continuidade ao Planejamento Estratégico do Conselho Nacional de Saúde. 3) Analisar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. 4) Atualizar e articular ações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. 5) Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN. 6) Conhecer a nova estrutura, as ações desenvolvidas e as perspectivas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 7) Apresentar e apreciar as questões da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e da 16ª Conferência Nacional de Saúde. 8) Socializar e deliberar as demandas das Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho, Coordenação de Plenárias dos Conselhos de Saúde e encaminhamentos do Pleno.** Em seguida, procedeu ao primeiro ponto da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 321ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Coordenação:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Primeiro, o Presidente do CNS fez a leitura da pauta da 321ª Reunião Ordinária do CNS. **Deliberação: a pauta da 321ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade.** Além disso, comunicou que as atas das 319ª e 320ª Reuniões Ordinárias do CNS seriam apreciadas na próxima reunião, pois não foi possível enviá-las com antecedência, de acordo com o prazo regimental, por conta de intervalo menor entre a última reunião e a 321ª Reunião Ordinária do CNS. **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Informes. Datas representativas para a saúde no mês de junho – Composição da mesa:** conselheira **Elaine Junger Pelaez**, da Mesa Diretora do CNS; e **Ana Carolina Dantas Souza**, Secretária-Executiva do CNS. **Justificativa de ausências – justificaram ausência previamente:** **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduelo; Geridice Lorna Andrade de Moraes; Shirley Marshal Diaz Morales; e Simone Maria Leite Batista.** **Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) - I –** Usuários. 2º Suplente: **Jonathan de Jesus Silva** - União Nacional LGBT - UNALGBT (substituindo Danieli Christóvão Balbi). II - Entidades nacionais dos profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde. 1º Suplente: **Geraldo Lucchese** - Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO (substituindo Márcio Florentino Pereira). **Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde** - Carlos Alberto de Oliveira Silva – Sergipe; Isadora Oliveira Maia – Bahia; e Pedro Macedo Granja – Mato Grosso do Sul. **Datas representativas para a saúde no mês de setembro – 1º/set. - Dia do Profissional de Educação Física. 3/set. Dia do Biólogo - 5/set. - Dia Nacional de Conscientização e Divulgação da Fibrose Cística. 5/set. - Dia Oficial da Farmácia. 8/set. - Dia Nacional de Luta por Medicamento. 9/set. - Dia do Veterinário. 10/set. - Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio (Setembro Amarelo). 16/set. - Dia Internacional para a Prevenção da Camada de Ozônio. 18/set. - Dia Nacional de Conscientização e Incentivo ao Diagnóstico Precoce do Retinoblastoma. 19/set. - Dia do Ortopedista. 21/set. Dia Nacional de Luta da Pessoa Portadora de Deficiência. 22/set. - Dia Nacional do Atleta Paraolímpico. 22/set. - Dia Internacional da Juventude. 23/set. - Dia Internacional contra a Exploração Sexual e o Tráfico**

53 de Mulheres e Crianças. 25/set. - Dia Mundial do Coração. 25/set. - Dia Internacional do
54 Farmacêutico. 26/set. - Dia Nacional dos Surdos. 27/set. - Dia do Idoso. 27/set. - Dia Nacional
55 da Doação de Órgãos. 28/set. Dia Mundial de Luta Contra a Raiva. 29/set. Dia Mundial do
56 Coração. **Informes - 1)** Conselheira **Ana Carolina Navarrete** informou o Pleno sobre a
57 solicitação do Superior Tribunal de Justiça – STJ ao CNS, por meio de ofício, de emissão de
58 parecer sobre o Recurso Especial - RE nº. 1733013/PR, que trata de planos de saúde, com
59 impacto no SUS. **2)** Registro da presença de alunos do Curso de Graduação em Saúde
60 Coletiva da Universidade de Brasília – UnB na reunião. **Indicações - 1)** Indicação de um
61 conselheiro para compor a Subcomissão Permanente de Drogas e Saúde Mental do Conselho
62 Nacional dos Direitos Humanos - CNDH. Data da 1ª reunião: 9 de setembro de 2019. Local:
63 Brasília/DF. **Indicação:** conselheira **Marisa Helena Alves** (referendar). **2)** Convite da
64 Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia/ABENFISIO para participar do VI Congresso
65 Brasileiro de Educação em Fisioterapia e XXIX Fórum de Ensino em Fisioterapia com o tema:
66 “Qualidade da Formação para Valorização da Fisioterapia”. Data: 25 a 27 de setembro de
67 2019. Local: Porto Alegre/RS. **Indicação:** conselheira **Elaine Junger Pelaez** (referendar). **3)** A
68 Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Pernambuco convida representante do CNS para
69 compor a mesa na solenidade de abertura do 16º Congresso Brasileiro de Terapia
70 Ocupacional. Data: 18 a 21 de setembro de 2019 (convite chegou fora de prazo passagem).
71 Local: Recife. **Indicação:** conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** (referendar). **4)** O
72 Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura - CNPCT convida representante do CNS
73 para a 24ª Reunião Ordinária 2019. Indicar alguém de Brasília por não ter prazo para emissão
74 de passagens e diárias. Data: 8 de outubro de 2019. Local: Brasília/DF. **Indicação:** conselheira
75 **Vanja Andréa Reis dos Santos**. **5)** A Universidade Federal do Rio Grande do Norte convida
76 representante do CNS para evento de extensão promovido pelo Departamento de Nutrição em
77 celebração ao Dia Mundial da Alimentação, com o Tema “Alimentação Saudável e
78 Sustentável”. Na oportunidade, será debatida a nova Política de Vigilância em Saúde e sua
79 interface com a segurança alimentar. Data: 16 de outubro de 2019. Local: Instituto Ágora/RN.
80 **Indicação:** conselheira **Myrian Coelho Cunha Cruz** (aguarda confirmação). **7)** IX Encontro
81 Nacional de Residências em Saúde – solicitação de indicação de um representante da
82 Comissão de Recursos Humanos e Relações do Trabalho – CIRHRT/CNS para participar das
83 mesas e grupos de trabalhos. Data: 13 a 16 de outubro de 2019. Local: Rio Grande do Norte.
84 **Indicação:** conselheira **Francisca Valda** (referendar); conselheira **Priscilla Viégas**
85 (referendar); conselheira **Manuelle Maria Marques Matias** (referendar) e conselheira **Elaine**
86 **Junger Pelaez**. **8)** IV Seminário Regional de Plantas Bioativas e Homeopáticas e a I Jornada
87 Sulbrasileira de Pesquisa em Plantas Medicinais e Homeopatia, para troca de conhecimentos e
88 palestras. Data: 17 e 18 de outubro de 2019. Local: Passo Fundo/RS. **Indicação:** **Simone**
89 **Maria Leite Batista** (referendar). **9)** O Conselho Estadual de Mato Grosso do Sul, por meio da
90 Comissão Intersectorial de Saúde dos Trabalhadores, realizará a 3ª Jornada Estadual de Saúde
91 do Trabalhador, com debate do tema “Articulações Intersectoriais para Promoção da Saúde”.
92 Convite a representante do CNS para expor na Mesa 3 com o tema “Os Desafios das
93 Mudanças no Mundo do Trabalho para a Saúde do Trabalhador”. Data: 6 de novembro de
94 2019. Local: Campo Grande/MS. **Indicação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**
95 (referendar). **Deliberação: as indicações foram aprovadas, em bloco, por unanimidade.**
96 **ITEM 3 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE**
97 **TRABALHO – CIRHRT - Coordenação:** conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da
98 Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:** conselheira **Manuelle Maria Marques Matias**,
99 integrante da CIRHRT/CNS. Inicialmente, conselheira **Manuelle Maria Marques Matias** fez os
100 seguintes informes: **1)** a CIRHRT/CNS já recebeu indicação de treze membros titulares (de 19)
101 e 07 membros SUPLENTEs (de 17), portanto, deverá realizar sua próxima reunião em 29 e
102 30 de outubro de 2019, para elaboração do seu Plano de Trabalho; **2)** a conselheira **Francisca**
103 **Valda da Silva**, na condição de coordenadora da CIRHRT/CNS, participou de audiência
104 pública da Comissão Mista da Medida Provisória nº 890/2019, que institui o Programa Médicos
105 pelo Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde no SUS, e autoriza o Poder Executivo
106 Federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da
107 Atenção Primária à Saúde - ADAPS, no dia 28 de agosto de 2019, no Senado Federal. Na
108 oportunidade, foi defendida a manutenção do Programa Mais Médicos para o Brasil e
109 explicitada posição contrária à proposta do governo; e **3)** a CIRHRT/CNS apoiará e participará
110 do IX Encontro Nacional de Residências em Saúde, que acontecerá em Natal/RN, de 13 a 16
111 de outubro de 2019, sendo representada por Francisca Valda da Silva, Priscilla Viégas e
112 Manuelle Matias, conforme indicação feita por esse Pleno (as reuniões da Comissão Nacional

113 de Residência Multiprofissional continuam suspensas). Feitos esses informes, disse que a
114 CIRHRT/CNS recebeu, para análise, apenas um processo, a saber: Processo nº. 201713080 -
115 Centro Universitário Favip Wyden - Autorização Psicologia, na modalidade Educação a
116 Distância (EaD). Como encaminhamento, a Comissão decidiu devolver, por meio de ofício à
117 SERES/MEC, o processo, de acordo com a posição contrária do CNS, consubstanciada
118 inclusive em resoluções, de autorização de graduação em saúde na modalidade EaD.
119 **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a devolução, por meio de ofício à**
120 **SERES/MEC, do Processo nº. 201713080 - Centro Universitário Favip Wyden -**
121 **Autorização Psicologia, na modalidade Educação a Distância - EaD.** Conselheira **Priscilla**
122 **Viégas Barreto de Oliveira** reiterou a preocupação com a continuidade da suspensão das
123 reuniões da Comissão Nacional de Residência multiprofissional desde o mês de maio de 2019,
124 enquanto a Comissão de Residência Médica continua a se reunir. Sendo assim, reforçou a
125 importância da participação do CNS no Encontro Nacional de Residências em Saúde, para
126 debate. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** informou que a coordenadora da comissão
127 nacional de residência médica foi exonerada do cargo, mas ainda não se sabe o motivo.
128 Avaliou que é necessário acompanhar a situação para conhecer o que está acontecendo a
129 respeito das duas comissões - nacional de residência médica e nacional de residência
130 multiprofissional e registrou o interesse do MS de que as comissões se reúnam. Feitas essas
131 considerações, foi aberta a palavra à conselheira **Joana Batista Oliveira Lopes** para informe
132 sobre a avaliação da Federação Nacional dos Odontologistas - FNO a respeito do Programa
133 Médicos pelo Brasil. Registrou a posição contrária da Federação à proposta, por entender que
134 é preciso definir política de saúde nos três níveis de atenção. Sobre a iniciativa, disse que foi
135 enviado ofício ao deputado Rui Carneiro, presidente da Comissão, com emenda modificativa
136 solicitando a inclusão de outros profissionais no Programa. Não foi aberta a discussão desse
137 tema, porque seria pautado para debate posteriormente. **ITEM 4 – PLANEJAMENTO**
138 **ESTRATÉGICO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – Facilitador: Paulo C. Carbonari,**
139 professor do Instituto Berthier - IFIBE. Neste ponto, o facilitador explicou que naquele momento
140 se iniciava a terceira etapa do planejamento estratégico do CNS, com análise e validação do
141 acumulado das duas etapas já realizadas (1ª - levantamento de subsídios para a elaboração do
142 Planejamento Estratégico; e 2ª - validação de aspectos de diagnóstico, normativos e a
143 elaboração da orientação da ação). Sendo assim, disse que os conselheiros se dedicariam à
144 leitura e anotação dos destaques ao material disponibilizado, resultado das duas primeiras
145 etapas, composto por três programas, oito projetos e 24 ações. Neste ponto, às 10h10, a
146 transmissão da reunião foi interrompida, por se tratar de uma atividade interna do Conselho, e
147 retornaria no fim do dia. Às 13h, os trabalhos foram interrompidos para o almoço. Estiveram
148 presentes os seguintes conselheiros na manhã do primeiro dia de reunião: **Titulares - Albanir**
149 **Pereira Santana**, Federação Nacional das Apaes – FENAPAES; **Altamira Simões dos Santos**
150 **de Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e Aids; **Antônio Lacerda**
151 **Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares
152 – CONTAG; **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
153 Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Delmiro José Carvalho Freitas**, Articulação
154 Brasileira de Gays – ARTGAY; **Denise Torreão Correa da Silva**, Conselho Federal de
155 Fonoaudiologia – CFFA; **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais – FBH;
156 **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ; **Elaine**
157 **Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**,
158 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação
159 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Joana Batista Oliveira Lopes**,
160 Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de
161 Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino Superior
162 Pública do Brasil – FASUBRA; **Lais Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino
163 em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos Santos**, Federação Brasileira das Associações de
164 Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
165 Trabalhadores – NCST; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Marisa**
166 **Helena Alves**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**,
167 Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério
168 da Saúde; **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira dos Terapeutas
169 Ocupacionais – ABRATO; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul –
170 ARPIN-SUL; **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN;
171 **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria
172 do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da

173 Rede Unida – REDEUNIDA; e **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres –
174 UBM. *Suplentes* - **Adauto Vieira de Almeida**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as
175 Hepatites Virais – MBHV; **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de
176 Medicina Veterinária – CFMV; **Alex Gomes da Motta**, Pastoral da Saúde Nacional; **Arlison da**
177 **Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Carlos**
178 **Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física - CONFEEC; **Elias Marques Ferreira**,
179 Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Elisangela Aparecida Tibério Santana**, Conselho
180 Federal de Biologia – CFBio; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores
181 – CUT; **Giancarlo de Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **João**
182 **Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência
183 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos
184 Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDNAPI/FS; **Manuelle Maria Marques Matias**,
185 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho
186 Federal de Nutricionistas – CFN; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da
187 Indústria – CNI; **Renato de Jesus Padilha**, Federação Nacional das Associações de Pacientes
188 Renais do Brasil – FENAPAR; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos
189 do Brasil – CNBB; e **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia -
190 CFF. Retomando, às 14h, deu-se continuidade ao planejamento. **ITEM 5 – PLANEJAMENTO**
191 **ESTRATÉGICO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE** – Retomando, o professor **Paulo C.**
192 **Carbonari**, facilitador do planejamento do CNS, explicou que não seria possível apresentar e
193 debater os destaques em Plenário, por conta do volume de propostas e da exiguidade de
194 tempo. **Encaminhamento: foi definido que o facilitador fará a sistematização das**
195 **contribuições feitas pelo Plenário e encaminhará documento à Mesa Diretora do CNS. O**
196 **produto final do planejamento será apreciado, se possível, na próxima reunião do**
197 **Conselho. ITEM 6 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA E PESQUISA – CONEP -**
198 **Apresentação:** conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP/CNS.
199 **Coordenação:** conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o
200 coordenador da CONEP/CNS informou o Pleno sobre a tramitação do Projeto de Lei - PL n.º.
201 7.082/2017, que trata sobre pesquisa clínica com seres humanos e o Sistema Nacional de
202 Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos, explicando que se encontrava na Comissão
203 de Constituição e Justiça e foi designado como relator o deputado Aureo Ribeiro, do Partido
204 Solidariedade/RJ. Disse que naquele dia, junto com uma comissão do CNS, da qual fez parte o
205 Presidente do CNS, reuniu-se com a deputada Jandira Fegalli para debater caminhos a serem
206 adotados para “derrubar” o Projeto. Entre as iniciativas, destacou o pedido de audiência pública
207 na CCJ/CD para debater o Projeto. Na sua avaliação, a tramitação do Projeto levaria cerca de
208 dois anos, o que não significava que o CNS deveria arrefecer na mobilização. Na sequência,
209 fez uma apresentação sobre o trabalho da CONEP/CNS, para além da análise de projetos de
210 pesquisa. Primeiro, falou sobre o Projeto de Qualificação dos Comitês de Ética em Pesquisa -
211 CEP do Sistema CEP/CONEP, uma ação conjunta de ensino/aprendizagem entre CONEP e
212 Ministério da Saúde, com parceria do PROADI-SUS (Hospital Moinhos de Vento). Acrescentou
213 que o objetivo do Projeto é educar e promover o reconhecimento entre os dois componentes do
214 Sistema: CEP e CONEP/CMS. Detalhou os dois eixos principais do Projeto: reconhecimento:
215 leitura do trabalho administrativo e da análise ética desenvolvido pelo CEP; e educação:
216 atividades *in loco* (visitas aos CEP) e implementação do EAD do Sistema CEP/CONEP.
217 Explicou que o Projeto promove a articulação entre dois momentos presenciais (treinamentos
218 regionais e qualificação – visitas *in loco*) e um remoto (na modalidade remota, curso EaD para
219 os membros e funcionário dos CEP). Disse que a intenção é garantir a valorização dos CEP, a
220 harmonização do trabalho administrativo dos Comitês, a análise ética dos CEP e a proteção
221 dos sujeitos de pesquisa. Detalhou as atividades educativas previstas: **1)** conversa com
222 coordenação, funcionário e representante de usuários; **2)** reconhecimento; **3)** conversa com
223 gestor; **4)** roda de conversa com membros e apresentações temáticas; e **5)** fechamento. Sobre
224 a atividade remota, explicou que o Projeto terá doze módulos autoinstrucionais e
225 independentes, sendo três módulos prontos (Histórico do Sistema CEP/CONEP,
226 Credenciamento de CEP, marcos regulatórios) e quatro módulos em produção (submissão e
227 apreciação de protocolos, documentos obrigatórios, consentimento livre e esclarecido e
228 Plataforma Brasil). Além desse Projeto, informou que a CONEP retomou a publicação dos
229 Cadernos de Ética em Pesquisa (essa publicação ficou suspensa por 15 anos). Por fim,
230 convidou todos os conselheiros a visitar as instalações da CONEP e conhecer de perto o
231 trabalho realizado pela Comissão. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou o
232 importante trabalho realizado pela CONEP e perguntou ao coordenador se havia um balanço

233 sobre as visitas aos CEP. Também reiterou o convite aos conselheiros para visita às
234 instalações da Comissão a fim de conhecer de perto o trabalho desenvolvido. Aberta a palavra,
235 houve breves considerações reiterando a importância da CONEP e seu trabalho e a
236 necessidade de manter a mobilização contra o PL n.º. 7.082/2017, que enfraquece a Comissão.
237 Nas considerações finais, o coordenador da CONEP destacou a relação de colaboração entre
238 CONEP/CNS e SCTIE/MS e afirmou que o Projeto representa perigo de retrocesso. Também
239 se comprometeu a apresentar balanço preliminar das visitas aos Comitês na próxima reunião
240 do CNS. **Encaminhamento: na próxima reunião do CNS, no item da CONEP/CNS, a**
241 **Comissão apresentará balanço preliminar das visitas aos Comitês de Ética em Pesquisa.**
242 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** manifestou interesse em participar da visita ao CEP de
243 Tocantins e sugeriu que os demais conselheiros participem da visita, se possível, de modo a
244 aproximar-se das universidades. Além desse aspecto, o Pleno do CNS registrou sua deferência
245 ao ex-conselheiro José Araújo Lima Filho, falecido no dia 3 de setembro, pela sua atuação na
246 defesa dos direitos dos usuários de pesquisa e pelo ativismo no movimento de luta contra
247 AIDS. Definido esse ponto, às 18h30, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** encerrou o
248 primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras:
249 *Titulares* - **Albanir Pereira Santana**, Federação Nacional das Apaes – FENAPAES; **Altamira**
250 **Simões dos Santo de Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde da População Negra e
251 Aids; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio**
252 **Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras
253 Familiares – CONTAG; **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde,
254 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Delmiro José Carvalho Freitas**,
255 Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Denise Torreão Correa da Silva**, Conselho Federal
256 de Fonoaudiologia – CFFA; **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e
257 Leucemia – ABRALE; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS;
258 **Elisabete Pimenta Araújo Paz**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Fernando**
259 **Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Joana**
260 **Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **Jupiara Gonçalves**
261 **Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das Instituições
262 de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Láís Alves de Souza Bonilha**, Associação
263 Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos Santos**, Federação Brasileira
264 das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central
265 Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo –
266 ABRA; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Moysés Longuinho**
267 **Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Neilton Araújo de**
268 **Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul
269 – ARPIN-SUL; **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN;
270 **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria
271 do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da
272 Rede Unida – REDEUNIDA; e **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres –
273 UBM. *Suplentes* - **Adauto Vieira de Almeida**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as
274 Hepatites Virais – MBHV; **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de
275 Medicina Veterinária – CFMV; **Elias Marques Ferreira**, Federação Brasileira de Hemofilia –
276 FBH; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Giancarlo de**
277 **Montemor Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **João Donizeti Scaboli**,
278 Força Sindical – FS; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do
279 Brasil – CGTB; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
280 – CNBB; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos
281 – SINDNAPI/FS; **Marlene Pereira dos Santos Oliveira**, Instituto Lado a Lado pela Vida;
282 **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; **Renato de Jesus**
283 **Padilha**, Federação Nacional das Associações de Pacientes Renais do Brasil – FENAPAR; e
284 **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB. Iniciando o
285 segundo dia de reunião, às 8h45, a mesa foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 7 –**
286 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO – COFIN/CNS -**
287 *Apresentação:* **José Menezes Neto**, representante da Subsecretaria de Planejamento e
288 Orçamento – SPO; e **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN/CNS. *Coordenação:*
289 conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador da COFIN/CNS. Iniciando, o coordenador da
290 COFIN apresentou informes gerais ao Pleno do CNS. Explicou que a Comissão reuniu-se e
291 concluiu o parecer sobre o Relatório Anual de Gestão - RAG do Ministério da Saúde referente
292 ao exercício de 2018, para ser apreciado e votado pelo Pleno do CNS. Além disso, comunicou

293 que, em virtude do processo de recomposição das comissões, a COFIN não se reuniria no mês
294 de setembro e aproveitou para solicitar às entidades escolhidas que enviem as suas indicações
295 porque o prazo para indicação (já prorrogado) encerrar-se-ia nos próximos dias. Feitos esses
296 informes, apresentou a seguinte proposta de atividades da Comissão: I - realizar formação para
297 os novos integrantes da COFIN e as coordenações das comissões – data: 22 de outubro; II -
298 realizar o "Seminário Nacional de Orçamento e Financiamento do SUS - Pós 16ª Conferência
299 Nacional de Saúde". Data: 23 e 24 de outubro 2019. Objetivo: aprofundar o debate do
300 financiamento do SUS e os impactos na consolidação de seus princípios e garantia do
301 processo democrático no país qualificado na 16ª CNS. Público alvo: conselheiros nacionais,
302 estaduais e municipais de saúde (especialmente aqueles que tratam com a temática do
303 financiamento e orçamento) e público em geral. Número de participantes: 200. Programação
304 Dia 1: Credenciamento (8h30 às 10h). Mesa de abertura (15 min). I - Palestra Inaugural: Tema
305 - Desafios do SUS para os próximos anos. (Subtema: Sistema Universal x Cobertura Universal
306 dos serviços de saúde) (45 min). II – Mesa 1 – Marchas e Contramarchas da Organização e do
307 Funcionamento do SUS. a.1 Democratização e a implantação do modelo público e universal de
308 saúde no Brasil (resgate histórico até a consolidação do SUS). a.2 Municipalização e a
309 Estruturação Organizativa dos Serviços de Saúde (principais instrumentos: transferências
310 fundo a fundo, Pacto pela Saúde, Decreto nº. 7.508/11, Lei Complementar nº 141/2012,
311 Portaria nº. 3.992/2016); III - Mesa 2 – Relação Público Privado na Saúde do Brasil. b.1
312 Paradoxo da eficiência: Gestão Pública e Gestão Privada (Custo *Per Capita* na saúde privada x
313 SUS/demonstrativo dos custos operacionais na saúde). b.2 Financiamento e a Regulação do
314 Setor Privado. b.3 Financiamento da Força de Trabalho no SUS. Dia 2 – IV - Mesa 3 -
315 Incorporação de novas tecnologias e judicialização na Saúde. c.1 Particularidades específicas
316 da inovação tecnológica na saúde (Custos OPME: custo real x custo final; discussão das
317 patentes x propriedade intelectual; políticas de regulação/*compliance*; modelos de eficiência
318 para monitoramento de novas e emergentes tecnologias; papel da CONITEC). c.2 Os dilemas
319 da gestão orçamentária: orçamento x judicialização x LRF. c.3 Papel do *marketing* na indústria
320 de inovação e a relação “promíscua” com os profissionais da saúde. V - Mesa 4 –
321 Responsabilidade Sanitária e Pacto Federativo. d.1 Processos de corresponsabilização na
322 estruturação da rede regionalizada e hierarquizada e no cofinanciamento do SUS: União x
323 Estados x Municípios. d.2 O papel dos órgãos de controle externo e interno e a autonomia do
324 controle social e da gestão pública; VI - Palestra Final: “O papel do Controle Social na
325 consolidação do SUS e da democracia no país”. Avaliação. Encerramento; e III - reunir a
326 COFIN/CNS no dia 25 de outubro de 2019. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra ao
327 Pleno. Nas falas, foi questionada a possibilidade de participação de outros conselheiros, além
328 daqueles que ocupam a coordenação das comissões. A esse respeito, sugeriu-se garantir a
329 participação, sem custeio de diárias e passagens, pelo CNS. De outro lado, foi defendida a
330 participação de todos os conselheiros com o custeio pelo CNS. Após ponderações do
331 Presidente do CNS sobre a impossibilidade de emissão de passagens por conta do prazo e de
332 custo, foram apresentadas as seguintes sugestões: nas próximas atividades, verificar a
333 possibilidade de assegurar vagas para os conselheiros, além dos coordenadores das
334 comissões; e, no caso do seminário da COFIN, tentar transmitir em tempo real, a fim de
335 possibilitar que os interessados acompanhem a atividade. Além disso, foi observado que a
336 COFIN realizará capacitação em todas as comissões, contemplando todos os conselheiros.
337 Nesse cenário, também foi destacada a necessidade de considerar a restrição de 30% do
338 orçamento do CNS. Após essas ponderações, foi retirada a proposta de garantir a participação
339 de todos os conselheiros com o custeio pelo CNS. Assim, a mesa procedeu ao
340 encaminhamento. **Deliberação: aprovada, com três abstenções, a realização do seminário,**
341 **a metodologia, com a participação dos novos integrantes da COFIN, coordenações das**
342 **comissões do CNS e representantes dos CES (2 por Estado). Os demais conselheiros**
343 **interessados em participar, deverão manifestar-se na próxima semana e não terão**
344 **custeio de diárias e passagens. Nos próximos seminários, deverá ser avaliada a**
345 **possibilidade de assegurar vagas para os conselheiros, além dos coordenadores das**
346 **comissões. Será verificada também a possibilidade de transmissão do evento, a fim de**
347 **possibilitar o acompanhamento.** Definido esse ponto, o coordenador da COFIN/CNS iniciou
348 o debate do RAG do Ministério da Saúde 2018, com convite ao representante da SPO/MS,
349 **José Menezes Neto** para compor a mesa. Explicou que a análise da execução orçamentária e
350 financeira do Ministério da Saúde no exercício de 2018 foi realizada com base nas planilhas
351 mensalmente encaminhadas à COFIN/CNS pela SPO/MS, no Relatório de Prestação de
352 Contas Quadrimestral/3º Quadrimestre/2018/MS (RQPC/3º/2018/MS) e no RAG 2018/MS.

353 Quanto ao cumprimento da aplicação mínima constitucional em saúde, nos termos da Lei
354 Complementar nº 141/2012 e da Emenda Constitucional nº. 95/2016, foram considerados para
355 tal fim os valores empenhados, conforme prevê o dispositivo legal. Recordou que esse
356 processo de análise da COFIN/CNS foi desdobrado em cinco momentos: 1) reunião da
357 COFIN/CNS de 7 e 8 de fevereiro de 2019 – análise das Planilhas de Execução Orçamentária
358 e Financeira do MS, antes do recebimento do RAG 2018/MS e do RQPC/3º/2018/MS, uma vez
359 que esses relatórios incorporam informações dessas planilhas; 2) reunião da COFIN/CNS de
360 21 e 22 de março de 2019 – houve a complementação da análise anterior com base no
361 RQPC/3º/2018/MS; 3) reunião da COFIN/CNS de 25 e 26 de abril de 2019 – foram
362 complementadas as análises anteriores com base nas respostas da Subsecretaria do
363 Planejamento e Orçamento – SPO/MS aos pedidos de esclarecimentos solicitados pela
364 COFIN/CNS e referendados pelo Pleno do CNS; 4) reunião da COFIN/CNS de 27 e 28 de
365 junho de 2019 – houve a complementação das análises anteriores com base nos documentos
366 recebidos, especialmente em relação ao cumprimento das metas previstas para 2018 na
367 Programação Anual de Saúde de 2018 - PAS/2018, referentes a cada objetivo do Plano
368 Nacional de Saúde 2016-2019 - PNS 2016-2019; e 5) reunião da COFIN/CNS de 29 e 30 de
369 agosto de 2019 – os resultados das análises anteriores foram sistematizados na minuta de
370 “Parecer Conclusivo” sobre o RAG 2018/MS, que incorporou as indicações de medidas
371 corretivas decorrentes também da análise do RQPC/3º/2018/MS, para posterior
372 encaminhamento ao Plenário do CNS, a quem compete a análise final e a deliberação
373 aprovando, aprovando com ressalvas ou reprovando o RAG 2018/MS, bem como a deliberação
374 sobre o teor da indicação de medidas corretivas de gestão a ser encaminhada ao Chefe do
375 Poder Executivo nos termos da LC nº. 141/2012. Resgatou que a partir de 2013 a COFIN
376 passou a apresentar dados sobre o RAG e sugerir indicativos. Nos últimos dois anos, o CNS
377 apoiou o parecer da COFIN e reprovou o RAG 2016, porque o Ministério da Saúde não cumpriu
378 o mínimo do piso da saúde e o RAG 2017, em virtude do volume de Restos a Pagar. Após
379 essa fala, o representante da SPO/MS, **José Menezes Neto**, solicitou a palavra para
380 esclarecer que nenhuma ação fora contingenciada no âmbito do MS em 2019 e que a dotação
381 orçamentária para o CNS estava 100% disponível. Segundo ele, houve contingenciamento
382 apenas nas emendas individuais. O Presidente do CNS registrou que, em reunião com o
383 Ministro de Estado da Saúde e o Secretário-Executivo, foi informado que o recurso
384 disponibilizado para a 16ª Conferência e o Conselho sofreu uma redução de 30%. Sendo
385 assim, agradeceu ao representante da SPO pela informação de que não houve
386 contingenciamento. Seguindo, o assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**,
387 apresentou o resumo executivo do parecer conclusivo sobre o Relatório Anual de Gestão 2018
388 do MS, segundo os onze pontos analisados pela COFIN/CNS: **1) Cumprimento da Aplicação**
389 **ASPS Mínima (Piso) Constitucional:** (Critério de análise: EC 95/2016). Resultado da análise da
390 COFIN/CNS: cumpriu em 2018 - aplicação acima do piso: Valor Empenhado (A): R\$ 116,82
391 bilhões, Valor do Piso (B): R\$ 112,36 bilhões e Diferença (A-B): R\$ 4,46 bilhões. **2) Despesas**
392 **Empenhadas ASPS como proporção da Receita Corrente Líquida-comparação anual** (Critério
393 de análise: definição CNS em anos anteriores): Redução do % empenhado em 2018: (2017 =
394 15,77%) X (2018 = 14,51). Perda em 2018: R\$ 10,2 bilhões. **3) Compensação integral dos**
395 **Restos a Pagar cancelados em 2017** (Critério de análise: LC 141 e definições do CNS em anos
396 anteriores). Resultado da análise da COFIN: não cumpriu formalmente (em dotação
397 específica): cancelado em 2017 (A): R\$ 979,9 milhões, compensado em 2018 (B): R\$ 638,8
398 milhões, diferença (A-B): R\$ 341,1 milhões. Observação 1: houve o cumprimento informal
399 referente a 2018 porque a aplicação acima do piso (item 1) foi maior que essa diferença não
400 compensada formalmente. Observação 2: não houve compensação de restos a pagar
401 cancelados desde 2000 que fizeram parte do cômputo da aplicação em ASPS nesses anos
402 anteriores. Observação 3: não houve apresentação da análise de viabilidade técnica e
403 financeira de execução dos restos a pagar antigos (2017 e anos anteriores), nem dos efeitos
404 para o atendimento às necessidades de saúde da população decorrentes dessas despesas
405 reinscritas em restos a pagar. **4) Empenhos ASPS a pagar do exercício** (inscrição restos a
406 pagar) (Critério de análise: Resolução CNS 505/2015). Resultado da análise da COFIN: Não
407 cumpriu: 31/12/2016: R\$ 7,8 bilhões - 8% do empenho total ASPS, 31/12/2017: R\$14,1 bilhões
408 - 12% do empenho total ASPS e 31/12/2018: R\$11,8 bilhões - 10% do empenho total ASPS,
409 Parâmetro CNS: 5% do empenho total ASPS. **5) Estoque total de Restos a Pagar ASPS e Não**
410 **ASPS** (inscrição e reinscrição) (Critério de análise: definições do CNS em anos anteriores).
411 Resultado da análise da COFIN: Queda em 2018 manteve o estoque de RP próximo do valor
412 de 2017 e não retornou ao de 2016: 2016 para execução em 2017: R\$ 14,5 bilhões, 2017 para

413 execução em 2018: R\$ 21,9 bilhões, 2018 para execução em 2019: R\$ 20,9 bilhões. **6)**
414 Critérios de escolha para a execução parcial ou total da despesa. Não informado pelo MS. **7)**
415 Demonstração da alocação de recursos suficientes para a mudança do modelo de atenção à
416 saúde para priorizar a atenção básica como a ordenadora da rede de atenção à saúde (Critério
417 de análise: definições do CNS em anos anteriores e a Resolução CNS para o estabelecimento
418 de prioridades em 2018). Resultado da análise da COFIN: não cumprido: queda real de 3,4%
419 das despesas na subfunção atenção básica em 2018 comparada a 2017, queda da
420 participação das despesas na subfunção atenção básica em relação ao total das despesas do
421 MS (20,3% em 2014, 18,9% em 2015, 19,0% em 2016, 18,4% em 2017 e 17,9% em 2018).
422 Observação: os representantes do Ministério da Saúde justificaram essa queda em 2018 na
423 última reunião da COFIN/CNS (realizada no dia 30 de agosto de 2019) como consequência da
424 metodologia adotada para classificação orçamentária das despesas das emendas
425 parlamentares (que não foram separadas por subfunção), ou seja, esse valor na subfunção 301
426 Atenção Básica está subestimado. (SPO enviou material no dia anterior e não foi possível
427 incorporar). **8)** Transferências Fundo a Fundo para Estados e Municípios e avaliação dos
428 impactos nas condições de saúde da população (Critério de análise: definições do CNS em
429 anos anteriores). Resultado da análise da COFIN: não foi informada a avaliação de impacto.
430 Queda real de 2,0% da dotação atualizada para empenhos e manutenção dos valores
431 empenhados das transferências fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e municípios em
432 2018 em comparação a 2017. Aumento real de cerca de 8,0% das despesas liquidadas e
433 pagas ocorridas no mesmo período foi decorrência da base de comparação comprimida de
434 2017 (quando houve um recorde de restos a pagar inscritos). Empenhos a pagar (ASPS + Não
435 ASPS) no valor de R\$ 2,6 bilhões. **9)** Comprovação de disponibilidade financeira para os
436 empenhos a pagar do exercício (Critério de análise: LC 141). Resultado da análise da COFIN:
437 disponibilidade financeira não comprovada. Observação: o Ministério da Saúde apresentou nos
438 esclarecimentos prestados para a COFIN/CNS um conjunto de novas informações (com cópia
439 de documentos internos) de natureza contábil e financeira que evidenciam esse compromisso,
440 ainda que de forma distinta àquela estabelecida pela LC 141. **10)** Avaliação do cumprimento
441 das metas previstas na PAS 2018 (Critério de análise: LC 141 e definições do CNS em anos
442 anteriores). Resultado da análise da COFIN: houve avaliação parcial, houve grande incidência
443 de metas realizadas abaixo das previstas para 2018 em cada Objetivo, mas sem avaliação dos
444 efeitos disso para o atendimento às necessidades de saúde da população. **11)** Nível de
445 execução das despesas liquidadas (Critério de análise: LC 141 e definições do CNS em anos
446 anteriores). Resultado da análise da COFIN: houve reincidência em 2018 da baixa execução
447 (pelo nível de liquidação – “intolerável” e “inaceitável”) de itens de despesas, o que foi objeto de
448 alerta quando da avaliação dos relatórios de prestação de contas (1º e 2º quadrimestres) pelo
449 CNS. Também mostrou um quadro demonstrando a existência de um padrão que evidencia
450 reincidências de execução no período do 1º Quadrimestre de 2016 ao 3º de 2018. Finalizando,
451 mostrou quadros detalhando itens segundo execução de despesas: **a)** adequado: Fundo
452 Nacional de Saúde, Pioneiras Sociais, Programa de Prevenção das DST AIDS; Incentivo
453 Financeiro – Vigilância em Saúde; PAB Fixo; Média e Alta Complexidade; Farmácias
454 Populares; Vigilância Sanitária – PAB; Sentença Judicial (custeio); **b)** regular e inadequado:
455 Saúde indígena, Qualificação Profissional do SUS, Manutenção Administrativa, Farmácia
456 Básica – PAB, Programa Saúde da Família – PACS/PSF, Programa Sangue e Hemoderivados,
457 Aquisição e Distribuição de Medicamentos DST/AIDS, InCa, Hospitais Próprios, Assistência
458 Médica a Servidores, Publicidade e Utilidade Pública, Emendas Nominativas; e **c)** intolerável e
459 inaceitável: Outros Programas, Combate a Carências Nutricionais, Serviço de Processamento
460 de Dados – DATASUS, Medicamentos Excepcionais, Vacinas e Vacinação, Reest. de Hospitais
461 Universitários Federais – REHUF, Fomento à Pesquisa em Ciência e Tecnologia, PROESF,
462 Aquis. e Distribuição de Medicamentos Estratégicos, Ações de Vigilância Epidemiológica,
463 Reaparelhamento de Unidades do SUS/MS e Atenção à Saúde da Mulher, Criança,
464 Adolescente e Jovem. Por fim, disse que esses apontamentos deveriam ser considerados
465 como indicações das medidas corretivas da gestão a serem encaminhadas ao Presidente da
466 República nos termos da Lei Complementar nº 141/2012. Na sequência, o representante da
467 SPO/MS, **José Menezes Neto**, também expôs sobre o tema. Começou esclarecendo que, de
468 acordo com o dispositivo legal que estabelece a forma de alocação e execução de recursos, a
469 SPO/MS cumpriu todos os requisitos legais. Explicou que, em 2018, o Ministério da Saúde
470 empenhou 99,2% das dotações, ou seja, R\$ 4 bilhões acima do mínimo. Além disso, houve
471 redução dos Restos a Pagar no ano anterior em comparação a 2017. Na modalidade de
472 aplicação, disse que a SPO/MS criou metodologia para compensação da inscrição dos Restos

473 a Pagar, assegurando maior transparência, não sendo necessário, portanto, a criação de ação
474 orçamentária, conforme solicitado pela COFIN. Sobre atenção básica, explicou que no dia
475 anterior enviou dados relativos a 2016 e 2017 e reencaminhou aqueles relacionados a 2018.
476 Também comunicou que o valor de R\$ 2,6 bilhões relativo a empenhos a pagar (ASPS + Não
477 ASPS) foi pago. Ainda sobre Restos a Pagar, disse que a Secretaria não pode fazer nada
478 diferente da posição jurídica, portanto não está na governança da SPO. Sobre ASPS e receita
479 corrente líquida (item 2 do Resumo da COFIN), disse que a SPO não possui governabilidade,
480 porque precisa trabalhar com o valor disponibilizado. Ou seja, a Secretaria está cumprindo o
481 definido na EC n°. 95. Em síntese, afirmou que o Ministério da Saúde fez tudo de acordo com a
482 legislação e cumpriu todos os dispositivos legais e, nesse sentido, apelou ao Pleno do CNS
483 que aprove o Relatório 2018. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra ao Pleno. Nesse
484 momento, conselheira **Altamira Simões dos Santos de Souza** fez uso da palavra para
485 apresentar a seguinte Questão de Ordem: o Fórum de usuários solicita o adiamento da votação
486 da minuta de parecer conclusivo sobre o RAG do MS ano 2018, porque o Resumo Executivo
487 elaborado pela COFIN acerca do assunto não foi enviado aos conselheiros com a
488 antecedência mínima de 10 dias, conforme define o Regimento Interno do CNS (art. 22,
489 Subseção II, § 2º - § 2º Cabe à Secretaria-Executiva a preparação de cada tema pautado na
490 ordem do dia definida pela Mesa Diretora, com documentos e informações disponíveis,
491 inclusive destaques aos pontos recomendados para deliberação, a serem distribuídos pelo
492 menos uma semana antes da reunião, sem o que, salvo a critério do Plenário, não poderá ser
493 votado.”). Impossibilitando, assim, análise mais aprofundada do documento e maiores
494 subsídios para nortear a votação. Além disso, pontuou que a SPO encaminhara novos dados à
495 COFIN no dia anterior. De outro lado, conselheira **Lais Alves de Souza** apresentou a seguinte
496 Questão de Ordem: Plenário do CNS se manifeste sobre a possibilidade de apreciar o parecer
497 sobre o RAG, conforme possibilita o Regimento Interno do CNS Art. 22, Subseção II, § 2º (“ (...)
498 salvo a critério do Plenário, não poderá ser votado.”)) Conselheiro **André Luiz de Oliveira**
499 esclareceu que o parecer sobre RAG 2018 foi construído nos últimos meses, mas o Resumo
500 Executivo não foi enviado previamente aos conselheiros. Diante da Questão de Ordem, disse
501 que o Plenário deveria decidir se votaria o parecer naquele momento ou não. Antes de
502 proceder à votação, a mesa apelou aos conselheiros que se mantivessem à mesa somente os
503 titulares ou suplentes no exercício da titularidade. Após consultar o Pleno e certificar que todos
504 estavam esclarecidos para votação, procedeu à deliberação das propostas, conforme as
505 Questões de Ordem apresentadas. **1) Adiar a votação do parecer final, elaborado pela COFIN,**
506 **sobre o Relatório Anual de Gestão - RAG 2018, porque o Resumo Executivo sobre o Relatório**
507 **não foi enviado com antecedência, impossibilitando análise do documento. A proposta**
508 **recebeu 23 votos.** Em seguida, colocou em votação a proposta: **2) Votar o parecer final,**
509 **elaborado pela COFIN, sobre o Relatório Anual de Gestão - RAG 2018. 10 votos. Nove**
510 **abstenções.** Total de 42 votantes. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** declarou que se
511 absteve da votação, porque o Ministério da Saúde era parte interessada, mas acompanhava a
512 decisão da maioria. Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso** declarou que o CONASEMS possui
513 posição formada sobre o RAG 2018, porque participa ativamente da COFIN, mas entende a
514 necessidade de maiores esclarecimentos. **Deliberação: aprovada, por maioria, a proposta**
515 **de adiamento da votação do parecer sobre o RAG. A Mesa Diretora o CNS pautará o**
516 **tema oportunamente para votação.** Antes de finalizar, o coordenador da COFIN fez um
517 informe sobre a 4ª edição do Curso EaD “Participação e Controle Social”, com destaque para
518 os seguintes números: 10 mil pessoas acessaram a página; 2.307 pré-inscrições no curso de
519 participação e controle social – 2.264 efetivadas, 926 não acessaram ambiente do curso, 1338
520 iniciaram o curso e 576 foram aprovadas com certificação 40 horas. Diante desses dados,
521 explicou que a proposta é oferecer turmas a cada quatro meses, com prazo de 60 dias para
522 assistir as aulas e realizar a avaliação. Definido esse ponto, o coordenador da COFIN
523 agradeceu a presença dos convidados e encerrou este item. Antes de iniciar o próximo ponto
524 de pauta, o Presidente do CNS aproveitou para registrar o apoio do CNS às ações relativas ao
525 Setembro Amarelo, uma campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio,
526 considerando os altos índices de casos no Brasil. Conselheiro **Adauto Vieira de Almeida**
527 também interveio para solicitar aos conselheiros que divulguem a Campanha de Doação de
528 Órgãos e Tecidos – Setembro Verde – que visa conscientizar as pessoas sobre a importância
529 de comunicar à família do desejo de ser doador de órgãos e/ou tecidos, que só é permitida
530 após autorização familiar. **ITEM 8 – AÇÕES E PERSPECTIVAS DA SECRETARIA DE**
531 **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - Apresentação: Caroline Martins José dos Santos,**
532 **Secretária Substituta de Atenção Primária à Saúde – SAPS/MS; e conselheira Priscilla Viégas**

533 **Barreto de Oliveira**, integrante da Câmara Técnica de Atenção Básica do CNS – CT/AB.
534 *Coordenação*: conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS. Iniciando, o
535 Presidente do CNS saudou as expositoras e lembrou que o tema foi pautado seguindo a
536 dinâmica do Conselho de incluir, a cada reunião, a apresentação das ações de uma Secretaria
537 do Ministério da Saúde. A primeira expositora foi a Secretária Substituta de Atenção Primária à
538 Saúde – SAPS/MS, **Caroline Martins José dos Santos**, que iniciou agradecendo o convite e
539 justificando a ausência do Secretário da SAPS, Erno Harzheim, por conta de agenda externa.
540 Na sua exposição, começou pontuando aspectos para justificar a importância da Atenção
541 Primária à Saúde - APS: é consenso mundial que os Sistemas Nacionais de Saúde devem ser
542 baseados na APS (OMS 2008); a APS é estruturante para organização e sustentabilidade do
543 sistema de saúde ao alcançar resultados com equidade; e a APS deve garantir o acesso
544 universal e em tempo oportuno ao usuário, ofertar o mais amplo e possível escopo de ações
545 visando à atenção integral e ser responsável por coordenar o cuidado dos pacientes em sua
546 trajetória clínica por meio de uma relação contínua e de confiança. Além disso, disse que
547 evidências mostram que sistemas de saúde com forte base na APS conseguem melhores
548 resultados, maior equidade e menor taxa de crescimento nas despesas em saúde. Disse que
549 até 2018 dezoito artigos de boa qualidade foram publicados sobre ESF e seu impacto na
550 mortalidade infantil: 92% identificaram um impacto significativo na redução da mortalidade
551 infantil; mortalidade por AVC foi 31% menor e, por doenças cardiovasculares, foi 36% menor
552 nos municípios com cobertura ESF >70%. Detalhou os “atributos fortes” (princípios e diretrizes)
553 da Atenção Primária à Saúde - APS: **a)** Atributos Essenciais: acesso de 1º contato,
554 longitudinalidade, coordenação e integralidade; e **b)** Atributos Derivados: orientação familiar,
555 orientação comunitária e competência cultural. Seguindo, explicou que a partir do Decreto nº
556 9.795, de 17 de maio de 2019, a APS adquiriu *status* de Secretaria no âmbito do Ministério da
557 Saúde, enfatizando-se assim sua relevância e prioridade no SUS. Detalhou, inclusive, os três
558 Departamentos da SAPS/MS: Departamento de Saúde da Família; Departamento de Ações
559 Programáticas Estratégicas; e Departamento de Promoção da Saúde. Explicou que a SAPS
560 busca uma APS, considerando articulação com a atenção especializada e a hospitalar, com
561 suporte do sistema lógico (Sistema de Informação em Saúde, Sistema de Assistência
562 Farmacêutica, Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) e sistema logístico (Registro
563 Eletrônico em Saúde, Sistema de Acesso Regulado, Sistema de Transporte em Saúde).
564 Destacou que são funções da APS a responsabilização, a resolutividade e o Centro de
565 Comunicação e a Estratégia Saúde da Família - ESF a tática principal. Continuando, pontuou
566 os desafios para Atenção Primária à Saúde no Brasil: fortalecer atributos da APS: ESF;
567 ampliação de acesso a Serviços de APS provimento e fixação médicos; fortalecimento da
568 clínica multiprofissional; financiamento da APS: atribuições e resultados; e monitoramento e
569 avaliação dos resultados APS. Nesse contexto, apontou as estratégias principais: ampliação do
570 acesso; novo projeto de formação e provimento; novo financiamento; fortalecimento da clínica;
571 e monitoramento e avaliação. Detalhou também o cenário da Atenção Primária em agosto
572 2019: 42.745 Equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo 14.238 Mais Médicos; 26.903
573 Equipes de Estratégia de Saúde Bucal; 260.095 Agentes Comunitários de Saúde; 5.500
574 Equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família/AB – NASF; 1.967 Laboratórios
575 Regionais de Próteses Dentárias; 1.139 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO; 267
576 Equipes de Atenção Básica da Saúde Prisional; 154 Equipes de Atenção Básica do Consultório
577 na Rua; 155 Equipes de Saúde Bucal das Unidades Odontológicas Móveis – UOM; e 157 ESF
578 para populações Ribeirinhas e 17 ESF em UBS Fluviais. Diante desse cenário, falou das
579 estratégias, destacando, inicialmente, o credenciamento de Equipes da Atenção Primária à
580 Saúde. Disse que foram 9.987 credenciamentos até julho de 2019 e serão feitos mais 11.887.
581 Além dessa iniciativa, destacou a portaria de desburocratização da ampliação de equipes e
582 serviços que visa: agilizar a implantação dos serviços da APS; garantir celeridade - fluxo de
583 informação do credenciamento e seu consequente envio a CIB e a SES correspondente;
584 ampliar a autonomia do gestor municipal ou distrital para qualificação e expansão dos serviços;
585 contratualização; e reforçar o Plano Municipal ou Distrital de Saúde e Programação Anual de
586 Saúde como norteadores das políticas locais de APS. Citou ainda a ampliação do acesso,
587 destacando o Programa Saúde na Hora que visa garantir maior cobertura na Atenção Primária;
588 ampliar o horário do atendimento; garantir mais autonomia para gestores organizarem equipes;
589 assegurar maior número de profissionais, o que gera economia e reduz custo por equipe;
590 aumentar o repasse da União no cofinanciamento da ESF; e assegurar maior resolutividade -
591 Atenção Primária alivia Unidades de Pronto Atendimento - UPA e emergências. Detalhou os
592 formatos de funcionamento da unidade de saúde da família (USF): USF 60 horas -

593 funcionamento de 12h de 2ª a 6ª feira ou 11 horas de 2ª a 6ª feira e 5 horas aos finais de
594 semana; USF 60 horas com Saúde Bucal - 3 eq. Saúde da Família e 2 eq. de Saúde Bucal -
595 Funcionamento de 12 horas de 2ª a 6ª feira ou 11 horas de 2ª a 6ª feira e 5 horas aos finais de
596 semana; USF 75 Horas com Saúde Bucal - 6 eq. Saúde da Família e 3 eq. de Saúde Bucal -
597 funcionamento de 15 horas de 2ª a 6ª feira ou 14 horas de 2ª a 6ª feira e 5 horas aos finais de
598 semana. Explicou que as USF com horário expandido serão identificadas com placa, totem na
599 calçada, cartaz na sala de espera com orientações de horário e telefone da Ouvidoria. Disse
600 que, nesses casos, o financiamento dobra de valor e a USF também receberá incentivo de
601 apoio à implantação em parcela única. Portanto, serão R\$ 150 milhões a mais para a atenção
602 primária somente no primeiro ano. Explicou que a adesão é realizada *on line* diretamente no E-
603 GESTOR AB e, no panorama da adesão, a meta foi cumprida em três meses (94%, ou seja,
604 148 Municípios e 938 USF). Ainda nas estratégias federais, destacou o Programa Médicos pelo
605 Brasil. Antes, porém, citou as causas da “escassez” de médicos, segundo literatura
606 internacional: tamanho do município; localização do município; condições socioeconômicas do
607 município; pouco interesse profissional; condições de trabalho; remuneração médica; e
608 insegurança profissional. Recuperou que o Programa Mais Médicos, instituído em 2013 por Lei
609 Federal, visou o provimento médico (Projeto Mais Médicos) - eixo formação médica, integração
610 ensino-serviço - tendo sido integrado por cooperados, intercambistas, Conselho Regional de
611 Medicina - CRM, com vínculo por meio de bolsa formação. Detalhou que as limitações dessa
612 iniciativa foram: inequidade na distribuição de vagas e alocação de médicos; gestão
613 centralizada de mais de 18.000 participantes, entre os diversos perfis; alta dependência de
614 Acordo de Cooperação; acompanhamento frágil na formação; e problemas de judicialização-
615 editais, conduta clínica, entre outros. Como nova iniciativa, destacou que a Medida Provisória
616 n°. 890/2019 instituiu o Programa Médicos pelo Brasil para levar profissionais para áreas mais
617 carentes e ampliar a formação de médicos especialistas considerando contratação federal de
618 médicos com vínculo CLT, classificação técnica (*IBGE/OCDE*) das cidades em localidades de
619 difícil provimento ou alta vulnerabilidade e formação de especialistas em Medicina de Família e
620 Comunidade. Segundo critérios de Seleção Município/ESF, explicou que em 3.426 municípios
621 todas as equipes são candidatas a receber provimento e, no caso dos demais 2.144
622 municípios, será avaliada a questão da vulnerabilidade (seleção individual de ESF, percentual
623 da população que recebe bolsa-família, BPC e Benefícios INSS pelos menores valores (≤ 2
624 salários mínimos)). Disse que vagas para áreas rurais ou remotas passarão de 5 mil para 13
625 mil - novo modelo de financiamento da atenção básica que está em discussão compensará
626 transferência de vagas. Além disso, serão 4 mil vagas prioritárias a mais para as regiões Norte
627 e Nordeste (juntas, terão 55% do total. No caso do Nordeste, de 2.600 para 6.400 vagas).
628 Detalhou como se dará a entrada do médico no Programa: inscrição no Programa; processo
629 seletivo público (prova); se aprovado, contratação CLT + tutoria; USB com mínimo de 2 ESF.
630 No caso do curso de especialização, disse que são 20hs semanais EAD, realizado por
631 instituição de nível superior parceira + SBMFC, tutoria acadêmica, avaliações semestrais;
632 Trabalho de Conclusão: intervenção em indicadores da USF; e Prova final – Titulação SBMFC.
633 Também disse que está prevista formação em tutoria. Apresentou a estrutura remuneratória do
634 estágio experimental: Valor da remuneração: R\$ 12.000,00; Gratificação para locais remotos
635 (rurais e intermediários): R\$ 3.000,00; e Gratificação para DSEI*: R\$ 6.000,00; e outros
636 benefícios DSEI: a cada 2 meses, passa 15 dias com tutor. Detalhou como se dará o
637 cronograma de implantação do Programa: tramitação da MP no Congresso Nacional para
638 conversão em Lei Federal - até 120 dias; Decreto regulamentando a Lei; definição de vagas e
639 publicação das normativas do Programa; e Agência para o Desenvolvimento da Atenção
640 Primária à Saúde – ADAPS; e contrato de gestão. Finalizando, falou sobre outras estratégias
641 em curso, com destaque para o Novo Financiamento Federal a APS - modelo misto de
642 financiamento (componentes), que incentiva o alcance de resultados dos sistemas de saúde
643 (qualidade, eficiência). Os métodos mistos são mais utilizados entre países da OCDE. Explicou
644 que será feita capitação ponderada para ajustar as necessidades de saúde e os custos de
645 provisão, com pagamento por desempenho para incentivar resultados e incentivos para áreas
646 específicas/estratégicas. Com isso, as vantagens são capitação – incentiva a coordenação dos
647 cuidados (reduz fragmentação), induz o controle dos gastos (mais eficiência) e pagamento por
648 desempenho – foco em resultados de saúde da população, incentivos para aumentar
649 qualidade. Detalhou como se dará o novo financiamento da APS - Modelo misto de
650 financiamento (componentes): **1)** Capitação ponderada; **2)** Pagamento por desempenho; **3)**
651 Incentivos a programas específicos/estratégicos; e **4)** Provimento de profissionais. Discorreu
652 também sobre os principais critérios de alocação do repasse federal em APS: pagamento por

653 pessoa com ponderação – Capitação – 46% - ponderação localidade e vulnerabilidade de cada
654 pessoa (serão consideradas equipe e lista de usuários/pacientes – variação de R\$ 57,00 a
655 150,00); pagamento pela oferta de serviços específicos e estratégicos - Saúde da Família,
656 Saúde Bucal - 11% - manutenção de incentivos; pagamento por desempenho – simplificação;
657 e pagamento para provimento – mantidos os Agentes Comunitários de Saúde e Mais Médicos.
658 Também falou da proposta de equipes de atenção primária à saúde, ainda não está instituída,
659 que será composta por médico e enfermeiro 20 e 30 horas cobrindo 50% e 75% da população
660 sob responsabilidade de uma esfera. No caso da Saúde Bucal também pode compor equipe
661 dentista e técnico 20 e 30h. Também fez referência à proposta de Carteira de Serviços que foi
662 colocada em consulta pública e recebeu mais de 1800 contribuições e a Pesquisa nacional de
663 saúde (brasileiros serão entrevistados sobre a situação da saúde). Por fim, falou sobre o
664 Prêmio OPAS da APS “APS Forte para o SUS: Acesso” que visa reconhecer, dar visibilidade e
665 premiar experiências exitosas que tenham ampliado o acesso dos usuários aos serviços e às
666 ações desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde, a principal porta de entrada do SUS. Na
667 sequência, expôs a conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, integrante da Câmara
668 Técnica de Atenção Básica – CTAB do CNS, que começou explicando que a CTAB/CNS foi
669 constituída com a finalidade de debater a Política Nacional de Atenção Básica e apontar a
670 atenção básica desejável para o Brasil, considerando aspectos como promoção da saúde,
671 prevenção de agravos. Nessa linha, destacou que é preciso debater a mudança do termo
672 “atenção básica à saúde” para “atenção primária à saúde” e entender a diferença de ambos.
673 Explicou que a defesa do conceito de “atenção primária à saúde”, pelo Banco Mundial, traz
674 uma abordagem seletiva, que prioriza cesta/carteira de serviços, com olhar restrito –
675 biomédico, com defesa de cobertura universal da saúde. Ou seja, não prioriza aspectos
676 imprescindíveis para garantir a atenção básica na ponta. Lembrou que a Declaração de Alma-
677 Ata defendeu três pontos principais imprescindíveis – atenção integral como primeiro ponto de
678 contato/acolhimento, indissociabilidade dos aspectos econômicos e sociais e participação
679 social. Todavia, os organismos internacionais começaram a orientar a atenção primária à
680 saúde diferente daquela definida na Declaração de Alma-Ata, com foco no custo/efetividade.
681 Nessa linha, fez uma análise preliminar da proposta governamental de estabelecimento de
682 carteira de serviços na Atenção Primária à Saúde, que estava em consulta pública,
683 questionando primeiramente qual seria a definição de território, uma vez que esse conceito não
684 aparece no documento. Lembrou que o território é estratégia central, pois visa reorganizar o
685 processo do trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de atenção à saúde.
686 Salientou que essa ausência resulta em agravamento das desigualdades sociais e contrapõe-
687 se ao conceito de universalidade da saúde, com defesa de cobertura universal que aprofunda
688 as iniquidades. Recordou o posicionamento do CNS a respeito dessa temática manifestado
689 inclusive na Resolução CNS n°. 600/2018 - aprova o posicionamento brasileiro para a *Global*
690 *Conference on Primary Health Care*, Astana, 2018 - e na Resolução n°. 609/2018 - apoia a
691 Declaração Alternativa da Sociedade Civil em Astana sobre Cuidados Primários de Saúde
692 (*Alternative Civil Society Astana Statement on Primary Health Care*). Destacou ainda que a 16ª
693 Conferência Nacional de Saúde reafirmou o posicionamento do CNS no que diz respeito à
694 atenção básica como orientadora do cuidado e reorientadora de um modelo de atenção. Além
695 desses aspectos, pontuou que, para garantir atenção básica na ponta, é essencial garantir
696 trabalho em equipe, definir território e população adstrita, focar no cuidado da pessoa e não da
697 doença e considerar contextos de vida, equidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado,
698 constituir rede e assegurar a participação da comunidade. Nessa perspectiva, perguntou como
699 garantir resolutividade e longitudinalidade sem definir território. Frisou que saúde é feita com
700 equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar, com diálogo, assim, questionou como a
701 equipe irá planejar suas atividades com uma reunião de 1 hora por semana. Pontuou também
702 sobre o papel do profissional de enfermagem que aponta para a lógica curativa e
703 assistencialista, inclusive com informações equivocadas sobre o papel dessa categoria. Sobre
704 a apresentação feita pela secretária adjunta da SAPS, destacou a ausência da perspectiva de
705 território e da participação da comunidade. Também sentiu falta de sinalização de perspectivas
706 de ações de prevenção de agravos à saúde. Destacou ainda que a proposta de Carteiras de
707 serviços aponta para lógica que se deseja adotar – integralidade restrita, assistência seletiva, o
708 que causa grande preocupação. Além desses aspectos, chamou a atenção para o
709 desinvestimento em áreas temáticas importantes como saúde da criança e da mulher, o que
710 reflete no aumento do índice de mortalidade nesses dois segmentos. Nesse processo de
711 desfinanciamento do SUS, questionou como os municípios conseguirão garantir equipes com
712 infraestrutura necessária para ampliar o quantitativo de atendimentos e a resolutividade dos

713 problemas. Também manifestou preocupação com a proposta da “Carteira de Serviços”, sob a
714 qual será estruturada a atenção primária à saúde, de delegar às equipes de saúde a
715 responsabilidade de identificar adultos com arma de fogo e orientá-los sobre a forma de
716 guardá-la em segurança. Além disso, questionou a forma como a proposta trata a mulher –
717 somente na figura de reprodutora. Para além desses aspectos, destacou preocupação com a
718 Política de Saúde Mental, que se transformou em manejo de condições psiquiátricas voltada a
719 questões biomédicas e com a falta de prioridade à política de saúde bucal. Reforçou a
720 diferença ideológica entre “atenção básica” e “atenção primária” e reafirmou a defesa do CNS
721 por um sistema público universal, solidário, na perspectiva da saúde como direito, com
722 participação cidadã em detrimento da atenção primária, defendida pelo Banco Mundial, que
723 traz a abordagem seletiva de cesta de serviços, de carteira e de cobertura universal. Nesse
724 sentido, destacou que é preciso garantir o cumprimento da Constituição Federal de 1988 e
725 reafirmar a defesa da saúde como direito na perspectiva estatal, de caráter interfederativo.
726 Além disso, reiterou a importância da revogação da EC n°. 95 que impacta negativamente na
727 saúde. Sobre o Programa Médicos pelo Brasil, pontuou a preocupação com a gestão por
728 Organização Social, carreira celetista e regulação pelo mercado, com grave ameaça ao
729 sistema público. Reiterou que há disputa ideológica de um acesso universal, defendido pelo
730 CNS e uma concepção de cobertura universal. Desse modo, frisou que é preciso defender
731 cotidianamente as propostas da 16ª Conferência que reafirmaram a atenção básica como
732 reordenadora e instituidora de um modelo de cuidado baseado na indissociabilidade dos
733 aspectos econômicos e sociais e na intersetorialidade. Por fim, disse que a CTAB/CNS
734 apresentará documento com avaliação sobre a proposta de “Carteira de serviços do SUS”.
735 **Manifestações.** Conselheira **Marisa Furia Silva** saudou as expositoras e solicitou a inclusão
736 do tema “deficiências”, em especial o autismo, nas capacitações dos profissionais de saúde,
737 realizadas pelo Ministério da Saúde, na linha de garantir diagnóstico precoce e tratamento
738 necessário. Conselheiro **Albanir Pereira Santana** relatou sua experiência como ex-médico da
739 atenção básica, destacando a sua preocupação com a garantia do tratamento após o
740 atendimento na atenção básica. Nessa linha, perguntou qual a proposta para garantir a
741 continuidade do tratamento e assegurar maior estruturação da atenção básica. Conselheiro
742 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, na condição de coordenador-adjunto da CTAB/CNS,
743 destacou que documentos produzidos pela Câmara foram disponibilizados aos conselheiros,
744 inclusive para subsidiar a discussão. Reiterou a preocupação com a proposta de “atenção
745 primária à saúde” e também com a “desqualificação” das CIB como espaços legítimos de
746 qualificação da atenção básica entre Estado e Município. Além disso, lembrou que a PAS e os
747 Planos de Saúde são compromissos de responsabilidade administrativa de gestão, inclusive
748 orçamentária, portanto não podem ser desqualificados. Por fim, frisou que as pessoas com
749 patologias crônicas não podem ser atendidas pela atenção básica, mas sim pelas
750 especialidades. Conselheira **Manuelle Maria Marques Matias** reiterou que o Brasil optou pelo
751 modelo da atenção básica em contraposição à atenção primária, por defender sistema
752 universal de saúde. Nessa linha, disse que a proposta de “carteira de serviços” aponta para a
753 seletividade em contraposição ao sistema universal. Destacou também que o desempenho não
754 pode ser o único componente de avaliação profissional e, a respeito do Programa Médicos pelo
755 Brasil, sentiu falta de maiores esclarecimentos sobre o perfil e a formação dos profissionais que
756 serão colocados nos serviços, para além do provimento. Conselheiro **Eduardo Maércio Fróes**
757 manifestou preocupação com a falta de programas na atenção básica voltados à prevenção e
758 diagnóstico precoce do câncer, mesmo diante de estudos que apontam que essa será a maior
759 causa de morte no país em 2029. Conselheira **Lenir Santos**, primeiro, reiterou que os
760 profissionais de saúde de todos os níveis de atenção à saúde devem ter amplo conhecimento
761 sobre deficiência e patologia, inclusive para assegurar atendimento integral e de qualidade.
762 Também fez comentários sobre a MP n°. 890, uma vez que o texto não condiz com o objetivo
763 da Medida de prover “exclusivamente” médicos em locais de difícil provimento (uso do termo
764 “especialmente”). Além disso, chamou a atenção para a previsão de participação do setor
765 privado na atenção primária (DAPS) e de entidade privada no Conselho consultivo, além da
766 ausência de prazo para o Programa. Conselheiro **Giancarlo de Montemor Quagliarello**
767 interveio para destacar a importância de criar agenda de debate entre a área técnica do MS e
768 as comissões do CNS a fim de definir a atenção básica desejável para o País. Conselheiro
769 **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara** reiterou a importância de garantir maior estruturação da
770 atenção básica, reforçando a estrutura de apoio, como os laboratórios, materiais médico-
771 hospitalares e medicamentos. Também defendeu a definição de uma carreira para toda a
772 equipe de saúde e não apenas para o profissional médico. Conselheira **Myrian Coelho Cunha**

773 **da Cruz** manifestou preocupação com a mudança do formato de indução financeira para
774 implantação de equipes que se dará a partir da vulnerabilidade (e não no território), por
775 entender que o olhar da saúde não se constrói somente nessa perspectiva. Também perguntou
776 como se dará a execução das ações de alimentação e nutrição no contexto de um modelo de
777 atenção primária centrado no procedimento que desconhece o território, por exemplo.
778 Conselheira **Elisangela Aparecida Tibério Santana** destacou que a interlocução com outros
779 serviços é essencial para o funcionamento da atenção básica, portanto, sinalizou como
780 preocupante a proposta de definir atenção básica centrada em serviços, desconsiderando
781 áreas importantes como vigilância epidemiológica. Como encaminhamento, sugeriu pautar
782 debate sobre o Programa Médicos pelo Brasil na próxima reunião do CNS, para
783 aprofundamento. Conselheira **Elisabete Pimenta Araújo Paz** destacou que o pagamento por
784 performance pode ser um limitador do desempenho e resolutividade das equipes, uma vez que
785 as ações são voltadas apenas para os profissionais médicos quando a atenção básica deve ser
786 feita por equipe multiprofissional. Também sentiu falta de maior detalhamento acerca dos
787 indicadores – estão associados a que?, qual peso no pagamento associado a performance?
788 Conselheiro **Delmiro José Carvalho Freitas** relatou as dificuldades enfrentadas na atenção à
789 saúde no Estado de Roraima por falta de equipamento, o que é comum a outros Estados
790 brasileiros. Naquele Estado, relatou que indígenas permanecem na cidade por falta de
791 máquinas para realização de exames. Conselheiro **Elias Marques Ferreira** falou sobre a
792 dificuldade das pessoas com hemofilia em ter acesso ao atendimento de urgência na atenção
793 básica e perguntou se havia previsão de ações para resolver essa situação. Conselheiro
794 **Renato de Jesus Padilha** falou sobre o Projeto Piloto da FENAFAR de capacitação de
795 médicos, enfermeiros e agentes comunitários para o diagnóstico de hipertensão e diabetes,
796 que são as principais causas da perda da função renal e colocou a Federação à disposição
797 para ampliar essa iniciativa junto com o Ministério da Saúde. Também destacou a importância
798 de incluir nefrologista nas unidades básicas de saúde para garantir tratamento às pessoas com
799 problemas renais e assegurar a realização do exame de creatinina. Conselheiro **Arilson da**
800 **Silva Cardoso**, primeiro, saudou o CNS por pautar esse tema, entendendo que é essencial
801 debater as questões centrais para a estruturação do Sistema. Registrou que o CONASEMS
802 possui compromisso com a Atenção Básica à Saúde enquanto coordenadora do cuidado e
803 ordenadora das redes. Em que pese ter defendido o financiamento para as equipes básicas
804 tradicionais, uma vez que já existiam, disse que o CONASEMS compreende a ESF como
805 prioritária para implantação da atenção básica no país. Destacou que o CNS deve pautar o
806 tema “atenção básica”, com a participação do CONASS e CONASEMS e acompanhar o
807 desdobramento das novas propostas. Conselheira **Joana Batista Oliveira Lopes** manifestou
808 preocupação com a diferença no número de Equipes da Estratégia Saúde da Família (42.745)
809 e Equipes de Estratégia de Saúde Bucal (26.903) e com o número insuficiente de CEO (1.139).
810 Salientou que é preciso ampliar o número das equipes de saúde bucal inclusive porque a
811 Constituição Federal assegura direito universal à atenção básica em saúde bucal. Além disso,
812 manifestou preocupação com a formatação das equipes dos CEO que não são constituídos
813 para atender as especificidades, inclusive das pessoas com deficiência. Conselheira **Vânia**
814 **Lúcia Ferreira Leite** destacou que, além dos vários problemas a serem enfrentados como falta
815 de equipamentos, medicamentos e profissionais de saúde, a auditoria do TCU revelou a falta
816 de preparo dos profissionais da atenção básica (quase 70% dos municípios não conseguem
817 treinar os profissionais de saúde). Nesse sentido, perguntou quais as ações do Ministério da
818 Saúde voltadas à capacitação dos profissionais de saúde. Por fim, pontou que o prazo da
819 consulta pública sobre a proposta de “Carteira de Serviços” foi muito curto, dificultando a
820 participação. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** saudou a Secretária adjunta da SAPS e
821 destacou que a 16ª Conferência aprovou uma série de propostas relativas à atenção básica,
822 algumas delas contraditórias, o que é louvável no processo democrático de discussão. Das
823 propostas apresentadas, pontuou que a luta pela regionalização da saúde desse ser um ponto
824 central porque unifica posições. Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** saudou as
825 expositoras pelas apresentações e manifestou preocupação com a proposta de Carteira de
826 Serviços, entendendo que não é possível discutir atenção básica sem cuidar do território e das
827 questões sociais que o envolve. Também manifestou preocupação com a proposta de
828 localidade remota, considerando as particularidades e as populações de cada região, a
829 exemplo da Norte. Também perguntou se a proposta de Carteira de Serviços considerou as
830 proposições das conferências temáticas da saúde (saúde da mulher, vigilância em saúde) e da
831 16ª Conferência Nacional da Saúde. Conselheiro **Luiz Anibal Vieira Machado** também
832 manifestou insatisfação com a falta de ações voltadas às demais categorias profissionais que

833 compõem a equipe de atenção básica. Salientou que a nova proposta de atenção básica
834 precisa ser debatida no âmbito do CNS e sinalizou ampla preocupação sobre a proposta de
835 terceiro turno nas unidades. **Retorno da mesa.** A Secretária Substituta da SAPS/MS, **Caroline**
836 **Martins José dos Santos**, pontuou os seguintes aspectos a partir das intervenções: as
837 Políticas de Atenção Básica de 2001 e 2017 consideram os termos “atenção primária” e
838 “atenção básica” como equivalentes e o conjunto das propostas fala de um modelo de atenção
839 primária à saúde que considera as especificidades do Brasil, o território e as demandas;
840 cobertura universal e acesso universal - o Ministério da Saúde não dispõe de informações
841 sobre a situação de saúde de 50 milhões de pessoas – essas pessoas não estão
842 contempladas – de qual acesso universal se fala?, de que território?, de que responsabilidade?
843 – é preciso debater o que está sendo ofertado à população; a Carteira de Serviços visa dar
844 publicidade a relação de serviços a ser ofertados pela atenção primária – escopo de práticas,
845 integralidade – todavia, é um instrumento limitado, por si só; sobre o controle social, os
846 atributos e princípios da atenção primária contemplam a participação da sociedade; PCATUR –
847 instrumento a ser aplicado aos usuários – 120 mil serão visitados para saber sobre os serviços
848 que estão recebendo; a nova proposta de atenção primária muda o foco do território para
849 centrar-se nas pessoas – a base de cadastro possui também informações sobre território;
850 papel do enfermeiro definido na Carteira de serviços recebeu inúmeras contribuições na
851 consulta pública - a finalidade foi incluir mais condições para que esse profissional faça a
852 clínica e não fragilizar o papel; o novo modelo de financiamento considera determinantes
853 sociais e as características de cada indivíduo combinado com um conjunto de indicadores de
854 avaliação de desempenho (para cada ano, a começar de 2020 – será pactuado com os
855 gestores o peso de cada indicador, considerando inclusive experiências externas); é preciso
856 falar sobre custo e efetividade, considerando que o recurso do SUS é finito; o Ministério da
857 Saúde tem envidado esforços para alcançar orçamento maior para a atenção primária à saúde;
858 MP – agência é serviço social autônomo: a proposta recebeu mais de 300 emendas do
859 Congresso Nacional, boa parte sobre a composição do conselho deliberativo da agência,
860 inclusive solicitando a inclusão do CNS nesse conselho (a proposta será acatada). Conselheira
861 **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, integrante da CTAB/CNS, pontuou os seguintes
862 aspectos: é preciso debater que SUS e que atenção básica se defende; é necessário saber
863 quando a proposta de estabelecimento de novo modelo de financiamento da atenção básica
864 será debatida com o CNS; “olhar para as pessoas” implica na necessidade de considerar o
865 território porque traz questões como aspectos epidemiológicos, equipamentos necessários; a
866 proposta da Carteira de Serviços não prevê a participação da comunidade, o que é
867 preocupante; Carteira de Serviços SUS pode significar SUS “pobre” para “pobre” e o CNS
868 defende o acesso universal - a universalidade do SUS; e o assunto não se esgota neste
869 momento e será trazido novamente, inclusive com subsídios da Câmara Técnica. Conselheiro
870 **Neilton Araújo de Oliveira** interveio para informar que a SAPS indicou coordenadores para
871 participar das comissões do CNS na lógica de ampliar o diálogo com o Conselho. Além disso,
872 solicitou à Secretária Executiva da SAPS a indicação de representante para participar da
873 Câmara Técnica de Atenção Básica do CNS. Após essas falas, o Presidente do CNS procedeu
874 aos encaminhamentos. **Deliberação: aprovadas, por unanimidade, as seguintes**
875 **propostas: manter a agenda de debate entre CNS e suas comissões com a SAPS/MS;**
876 **pautar debate sobre o Programa Médicos pelo Brasil na próxima reunião do CNS; pautar**
877 **o tema “atenção básica” novamente após a reunião da Câmara Técnica de Atenção**
878 **Básica - CT/AB/CNS; e pautar a Política de Atenção Primária/Básica na Mesa Diretora do**
879 **CNS na linha de elaborar e apresentar uma proposta a esse respeito ao Pleno do CNS,**
880 **para deliberação. Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu as palestrantes e**
881 **encerrou a manhã do segundo dia de reunião.** Estiveram presentes os seguintes
882 conselheiros e conselheiras: *Titulares* - **Albanir Pereira Santana**, Federação Nacional das
883 Apaes – FENAPAES; **Altamira Simões dos Santo de Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo –
884 Saúde da População Negra e Aids; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos
885 do Brasil – CNBB; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais
886 Agricultores e Agricultoras Familiares – CONTAG; **Antônio Magno de Sousa Borba**,
887 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde;
888 **Delmiro José Carvalho Freitas**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Dulcilene Silva**
889 **Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais – FBH; **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira
890 de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social
891 – CFESS; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN;
892 **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;

893 **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **Jupiara**
894 **Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das
895 Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Láís Alves de Souza Bonilha**,
896 Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos Santos**, Federação
897 Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal Vieira Machado**,
898 Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de
899 Autismo – ABRA; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Moysés**
900 **Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Neilton**
901 **Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, Associação
902 Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos
903 Indígenas da Região Sul – ARPIN-SUL; **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de
904 Nutrição – ASBRAN; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema
905 Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; e **Vanja Andréa Reis dos Santos**,
906 União Brasileira de Mulheres – UBM. *Suplentes* - **Adauto Vieira de Almeida**, Movimento
907 Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais – MBHV; **Alex Gomes da Motta**, Pastoral da
908 Saúde Nacional; **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de
909 Saúde – CONASEMS; **Daniela Buosi Rohlf**s, Ministério da Saúde; **Elias Marques Ferreira**,
910 Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Elisangela Aparecida Tibério Santana**, Conselho
911 Federal de Biologia – CFBio; **Fabiana Raynal Floriano**, Ministério da Saúde; **Geordeci**
912 **Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Giancarlo de Montemor**
913 **Quagliarello**, Conselho Federal de Odontologia – CFO ; **Gláucia Tamayo Hassler Sugai**,
914 Ministério das Cidades; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS; **Luiz Alberto Catanoso**,
915 Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDNAPI/FS; **Manuelle Maria**
916 **Marques Matias**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Marlene Pereira dos**
917 **Santos Oliveira**, Instituto Lado a Lado pela Vida; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho
918 Federal de Nutricionistas – CFN; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da
919 Indústria – CNI; **Renato de Jesus Padilha**, Federação Nacional das Associações de Pacientes
920 Renais do Brasil – FENAPAR; **Tereza Cristina Lins Amaral**, Conselho Nacional de Secretários
921 de Saúde – CONASS; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
922 – CNBB; e **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia - CFF.
923 Retomando, às 14h25, a mesa foi composta para o item 8 da pauta. **ITEM 9 – 16ª**
924 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**
925 **INDÍGENA** - *Coordenação*: conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e **Ana**
926 **Carolina Dantas**, Secretária-Executiva do CNS. **16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.**
927 *Apresentação*: conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, Secretário-Geral da 16ª CNS.
928 Iniciando, conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, explicou que o Pleno do
929 CNS precisaria apreciar a minuta de recomendação, enviada previamente, com diretrizes e
930 propostas da 16ª Conferência Nacional de Saúde destacadas para o Plano Plurianual - PPA
931 2020-2023. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, Secretário-Geral da 16ª CNS, fez um
932 informe sobre a elaboração da minuta recomendação, que teve como base as deliberações do
933 CNS e o conhecimento acumulado da comissão de relatoria. Disse que a ideia é encaminhar a
934 recomendação ao Presidente da República e aos Presidentes da Câmara dos Deputados e do
935 Senado Federal. Também informou que a comissão de relatoria se reuniria às vésperas da
936 próxima reunião do Pleno para concluir o Relatório Final e remeter à comissão organizadora
937 que se reuniria na sequência. Assim, na reunião de outubro de 2019, o Pleno apreciaria o
938 Relatório para lançamento na reunião ordinária do mês de novembro de 2019. Conselheiro
939 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** agradeceu a assessoria técnica por contemplar as
940 sugestões à minuta de recomendação. Conselheiro Albanir Pereira Santana fez referência à
941 minuta para registrar que estava na letra “b” da proposta 7 não foram contemplados os Centros
942 Especializados em Reabilitação II, III. Todavia, o Presidente do CNS pontuou que o Pleno do
943 CNS não poderia modificar a proposta aprovada na 16ª Conferência. Conselheira **Marisa Furia**
944 **Silva** salientou que o PPA 2020-2023 deveria ter sido submetido à apreciação e debate do
945 Pleno do CNS. O Presidente do CNS respondeu que o PPA 2020-2023 foi apresentado na
946 COFIN e também foi debatido no Pleno do CNS. Conselheira **Marisa Furia Silva** solicitou que,
947 nos próximos, o PPA seja debatido em um ponto específico, com maior profundidade. Feitas
948 essas considerações, o Presidente do CNS fez a leitura da minuta de recomendação. O texto é
949 o seguinte: “Recomendação nº 000, de 13 de setembro de 2019. O Plenário do Conselho
950 Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Primeira Reunião Ordinária,
951 realizada nos dias 12 e 13 de setembro de 2019, e no uso de suas competências regimentais e
952 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28

953 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto
954 nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República
955 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que a
956 Constituição Federal de 1988 estabelece a “saúde como direito de todos e dever do Estado,
957 garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e
958 de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção,
959 proteção e recuperação”; considerando que a Lei Federal nº 8.080/1990 define, em seu Art. 2º,
960 §1º, que o “dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de
961 políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos
962 e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e
963 aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”; considerando que a saúde
964 institui-se como uma prerrogativa de toda (o) cidadã (ao) de forma individual e coletiva e por
965 meio dos movimentos sociais organizados de modo a materializar um acesso universal e
966 igualitário às ações e serviços para sua proteção, promoção, recuperação e ressocialização;
967 considerando que as Conferências de Saúde são instâncias colegiadas do SUS que
968 implementam a diretriz constitucional de participação social na gestão da saúde, conforme Art.
969 198, inciso III; considerando que o Art. 1º, §1º, da Lei Federal nº 8.142/1990 define como
970 competência da Conferência de Saúde “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para
971 a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”; considerando que o Art. 30,
972 §4º, da Lei Complementar nº 141/2012 reitera como atribuições dos conselhos de saúde a
973 deliberação sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para a programação das
974 ações e serviços públicos de saúde; considerando que o CNS tem por finalidade atuar, entre
975 outras coisas, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua
976 amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º do Regimento Interno do CNS);
977 considerando que compete ao Plenário do CNS dar operacionalidade às competências
978 descritas no Art. 10 do seu Regimento, como previsto no Art. 11, I de seu Regimento Interno;
979 considerando que é atribuição do CNS o papel de fortalecer a participação e o controle social
980 no SUS (Art. 10, IX do Regimento Interno do CNS) e o processo de articulação entre os
981 conselhos de saúde; considerando o disposto no Art. 1º, incisos I, II, III, IV, V, VI e VII da
982 Resolução CNS nº 594/2018 (Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde), segundo o
983 qual o objetivo da Conferência foi o de “Debater o tema da Conferência com enfoque na saúde
984 como direito e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS); Pautar o debate e a
985 necessidade da garantia de financiamento adequado e suficiente para o SUS; Reafirmar,
986 impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, para garantir a saúde como direito
987 humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que
988 reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de
989 1988, e nas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
990 Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade brasileira acerca da saúde como direito e em
991 defesa do SUS; Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação
992 da sociedade em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8); Avaliar a
993 situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da
994 construção das diretrizes do Plano Plurianual - PPA e dos Planos Municipais, Estaduais e
995 Nacional de Saúde, no contexto dos 30 anos do SUS; Aprofundar o debate sobre as
996 possibilidades sociais e políticas de barrar os retrocessos no campo dos direitos sociais, bem
997 como da necessidade da democratização do Estado, em especial as que incidem sobre o setor
998 saúde”; considerando o processo ascendente da 16ª Conferência Nacional de Saúde, com
999 etapas municipais, estaduais, conferências livres e etapa nacional, com o Relatório Final
1000 expressando o resultado dos debates nas diferentes etapas e as diretrizes e propostas
1001 aprovadas na Plenária Final; considerando que a 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª + 8)
1002 reafirmou e consolidou seu propósito, por meio das Diretrizes e Propostas aprovadas em sua
1003 plenária deliberativa em que a saúde deve ser tratada como direito humano e como
1004 democracia de modo a consolidar os princípios e diretrizes do SUS e com a garantia de
1005 financiamento adequado, suficiente e sustentável; considerando as Diretrizes e Propostas
1006 aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde, em seus quatro eixos: Eixo Transversal
1007 (saúde e democracia); Eixo I (saúde como direito); Eixo II (consolidação dos princípios do
1008 SUS); e Eixo III (financiamento adequado e suficiente para o SUS), que traduzem o
1009 entendimento do controle social em formular políticas e propor ações que possam desenvolver
1010 o SUS, permitindo que o direito à saúde se efetive pela garantia do acesso às ações e serviços
1011 de saúde, segurança e seguridade social, mediante o aumento da aplicação de recursos, pelos
1012 três entes federados, em faixas gradativas; considerando a importância de reforçar o sentido

1013 da saúde como direito, apontado pela Constituição Federal de 1988, da consolidação do SUS e
1014 do seu financiamento; considerando a necessidade de aumento da aplicação de recursos pelos
1015 três entes federados, em faixas gradativas e proporcionais, e do aperfeiçoamento da legislação
1016 desde as fontes de arrecadação até a definição de critérios para sua aplicação, indicando a
1017 priorização da atenção básica de saúde, como ordenadora do cuidado; considerando que, de
1018 acordo com a Constituição Federal de 1988, o Plano Plurianual (PPA) é o instrumento de
1019 planejamento de médio prazo que orienta o planejamento anual, que estabelece de forma
1020 regionalizada as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública para as despesas de
1021 capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada,
1022 do qual devem constar as áreas prioritárias a receberem atenção do estado nacional; e que
1023 vigora por quatro anos, abrangendo até o primeiro ano do mandato seguinte; considerando a
1024 importância dos processos de elaboração, deliberação e consulta à sociedade realizada pelo
1025 Poder Executivo, diretamente ou através de órgãos colegiados e conferências, visando
1026 qualificar a gestão pública por meio da participação social; considerando que o Plano
1027 Plurianual 2020-2023 consolida os objetivos e ações da gestão governamental, e tendo em
1028 vista a expectativa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, de ver atendidas suas proposições,
1029 de modo a contemplar as necessidades de saúde da população e a capacidade dos gestores
1030 ofertar as ações e serviços públicos de saúde de qualidade e oportunamente; considerando a
1031 Resolução CNS nº 617, de 22 de agosto de 2019, que publicou as diretrizes, propostas e
1032 moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde, com
1033 vistas a desencadear os efeitos previstos legalmente para a formulação de políticas de saúde e
1034 a garantir ampla publicidade; e considerando a amplitude dessas deliberações da 16ª
1035 Conferência Nacional de Saúde, que serão debatidas, encaminhadas e acolhidas em diferentes
1036 espaços, oportunidades, e com diversas estratégias e mobilizações, mas sobretudo querendo,
1037 de imediato, destacar e priorizar algumas dessas proposições na elaboração do PPA.
1038 **Recomenda: 1)** Aos Presidentes da República Federativa do Brasil, da Câmara dos
1039 Deputados, do Senado Federal e do Supremo Tribunal Federal a inclusão das diretrizes e
1040 propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde, destacadas no anexo dessa
1041 Recomendação, no rol de documentos oficiais para referenciar o processo de tomada de
1042 decisão no âmbito dos Três Poderes, conforme estabelece a Lei Federal nº 8142/1990 e o
1043 dispositivo constitucional da participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS). **2)**
1044 Ao Presidente da República Federativa do Brasil e ao Ministro da Saúde a incorporação das
1045 diretrizes e propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde, destacadas no anexo
1046 dessa Recomendação, ao Projeto de Lei do Plano Plurianual da União 2020-2023 e ao Plano
1047 Nacional de Saúde 2020-2023. **3)** Aos Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado
1048 Federal a incorporação das diretrizes e propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de
1049 Saúde, destacadas no anexo dessa Recomendação, ao processo de discussão e aprovação do
1050 Projeto de Lei do Plano Plurianual 2020-2023. **ANEXO. DIRETRIZES E PROPOSTAS DA 16ª**
1051 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DESTACADAS PARA O PLANO PLURIANUAL**
1052 **(PPA) 2020-2023.** O presente documento considera o processo dinâmico e plural da 16ª (= 8ª
1053 + 8) Conferência Nacional de Saúde, respeitando suas deliberações e tendo por base o
1054 trabalho de síntese da Comissão de Relatoria, contemplando as diversas temáticas
1055 relacionadas ao setor saúde e em diferentes dimensões (políticas, econômicas, sócio culturais,
1056 etc.) para o fortalecimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde - SUS,
1057 compreendendo saúde e democracia como pilares fundamentais do projeto de
1058 desenvolvimento nacional e da qualidade de vida da população brasileira. Atento, no entanto, à
1059 amplitude das propostas e das diversas estratégias, espaços e oportunidades possíveis para
1060 concretização dessas deliberações, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) destaca um conjunto
1061 de proposições e reivindicações para serem contempladas no PPA 2020-2023, conforme se
1062 segue: Garantir a democracia e saúde como direitos de cidadania, imprescindíveis à qualidade
1063 de vida, liberdade de expressão e participação, ao lado dos demais direitos sociais para
1064 consolidar e fortalecer o SUS como política pública, projeto de Nação e fator de
1065 desenvolvimento, fortalecendo seu caráter público, com equidade, universalidade e
1066 integralidade para assegurar resolutividade da atenção à saúde, estruturada de forma
1067 regionalizada, descentralizada e hierarquizada, com participação popular. Sobretudo,
1068 assegurar o direito constitucional da Seguridade Social e o financiamento adequado,
1069 transparente e suficiente, com sustentabilidade orçamentária do SUS, propiciando a
1070 participação da comunidade, com efetivo controle social, especialmente o fortalecimento e
1071 aperfeiçoamento dos conselhos de saúde, de modo a garantir a transparência e a moralidade
1072 na gestão pública e melhorar a comunicação entre a sociedade e os gestores, respeitando seu

1073 caráter deliberativo. **PROPOSTAS: 1)** Garantir as condições de funcionamento e fortalecimento
1074 do Conselho de Saúde, como órgão deliberativo e de fiscalização, com autonomia e
1075 independência política, financeira e administrativa, propiciando capacitação permanente dos
1076 conselheiros. **2)** Ampliar e reforçar órgãos de fiscalização e controle nas políticas públicas e
1077 programas nas três esferas de governo para garantir o cumprimento de leis e normas,
1078 utilizando indicadores para avaliação de estratégias e metas que assegurem a qualidade e
1079 resolutividade de ações e serviços com redução de possibilidade de corrupção. **3)** Formulação
1080 e execução de políticas públicas de saúde que promovam ações de redução de riscos de
1081 doenças e de outros agravos com efetivação e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde
1082 (RAS), em consonância com os princípios do SUS. **4)** Implementação das redes de atenção
1083 integral à saúde de pessoas e grupos em todos os ciclos de vida e em todo o território nacional,
1084 com serviços especializados regionais de fácil acesso e resolutivos, com equipes
1085 multiprofissionais, assegurando procedimentos, medicamentos e Práticas Integrativas e
1086 Complementares, por meio de: a) implantação de centrais de regulação com responsabilidade
1087 compartilhada das três esferas de governo, que atendam aos municípios e estados e abranjam
1088 a média e alta densidade tecnológicas, a urgência e a emergência e os demais serviços
1089 especializados, garantindo transparência da gestão da fila de espera para trabalhadores e
1090 usuários, otimização do monitoramento dos procedimentos, acompanhamento e avaliação da
1091 oferta de serviços e as demandas específicas de territórios e regiões; b) fortalecimento da
1092 capacidade de gestão das redes de atenção, por meio do controle, da regulação, da avaliação
1093 e da auditoria dos sistemas e serviços de saúde nas três esferas de governo, promovendo a
1094 participação plural, a laicidade, a autonomia, a qualidade e a eficiência dos serviços; c) criação
1095 de regiões especiais de saúde em áreas fronteiriças para acolher de forma eficiente os fluxos
1096 migratórios; d) fortalecimento do sistema de saúde indígena, unificando os sistemas de
1097 informação dos atendimentos em serviços das três esferas de governo e a inserção do Sistema
1098 de Informações de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) em todas as unidades de saúde do
1099 itinerário dessa população, sem a municipalização do sistema. **5)** Ampliação e fortalecimento
1100 da Atenção Básica em Saúde (ABS) como porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde,
1101 considerando as características demográficas e sanitárias de cada região, com integralidade e
1102 equidade, ampliando o número de equipes com agentes comunitários e de endemias para
1103 universalizar o acesso e fortalecer: a) a assistência em tempo oportuno; b) a promoção da
1104 saúde por meio da implantação e da ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), dos
1105 Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF e das equipes de saúde bucal; c) a articulação
1106 entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com mecanismos de referência e contra
1107 referência, garantindo a retaguarda e a infraestrutura necessária; d) a implantação de Unidades
1108 de Pronto Atendimento (Upas) que integrem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme a
1109 demanda de cada região; e) o aprimoramento dos mecanismos de transparência e participação
1110 social; f) a garantia de financiamento adequado à mudança do modelo de atenção que priorize
1111 a atenção básica e a valorização dos profissionais que atuam nesse âmbito; g) a ampliação da
1112 atenção domiciliar com a expansão para todos os municípios. **6)** Garantia de atenção integral
1113 com implantação de linhas de cuidado e acessibilidade para pessoas e grupos em situação de
1114 vulnerabilidade, relacionadas a raça, gênero, religião, etnia, cultura, território e procedência de
1115 nacionalidade, dentre outras, com ações e serviços específicos, de fácil acesso e resolutivos,
1116 de modo particular: a) às pessoas em situação de violência, pessoas com doenças raras,
1117 população LGBTI+, quilombolas, ribeirinhos indígenas, ciganos, pessoas idosas e seus
1118 cuidadores, pessoas com deficiência, usuários de substâncias psicoativas, pessoas em
1119 situação de rua, pessoas em situação de privação de liberdade, pessoas vivendo com
1120 HIV/Aids, populações do campo, das águas e florestas, profissionais do sexo, imigrantes,
1121 circenses, refugiados, moradores de ocupações; c) à população rural na própria comunidade,
1122 como nos assentamentos e aglomerados rurais, quilombos, dentre outros; às pessoas com
1123 deficiência, assegurando a disponibilização de equipamentos (órtese, próteses e meios
1124 auxiliares) necessários para garantir a acessibilidade para estes usuários aos espaços sociais;
1125 d) a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos e a autonomia das mulheres sobre sua saúde e
1126 sua vida, visando a redução das violências sexual, obstétrica e doméstica, a diminuição da
1127 mortalidade materna, a garantia do planejamento reprodutivo e o atendimento humanizado em
1128 situação de abortamento. **7)** Fortalecimento e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial
1129 (Raps), assegurando o cuidado em liberdade para os usuários desde a primeira infância e em
1130 todos os níveis de atenção, com 100% dos recursos para a saúde mental do SUS direcionados
1131 para a Raps, com a política de redução de danos orientando o tratamento, com atenção
1132 qualificada aos usuários na Estratégia Saúde da Família - ESF em atuação integrada com as

1133 equipes dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e com matriciamento sistemático e
1134 trabalho em rede, garantindo ainda: a) a implantação e financiamento de desenhos regionais
1135 das Raps para qualificar e ampliar a atuação conjunta com todos os pontos de atenção; b) a
1136 conclusão de obras e ampliação do número de unidades de CAPS, CAPS AD III (Álcool e
1137 Drogas), ADI (Álcool e Drogas Infante Juvenil) e CER IV (Centro Especializado em
1138 Reabilitação); c) a ampliação do número de centros de convivência, consultórios de rua e
1139 CAPS III nas capitais e interior dos estados, de acordo com as demandas e necessidades
1140 regionais; d) a garantia de equipes multiprofissionais, estrutura física e equipamentos
1141 adequados para atendimento 24h em todas as regiões; e) a inclusão de veículo e motorista à
1142 disposição da unidade na implantação dos CAPS; f) a ampliação dos serviços de atenção à
1143 saúde mental infante-juvenil (CAPS), CAPS AD, CAPS I, CAPS II, CAPS III 24h e leitos
1144 integrais em hospitais gerais; g) Unidades de acolhimento transitório e infante-juvenil; h) o
1145 desenvolvimento de ações intersetoriais que visem a reinserção social. **8)** Garantir, fortalecer e
1146 ampliar a política de álcool e outras drogas de adição, priorizando o tratamento e o
1147 financiamento em dispositivos de meio aberto, espontâneo e comunitário (CAPS); efetivar a
1148 política de aumento dos impostos sobre cigarros e produtos do tabaco, por consequência o
1149 aumento dos preços destes produtos, sendo uma medida efetiva para reduzir o consumo de
1150 tabaco pelos jovens e crianças e combater a epidemia do tabagismo. **9)** Garantir o direito da
1151 população à assistência farmacêutica gratuita, com fornecimento e distribuição de
1152 medicamentos, acesso rápido a novos medicamentos à lista do Relação Nacional de
1153 Medicamentos Essenciais (Rename) através de um programa municipal, estadual e federal,
1154 com investimentos fiscais ou fomentos, num plano nacional de desenvolvimento em pesquisa
1155 de medicamentos essenciais, tributação diferenciada, fortalecimento dos institutos nacionais
1156 (exemplo Instituto Butantã, Fiocruz, indústrias farmacêuticas estaduais e federais, entre
1157 outros), com a garantia da manutenção da rede própria do Programa de Farmácia Popular
1158 assegurando a liberação dos medicamentos prescritos pelos enfermeiros, conforme previsto
1159 pelo Ministério da Saúde, em cumprimento a Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87. **10)**
1160 Fortalecer os programas de saúde da (o) trabalhadora (o) para garantir condições de trabalho
1161 adequadas no setor público, privado e filantrópico, evitando assim doenças ocupacionais e
1162 acidentes, assegurando a oferta de equipe técnica especializada em saúde da trabalhadora e
1163 do trabalhador para identificar agravos, ofertando educação permanente e suporte técnico
1164 periódicos a todos os municípios. **11)** Garantir a universalização dos serviços de saneamento
1165 básico e o acesso à água de qualidade para os municípios e comunidades, com financiamento
1166 adequado, de forma a proteger e recuperar as nascentes e promover qualidade de vida e
1167 condições de saúde. **12)** Ampliar e assegurar mecanismos para regular, fiscalizar e controlar
1168 todos os produtos relacionados à segurança alimentar com envolvimento da Agência Nacional
1169 de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
1170 (CONSEA), bem como acompanhamento e aprimoramento da Política Nacional de Redução de
1171 Agrotóxicos, assegurando proteção à saúde dos trabalhadores da agricultura e fortalecimento
1172 da agricultura orgânica e familiar, especificamente acompanhamento da Política Nacional de
1173 Redução de Agrotóxicos, estimulando a instituição do mesmo nos estados e municípios
1174 visando: a) o incentivo à produção e consumo de alimentos orgânicos pela agricultura familiar;
1175 b) a implantação de protocolo de atendimento para contaminação por agrotóxicos; c) a
1176 ampliação e qualificação das notificações de intoxicações por agrotóxicos; d) a capacitação dos
1177 profissionais de saúde em urgências/emergências toxicológicas; e) o acompanhamento de
1178 trabalhadores expostos a estes produtos, efetuando monitoramento clínico e laboratorial, bem
1179 como conscientizando-os sobre os riscos à saúde; f) a implantação de programa de antídotos
1180 que contemple uma Central Regional para distribuição e armazenamento; g) a promoção de
1181 pesquisas acerca dos danos provenientes do uso de agrotóxicos; h) a agilidade nos processos
1182 de reavaliação dos registros de agrotóxicos e proibição de produtos de maior risco à saúde; i) a
1183 proibição da utilização de agrotóxicos nocivos à saúde em área urbana; j) o fim do
1184 financiamento público à aquisição de agrotóxicos, proibindo seu subsídio; l) a proibição da
1185 importação, produção e uso dos agrotóxicos já proibidos nos países de origem; m) a
1186 responsabilização das empresas pelos agravos à saúde dos usuários e trabalhadores, em
1187 decorrência da exposição aos agrotóxicos; n) o fortalecimento de residências multiprofissionais
1188 em toxicologia; o) que as licenças ambientais, relativas a agrotóxicos, sejam aprovadas pelo
1189 controle social, conselhos de saúde e de meio ambiente; p) que a competência para liberação
1190 de agrotóxicos seja realizada pelo Ministério da Agricultura, Ministério do Meio Ambiente e
1191 Ministério da Saúde. **13)** Valorização do caráter público dos serviços governamentais da
1192 administração pública federal direta, autárquica e fundacional, das empresas públicas e

1193 sociedades de economia mista controladas pela União, viabilizando condições para
1194 implantação de carreira de Estado na área da saúde com qualificação permanente e acesso
1195 por concurso público. **14)** Fortalecimento da política de formação e qualificação dos
1196 trabalhadores da saúde, com a indução a mudanças na formação em aproximação com as
1197 demandas do SUS, com envolvimento de movimentos sociais e efetivação da Política de
1198 Educação Permanente em Saúde no SUS e instituição de programas de incentivo para a
1199 interiorização de profissionais, especialmente com financiamento e prioridade para o
1200 desenvolvimento da atenção básica de saúde e reconhecimento das comissões permanentes
1201 de integração ensino-serviço-comunidade. **15)** Garantia do financiamento tripartite e dos
1202 processos de recursos, com ampliação da parcela mínima do orçamento geral em saúde,
1203 mediante inovação nas formas de arrecadação, de modo a superar o desfinanciamento atual,
1204 bem como promover a redução da dependência do setor privado nas ações e serviços de
1205 saúde e alcançar a melhoria do padrão de gastos para o fortalecimento da gestão pública, com
1206 comando único em cada esfera de governo. De forma particular: a) Estabelecimento da
1207 contribuição sobre grandes fortunas e da tributação sobre os lucros e dividendos distribuídos
1208 às pessoas físicas e jurídicas, com destinação para a seguridade social, e consequentemente
1209 para a saúde. b) Ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL
1210 para instituições financeiras dos atuais 9 para 18%. c) Criação de legislação que estabeleça
1211 que a contratação de profissionais para a execução de programas financiados pelos Governos
1212 Federal e Estadual não impacte o limite legal da folha de pagamento dos municípios. d)
1213 Criação da Lei de Responsabilidade Sanitária desvinculando a saúde da Lei de
1214 Responsabilidade Fiscal. e) Vinculação da arrecadação do Seguro do Trânsito – Danos
1215 Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) aos fundos de saúde.
1216 f) Extinção da EC nº 93/2015, que dispõe sobre a Desvinculação da Receita da União (DRU)
1217 de 30% do Orçamento da Seguridade Social. g) Redução do gasto tributário da União com
1218 isenções fiscais a pessoas físicas, jurídicas e entidades filantrópicas e privadas, garantindo que
1219 esses recursos sejam investidos em serviços próprios do SUS. h) Estabelecimento de normas
1220 que restrinjam o subsídio público e a renúncia fiscal, para os planos privados de saúde, e que
1221 assegure a cobrança do ressarcimento ao SUS, dos serviços prestados aos usuários da saúde
1222 suplementar. i) Apoio dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, bem como os hospitais
1223 regionais, além de ampliar e adaptar espaços em unidades, adequando-se para atendimentos
1224 específicos. Ademais, o CNS ainda recomenda a adoção de medidas quanto a diversos
1225 instrumentos legais relacionados ao setor saúde e especialmente ao financiamento do SUS,
1226 dentre os quais: a) Aprovação da PEC nº 01/2015, oriunda de um Projeto de Lei de Iniciativa
1227 Popular do movimento Saúde +10. b) Revogação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016,
1228 que congelou os investimentos públicos em saúde por 20 anos (até 2036). c) Aprovação do
1229 Projeto de Lei nº 275/15, que garante o diagnóstico para o Câncer em 30 (trinta) dias e garantir
1230 o cumprimento da lei para início de tratamento oncológico pelo Sistema Único de Saúde (SUS)
1231 até no máximo 60 (sessenta) dias a partir do diagnóstico. d) Revogação da Lei nº 13.586/17,
1232 oriunda da MP nº 795/2017, que autoriza isenção fiscal às petrolíferas, retirando um trilhão do
1233 tesouro nacional. e) Extinção do subsídio público e renúncia fiscal para os planos privados de
1234 saúde, aprimorando a cobrança do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários
1235 da saúde suplementar. f) Auditoria da dívida pública em cumprimento ao preceito
1236 constitucional. g) Reformulação da Lei Federal nº 13.595/2018, que define as atribuições
1237 profissionais das(os) agentes comunitários de saúde (ACS) e das(os) agentes de combate às
1238 endemias (ACE) e institui 40 (quarenta) horas de trabalho semanal, propondo a garantia do
1239 direito de insalubridade e regulamentação da carga horária em 30(trinta) horas semanais para
1240 todos os profissionais de saúde. h) Arquivamento do Projeto de Lei nº 6.922/2002 (PEC do
1241 Veneno), bem como as portarias que liberam o uso dos agrotóxicos na produção agrícola, com
1242 proibição em outros países por causarem consequências à saúde das pessoas, de forma direta
1243 e indireta. i) Revogação da Emenda Constitucional nº 86, que trata do orçamento impositivo,
1244 por retirar recursos da saúde pública. j) Revogação da Lei nº 13097/2015, que dispõe a entrada
1245 do capital estrangeiro na Saúde. k) Garantia, por parte da União, de aplicação de 10% a 15%,
1246 da sua receita corrente bruta, através de escalonamento (de 2020 a 2023), assegurando a sua
1247 parcela de responsabilidade do pleno funcionamento da rede pública de serviços e ações
1248 integrais de saúde, em cada território por região de saúde, a partir das seguintes prioridades:
1249 atenção básica em saúde (para a ampliação e a cobertura populacional); laboratórios oficiais e
1250 dos centros de pesquisa nacional (para o desenvolvimento científico e tecnológico); redes de
1251 atenção à saúde, rede de atenção psicossocial, rede de emergência e urgência, rede cegonha,
1252 rede pessoas com deficiência; média e alta complexidade (para viabilizar a constituição das

1253 redes regionalizadas e integrais à atenção à Saúde). l) Revogação da Lei 13.429/2017 e a Lei
1254 13.467/2017, que regulamentam a terceirização no serviço público e dispõem sobre as
1255 relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros, além do Decreto
1256 9.507/2018, que dispõe sobre a execução indireta, mediante contratação, de serviços da
1257 administração pública federal direta, autárquica e fundacional, das empresas públicas e das
1258 sociedades de economia mista controladas pela União. Ciente da diversidade de interesses e
1259 da pluralidade de temas presentes na elaboração e aprovação do PPA, o CNS e as diversas
1260 Entidades, Órgãos e Movimentos Sociais que o integram, estão mobilizados na busca da
1261 implementação de medidas para o aprimoramento e fortalecimento do SUS e a defesa da
1262 saúde como direito constitucional, fator de desenvolvimento e política pública universal. Nesse
1263 sentido e na expectativa de que os órgãos governamentais e, especialmente o parlamento
1264 brasileiro, adotarão o acolhimento e contemplação no PPA do aqui proposto, o CNS, para além
1265 das iniciativas e articulações atuais junto às diversas comissões do Congresso Nacional e
1266 órgãos setoriais nas três esferas de governo, se coloca com total abertura e disponibilidade
1267 para aprofundar e ampliar o debate destas e de outras proposições para a melhoria da saúde
1268 do povo brasileiro.” **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. 6ª**
1269 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA – 6ª CNSI - Apresentação: Silvia Waiãpi,**
1270 **Secretária Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS; e conselheiro Rildo Mendes,** da
1271 comissão organizadora da 6ª CNSI. A Secretária da SESAI/MS fez um breve informe sobre as
1272 ações atuais da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Começou com
1273 panorama dos povos indígenas do Brasil: 737.262 indígenas; 305 povos indígenas (etnias);
1274 5.556 aldeias; e 274 línguas faladas. Lembrou que a atenção indígena é organizada por meio
1275 de 34 DSEI (Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena), 359 Polos Bases, 67 CASAI (Casa
1276 de Saúde Indígena) e 899 UBSI (Unidade Básica de Saúde Indígena). Também falou sobre 6ª
1277 CNSI, prevista para ocorrer de 9 a 12 de dezembro, em Brasília-DF, com cerca de 2 mil
1278 participantes Delegados representando usuários (50%), trabalhadores (25%) e gestores (25%)
1279 da saúde indígena, convidados de organizações indigenistas e pesquisadores. Lembrou que o
1280 objetivo da 6ª CNSI é colher propostas para o aprimoramento da gestão da saúde indígena e
1281 atualizar da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI. Recordou
1282 que no segundo semestre de 2018 foram realizadas 302 Conferências Locais e 34
1283 Conferências Distritais. No que se refere à etapa nacional, detalhou que os delegados irão
1284 analisar 300 propostas elaboradas a partir do resultado da Etapa Distrital. Detalhou que essas
1285 propostas serão divididas em sete eixos: articulação dos sistemas tradicionais indígenas de
1286 saúde; modelo de atenção e organização dos serviços de saúde; recursos humanos e gestão
1287 de pessoal em contexto intercultural; infraestrutura e saneamento financiamento; determinantes
1288 Sociais de Saúde; e controle Social e Gestão Participativa. Em relação ao processo
1289 preparatório da etapa nacional, explicou que o Termo de Referência foi elaborado e três
1290 empresas se candidataram. Todavia, duas empresas retiraram-se do processo e apenas uma
1291 empresa apresentou proposta no valor de R\$ 48 milhões, o que inviabiliza a realização da
1292 Conferência. Destacou que o prazo para manifestação de empresas interessadas em assumir
1293 a realização da Conferência encerrar-se-ia no final daquele dia. Diante desse cenário, disse
1294 que seria necessário debater nova estratégia para realização da etapa nacional na próxima
1295 reunião da comissão organizadora, que ocorria na semana seguinte. Conselheiro **Rildo**
1296 **Mendes**, da comissão organizadora da 6ª CNSI, apelou à SESAI/MS que apresente outras
1297 opções para garantir a realização da conferência na data já definida. Conselheira **Jupiara**
1298 **Gonçalves de Castro** manifestou sua insatisfação com a situação posta, entendendo que a
1299 proposta da empresa visa inviabilizar a realização da etapa nacional da 6ª CNSI e apelou ao
1300 Pleno Conselho que aponte ações para garantir a realização desse evento. Conselheiro
1301 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** classificou a proposta da empresa como abuso de
1302 poder econômico e ponderou que a comissão organizadora deve tomar as iniciativas
1303 necessárias para responsabilizar as empresas. Conselheiro **Delmiro José Carvalho Freitas**
1304 cumprimentou a Secretária da SESAI/MS pelo esforço para garantir a realização da etapa
1305 nacional e reiterou a importância de definir estratégias para que ocorra conforme já definido.
1306 **Retorno da mesa.** A Secretária da SESAI/MS, **Silvia Waiãpi**, lembrou que o Centro de
1307 Convenções Ulisses Guimarães fora pré-reservado para realizar a Conferência, mas, diante da
1308 demora do processo, a Secretaria foi comunicada que não seria mantida a reserva. Lembrou
1309 ainda que a comissão organizadora definiu realizar a Conferência em Brasília. Conselheiro
1310 **Rildo Mendes** também reconheceu o esforço da SESAI/MS para garantir a realização da etapa
1311 nacional e destacou que a Comissão Organizadora da 6ª CNSI, junto com a SESAI/MS,
1312 debateria o assunto na sua próxima reunião, a fim de definir solução para garantir a realização

1313 da 6ª CNSI em 2019. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** defendeu a realização da 6ª CNSI,
1314 em Brasília, na data já definida e sugeriu o pavilhão do Parque da Cidade (no mesmo local da
1315 16ª CNSI). **Deliberação: o Pleno decidiu aguardar até o final daquele dia - 13 de setembro,**
1316 **quando se encerraria o prazo para manifestação de empresas interessadas em assumir a**
1317 **realização da Conferência; e delegar à Comissão Organizadora da 6ª CNSI que, junto**
1318 **com a SESAI/MS, debata o assunto na sua próxima reunião, agendada para o início da**
1319 **semana seguinte, a fim de definir solução para garantir a realização da 6ª CNSI em 2019.**
1320 **Se necessário, a comissão organizadora da 6ª CNSI poderá requisitar a experiência do**
1321 **CNS para contribuir com a realização da Conferência. Além disso, acordou-se que na**
1322 **próxima reunião do CNS será reservado espaço na pauta para apresentação do plano de**
1323 **trabalho da SESAI/MS. ITEM 10 – COMISSÕES INTERSETORIAIS DO CNS E**
1324 **ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Comissões Intersectoriais. Câmaras Técnicas.**
1325 **Coordenação de Plenárias dos Conselhos de Saúde - Coordenação: conselheira Elaine**
1326 **Junger Pelaez, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação: conselheiro Moysés Longuinho**
1327 **Toniolo de Souza, da Mesa Diretora do CNS. Comissões Intersectoriais - 1) Conselheira**
1328 **Manuelle Maria Marques Matias, integrante da CIRHRT/CNS, apresentou informe sobre a**
1329 **situação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS diante do Decreto nº. 9.759,**
1330 **de 11 de abril de 2019. A esse respeito, explicou que a CIRHRT/CNS recebeu dois**
1331 **documentos, uma Nota Técnica da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na**
1332 **Saúde/MS e um parecer conjunto da CONJUR/MS, Advocacia-Geral da União - AGU e**
1333 **Controladoria-Geral da União - CGU. Na Nota, a Secretaria apresenta uma minuta de decreto**
1334 **para reinstalação da MNNP/SUS, mas o parecer afirma que esse instrumento não é**
1335 **necessário, porque a Mesa não estava extinta, uma vez que foi instituída por Resolução do**
1336 **CNS (nº 052, de 6 de maio de 1993) e o Decreto atinge os dispositivos infralegais. Diante**
1337 **disso, explicou que a CIRHRT solicitou à Secretaria que apresente o calendário de reuniões da**
1338 **Mesa em 2019. Também comunicou que a ANPG deliberou por realizar greve geral da pós-**
1339 **graduação, no dia 2 de outubro de 2019, em defesa da pós-graduação, da educação e da ciência e**
1340 **tecnologia. Destacou ainda a redução drástica do orçamento do CNPq e a suspensão da oferta de**
1341 **bolsas. Diante dessa situação, disse que a entidade elaborou abaixo-assinado “Tire a mão da**
1342 **minha bolsa”, em defesa das bolsas de estudos, das agências de fomento – CAPS e CNPq e**
1343 **do orçamento da educação e ciência e tecnologia e solicitou o apoio das entidades e**
1344 **movimentos ao documento. Recomendações - 1) Minuta elaborada pela Comissão de Ciclos**
1345 **de Vida. O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, de 13 de setembro de 2019. O Plenário**
1346 **do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Primeira Reunião**
1347 **Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de setembro de 2019, e no uso de suas competências**
1348 **regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº**
1349 **8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012;**
1350 **pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da**
1351 **República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que**
1352 **a Constituição Federal de 1988 estabelece a “saúde como direito de todos e dever do Estado,**
1353 **garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e**
1354 **de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção,**
1355 **proteção e recuperação”; considerando que a Lei Federal nº 8.080/1990 define, em seu Art. 2º,**
1356 **§1º, que o “dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de**
1357 **políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos**
1358 **e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e**
1359 **aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”; considerando que, após a edição**
1360 **do Decreto Federal nº 9.759/2019, que revogou a Política e o Sistema Nacional de Participação**
1361 **Social, extinguiu e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração**
1362 **pública federal direta, autárquica e fundacional, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e**
1363 **do Adolescente (CONANDA), embora não fazendo parte da lista dos conselhos que foram**
1364 **atingidos pelo referido Decreto, teve o seu funcionamento restrito pelo Ministério da Mulher, da**
1365 **Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), que não assegurou as condições para a realização**
1366 **de suas assembleias, paralisando todas as atividades do órgão, inclusive, demitindo quadro**
1367 **funcional e comprometendo a organização da XI Conferência Nacional de Direito da Criança e**
1368 **do Adolescente (XI CNDCA), prevista para outubro do corrente ano; considerando que, em 4**
1369 **de setembro de 2019, o governo federal publicou de maneira impositiva o Decreto nº 10.003,**
1370 **manifesta violação ao princípio da democracia participativa; ao artigo 227 da Constituição**
1371 **Federal; à Lei nº 8.069 de 1990; à Lei nº 8.242 de 1991 e à Convenção sobre os Direitos da**
1372 **Criança e do Adolescente da Organização das Nações Unidas (ONU), ratificada pelo país em**

1373 1990; considerando que, na defesa da democracia participativa, as entidades da sociedade
1374 civil legitimamente eleitas para compor o CONANDA, mandato 2019/2020, manifestaram-se
1375 por diversas formas contra à “reestruturação” prevista, porque o decreto significa a
1376 desarticulação do Conselho e a supressão da autonomia da sociedade civil, salientando que o
1377 CONANDA é órgão relevante na participação e no controle social do Sistema de Garantia de
1378 Direitos de Crianças e Adolescentes, que tem por objetivo a promoção, defesa e garantia
1379 integral dos direitos de crianças e adolescentes; considerando que o Decreto nº 10.003/2019,
1380 além de atentar contra a Democracia e à autonomia da sociedade civil participante do
1381 CONANDA, traz como principais consequências: a) prejuízo à paridade prevista por lei Art. 86
1382 e 88, II do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA), e atenta também contra o próprio
1383 funcionamento do Conselho; b) extinção arbitrária dos mandatos das entidades da sociedade
1384 civil democraticamente eleitas para mandato até 2020; c) estabelecer que sua substituição será
1385 feita por entidades selecionadas pelo governo, e não eleitas pela própria sociedade civil em
1386 foro próprio; d) impõe que o presidente do CONANDA será escolhido pelo governo, ao invés de
1387 eleito por seus pares, e que este terá um voto extra no caso de empate em deliberações; e)
1388 restringe a representação da sociedade civil de 14 entidades para apenas 9, prejudicando a
1389 representatividade de entidades com atuação em diferentes áreas da promoção dos direitos de
1390 crianças e adolescentes, desconsiderando também a abrangência e diversidade territorial
1391 nacional; f) diminuição à periodicidade das reuniões, até então mensais, para trimestrais,
1392 prejudicando deliberações e manifestações urgentes do Conselho; e g) estabelece que as
1393 representações, fora de Brasília, participe apenas online, prejudicando o diálogo e a negociação
1394 democrática; considerando que a desarticulação do CONANDA atenta não apenas contra a
1395 participação social e a democracia, mas, sobretudo contra os direitos de crianças e
1396 adolescentes do Brasil, prejudicando o controle social, e impondo a paralisação das atividades
1397 de promoção, defesa e garantia integral em todo o território nacional; considerando que,
1398 descumprindo o princípio da prioridade absoluta, disposto no artigo 227 da Constituição
1399 Federal de 1988, no artigo 4º do ECA, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos
1400 Humanos deixou de cumprir a obrigação de custear as assembleias ordinárias do CONANDA
1401 desde maio de 2019; considerando que a Secretaria Nacional de Direitos da Criança e
1402 Adolescente, alegando ausência de recursos, propôs a realização das assembleias por
1403 videoconferência, sem apresentar a estrutura necessária para tanto e que, sob o mesmo
1404 argumento, impediu a efetivação do Grupo de Trabalho sobre Crianças e Adolescentes LGBTs,
1405 que, deliberado pelo Conselho, nunca chegou a se reunir; considerando que, seguindo o
1406 princípio constitucional de que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, o CONANDA
1407 incorporou em seu regimento, o Comitê de Participação de Adolescentes (CPA) e que, muito
1408 embora já eleitos, também sob o argumento de ausência de estrutura, sequer chegou a
1409 empossar os/as eleitos/as, mesmo tendo o CONANDA destinado recursos do Fundo Nacional
1410 para o seu funcionamento e construção de uma plataforma digital, não sendo efetivada a
1411 participação dos adolescentes no CONANDA; considerando que o CONANDA, cumprindo seu
1412 dever legal, se posicionou ao longo do ano, contra projetos defendidos pelo atual governo,
1413 como a tentativa de regulamentação do ensino domiciliar e a flexibilização da publicidade
1414 infantil, embasando-se legal e constitucionalmente na defesa dos direitos de crianças e
1415 adolescentes, motivo pelo qual agora sofre represálias; considerando que o Decreto nº
1416 10.003/2019, de 4 de setembro de 2019, prejudica o processo de acompanhamento dos
1417 Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Direito da Criança e do Adolescente, paralisa a
1418 gestão do Fundo Nacional da Criança e do Adolescente, que sem deliberar sobre os recursos,
1419 deixa de atender às demandas de projetos que englobam milhares de crianças e adolescentes
1420 em todo o país, e de imediato compromete, por parte do Conanda, o monitoramento da eleição
1421 unificada dos conselhos tutelares marcada para 6 de outubro de 2019, além de inviabilizar a
1422 realização da XI Conferência Nacional de Direito da Criança e Adolescente – XI CNDCA,
1423 agendada para segunda quinzena de outubro de 2019; considerando que o CNS tem por
1424 finalidade atuar, entre outras coisas, nas estratégias e na promoção do processo de controle
1425 social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º do Regimento
1426 Interno do CNS); e considerando que é atribuição do CNS o papel de fortalecer a participação
1427 e o controle social no SUS (Art. 10, IX do Regimento Interno do CNS) e o processo de
1428 articulação entre os conselhos de saúde. Recomenda: ao Presidente da República que, pelos
1429 motivos expostos nesta recomendação, revogue o Decreto nº 10.003/2019, de 4 de setembro
1430 de 2019. Sugestão – desde a sua criação ao invés da data. Aberta a palavra ao Pleno, foi
1431 destaca a necessidade de revisão gramatical do texto da minuta de recomendação.
1432 **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. 2) Minuta elaborada pela**

1433 Comissão de Ciclos de Vida - Recomendação nº 000, de 13 de setembro de 2019. O Plenário
1434 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Primeira Reunião
1435 Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de setembro de 2019, e no uso de suas competências
1436 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº
1437 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012;
1438 pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da
1439 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que
1440 o sistema democrático brasileiro prevê instrumentos de controle popular sobre as ações do
1441 governo e que os conselhos de direitos ou de políticas setoriais são fóruns de interlocução
1442 entre os cidadãos e os governos, onde ambos debatem e deliberam sobre a formulação,
1443 avaliação e crítica das políticas públicas e práticas do Estado; considerando que o Conselho
1444 Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI), instituído pela Lei nº 8.842/1994, constitui-se
1445 como um espaço democrático de Decisão e Participação Social na construção de políticas
1446 públicas e fiscalização das ações na área do envelhecimento e que suas competências
1447 encontram-se definidas na Lei nº 8.842/1994 (Política Nacional do Idoso) e na Lei nº
1448 10.741/2003 (Estatuto do Idoso); considerando que, segundo estabelece a Lei nº 8.842/1994,
1449 no capítulo III, artigos 5º, 6º, 7º e 8º, o CNDI participa da coordenação geral da política nacional
1450 do idoso, sendo um órgão permanente, paritário e deliberativo, composto por igual número de
1451 representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da
1452 sociedade civil ligadas à área; considerando que compete ao CNDI a supervisão, o
1453 acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da Política Nacional do Idoso, constando, ainda,
1454 do inciso V, alínea III, do Art. 8º, da Lei nº 8.842/1994, que cabe ao CNDI, ainda, avaliar a
1455 proposta orçamentária elaborada pela União, no âmbito da promoção e assistência social;
1456 considerando que o Fundo Nacional do Idoso (FNI), instituído pela Lei Federal nº 12.213/2010,
1457 em seu Art. 4º, estabelece que é competência do CNDI, gerir o FNI e fixar os critérios para
1458 sua utilização, servindo de parâmetro para os fundos municipais, distrital e estaduais;
1459 considerando que o CNDI, os conselhos estaduais, distrital e os conselhos municipais são
1460 conselhos advindos de uma política de estado e que, portanto, devem funcionar como uma
1461 ponte entre os anseios e necessidades da população idosa do Brasil e dos governos dos
1462 respectivos entes da Federação; considerando que o envelhecimento populacional no Brasil,
1463 não se trata somente de uma questão demográfica, mas também de forma acelerada de um
1464 cenário socioeconômico desfavorável, que se configura como um grande desafio para gestores
1465 de políticas públicas de todas as áreas; considerando que a desarticulação do CNDI, por meio
1466 do Decreto 9.893/2019, destituindo um conselho democrático e regimentalmente constituído,
1467 ato arbitrário, antidemocrático que lesou um direito jurídico perfeito, conceito que se encontra
1468 diretamente relacionado aos princípios da segurança jurídica e da não-retroatividade das leis
1469 de superação das desigualdades sociais; considerando que o Decreto nº 10.003, de 4 de
1470 setembro de 2019, prejudica o processo de acompanhamento dos conselhos estaduais e
1471 municipais do idoso e paralisa a gestão do Fundo Nacional do Idoso; considerando que o CNS
1472 tem por finalidade atuar, entre outras coisas, nas estratégias e na promoção do processo de
1473 controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º do
1474 Regimento Interno do CNS); e considerando que é atribuição do CNS o papel de fortalecer a
1475 participação e o controle social no SUS (Art. 10, IX do Regimento Interno do CNS) e o
1476 processo de articulação entre os conselhos de saúde. Recomenda: ao Presidente da República
1477 que, pelos motivos dispostos nesta recomendação, revogue o Decreto nº 10.003, de 4 de
1478 setembro de 2019. Neste ponto, foi sugerida a junção desta recomendação com a
1479 anteriormente aprovada, por tratarem da mesa temática, com a mesma recomendação, mas
1480 para destinatários diferentes. Para melhor entendimento das propostas, a coordenadora
1481 adjunta da comissão de ciclos de vida, conselheira **Vânia Lúcia Leite**, explicou que foram
1482 elaboradas duas recomendações distintas porque se referem a dois conselhos diferentes e a
1483 decretos distintos. A seguir, houve várias manifestações em defesa da manutenção das duas
1484 recomendações em separado e, de outro lado, a favor da junção. Mas, ao final, a mesa colocou
1485 a minuta de recomendação em votação. **Deliberação: a recomendação foi aprovada, por**
1486 **unanimidade. 3)** Minuta de Resolução. O texto é o seguinte: “Resolução nº 000, de 13 de
1487 setembro de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima
1488 Vigésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de setembro de 2019, e no
1489 uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
1490 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº
1491 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
1492 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira

1493 correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988 estabelece a “saúde como direito
1494 de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à
1495 redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e
1496 serviços para sua promoção, proteção e recuperação”; considerando que a Lei Federal nº
1497 8.080/1990 define, em seu Art. 2º, §1º, que o “dever do Estado de garantir a saúde consiste na
1498 formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de
1499 doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso
1500 universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”;
1501 considerando a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que prevê o ressarcimento ao SUS como
1502 compensação das operadoras de saúde pelo envio de seus beneficiários para atendimento no
1503 SUS; considerando que a integralidade, equidade e universalidade são princípios
1504 constitucionais do SUS que estão sendo feridos pela terceirização, fragmentação, privatização
1505 e concessão desregulada e desarticulada de serviços públicos de atenção à saúde em todos
1506 os níveis; considerando que a Recomendação nº 46, de 5 de outubro de 2017, do CNS que
1507 indica que esta desregulação: abre margem para que as empresas fixem reajustes
1508 superdimensionados no decorrer da relação contratual; envolve reajustes de planos individuais
1509 segundo tabela de custos; indica a obrigatoriedade de segunda opinião médica e a revisão dos
1510 prazos de atendimento, aumentando o tempo de espera para procedimentos e flexibilizando a
1511 única forma da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) controlar a qualidade da
1512 assistência; envolve a criação de planos com coparticipação em alta porcentagem, e que os
1513 efeitos deste mecanismo podem atrasar a prevenção e o diagnóstico precoce, sendo essa
1514 situação mais grave no caso de doentes crônicos e idosos; considerando que, até o momento,
1515 o Congresso Nacional não se dispôs a promover um debate inclusivo, democrático e
1516 republicano sobre um tema que é de alto interesse público; considerando os debates havidos
1517 acerca dessa matéria durante a reunião ordinária da Comissão Intersetorial de Saúde
1518 Suplementar do Conselho Nacional de Saúde (CISS/CNS), ocorrida em Brasília nos dias 18 e
1519 19 de setembro de 2018; considerando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)
1520 da Organização das Nações Unidas (ONU), em especial o de nº 3, que indica o dever de
1521 “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”,
1522 garantindo o direito à saúde para toda a população; considerando que a rubrica da receita
1523 “Ressarcimento por Operadoras de Seguros Privados de Assistência à Saúde” integra o rol de
1524 receitas vinculadas ao Ministério da Saúde e que o valor arrecadado em 2018 foi de R\$ 783,5
1525 milhões não expressa os atendimentos que as unidades do SUS realizam aos possuidores de
1526 planos de saúde; considerando que o CNS tem por finalidade atuar, entre outras coisas, na
1527 formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera
1528 do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; estabelecer diretrizes a
1529 serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em razão das características
1530 epidemiológicas e da organização das ações e serviços de saúde; e considerando o Despacho
1531 referente ao Recurso Especial nº 1.733.013 - PR (2018/0074061-5), em tramitação no Superior
1532 Tribunal de Justiça (STJ), às Fls. 760-817, que em resposta à petição formulada pelo *amicus*
1533 *curiae* Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), apresentando arrazoado e
1534 ponderando entender que, malgrado tenham sido convidadas catorze entidades com
1535 representatividade adequada, para trazer maior equilíbrio, seria conveniente que o Conselho
1536 Nacional de Saúde fosse convidado a participar como *amicus curiae*, visto ter “acúmulo e
1537 capacidade para contribuir com a discussão”, o Ministro Relator, Luis Felipe Salomão, acolheu
1538 a sugestão levada pelo IDEC, e determinou a expedição de ofício, instruído pela mesma
1539 documentação enviada para as demais entidades, convidando a apresentar manifestação
1540 como *amicus curiae* o CNS, no mesmo prazo já fixado. Resolve: Aprovar o Parecer Técnico nº
1541 000/2019-SECNS/MS, em resposta ao Despacho do Ministro Luís Felipe Salomão, por meio do
1542 qual este órgão colegiado posiciona-se no sentido de que o rol da ANS tem caráter
1543 exemplificativo, devendo as empresas de planos de saúde cobrir procedimentos quando
1544 indicados pelo médico que acompanha o usuário, mesmo que não previstos no Rol, desde que
1545 haja fundamentação técnica para tanto e, especialmente, no caso de procedimentos já
1546 oferecidos pelo SUS. Anexo: Parecer Técnico nº 000/2019-SECNS/MS. Assunto: Possíveis
1547 impactos ao SUS - Planos de saúde - RE 1733013/PR. O Conselho Nacional de Saúde,
1548 observado o art. 57-A de seu regimento interno, emite o presente opinativo técnico-normativo
1549 com as razões que seguem. Antes de adentrar no mérito da questão, é importante ressaltar
1550 que por força da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para
1551 a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços
1552 correspondentes, e determina, em seu Art. 37, que é competência do Conselho Nacional de

1553 Saúde (CNS) estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de
1554 saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada
1555 jurisdição administrativa. Considerando que, de acordo com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro
1556 de 1990, o CNS é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores
1557 de serviço, profissionais de saúde e usuários, em caráter permanente e deliberativo, que atua
1558 na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos
1559 aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle
1560 social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º da Resolução
1561 CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008). E ainda que prevê a Lei Complementar nº 141/2012
1562 um amplo rol de competências aos Conselhos de Saúde e, especificamente, ao CNS, entre as
1563 quais: a aprovação da metodologia do rateio de recursos públicos para custeio das ações e
1564 serviços de saúde pactuada na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, (Art. 17, §1º, Art. 19º,
1565 §1º, Art. 20); a deliberação acerca do estabelecimento de prioridades na construção dos planos
1566 plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação
1567 dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios
1568 (Art. 30, §4º); e avaliação quadrimestral do relatório consolidado do resultado da execução
1569 orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a
1570 repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos
1571 serviços de saúde das populações respectivas (Art. 41). O CNS possui uma Comissão
1572 Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS/CNS), que faz um acompanhamento do tema de
1573 planos de saúde, e, através dos subsídios desta comissão já se manifestou diversas vezes em
1574 suas reuniões plenárias, especialmente na sua relação com o SUS. Nessa linha, diversas
1575 recomendações já foram expedidas por este Conselho, no sentido de aprimorar a regulação
1576 dos planos de saúde¹. Deste modo, no exercício de sua competência constitucional, nos limites

¹ Em sua Recomendação nº 043, de 11 de outubro de 2018, o CNS recomendou ao Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) que realizasse chamamento de audiência pública, a fim de que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) pudesse apresentar um plano de ação frente à decisão do STF sobre o Ressarcimento do SUS frente às diversas ações judiciais que estavam aguardando o reconhecimento da Constitucionalidade do Art. 32 da Lei nº 9.656/1998, que versa sobre tal ressarcimento. Já na Recomendação nº 25, de 07 de junho de 2018, o CNS expressou preocupação com o despacho nº 195 da Presidência da República, publicado no DOU de 18/04/2018, que foi encaminhado ao Senado Federal para apreciação da indicação do senhor Rogério Scarabel Barbosa para exercer o cargo de diretor da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), na vaga decorrente do término do mandato do senhor José Carlos de Souza Abrahão e que o referido indicado era sócio coordenador da área hospitalar e da saúde do Imaculada Gordiano Sociedade de Advogados, cujos materiais de divulgação continham informação de que essa sociedade atuava representando interesses de empresas junto à ANS. Além do fato de que o senhor José Carlos de Souza Abrahão tem em seu Currículo, disponível virtualmente, a informação de ter sido estudante de Pós-Graduação pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a Universidade Unimed, do grupo Unimed de Planos de Saúde. Ainda nessa ocasião havia indicação publicada no DOU de 18/04/2018, do nome de Davidson Tolentino de Almeida para ocupar a vaga de Karla Santa Cruz Coelho, que encerrou seu mandato em julho daquele ano e que em matéria do Jornal Nacional (TV Globo) veiculada em 27/04/2018, o Sr. Davidson Tolentino estaria envolvido em esquema de corrupção, arrecadação e estocagem de dinheiro ilícito, além de não ter experiência ou formação na área da saúde, de seguros ou de planos de saúde. Nessa ocasião, o CNS recomendou: 1) Ao Senado Federal: Que ampliasse o debate junto aos órgãos de fiscalização e controle social, bem como entidades que militam na discussão da temática; 2) À Comissão de Assuntos Sociais do Senado, que suspendesse a sabatina do Sr. Davidson Tolentino de Almeida para ocupar a vaga de Karla Santa Cruz Coelho na diretoria da Agência Nacional de Saúde (ANS); e 3) Ao Conselho Nacional do Ministério Público, que investigasse as indicações presidenciais para os cargos de Diretoria das Agências Reguladoras; e que realizasse audiência pública para oitiva do controle social e entidades com expertise no assunto. Na Recomendação nº 42, de 11 de outubro de 2018, manifestou-se contrário à PEC 451/2014, por considerar que uma proposição dessa natureza violaria os princípios do atendimento integral e da participação da comunidade, tendo em vista que a entrega ao serviço privado suplementar entraria em conflito com o interesse lucrativo do segmento orientado para atender aos investidores e não poderia ser submetido ao controle da comunidade atendida, retirando dos trabalhadores e suas famílias a garantia de que sua saúde é um direito humano e responsabilidade do Estado, tal como estabelece o Art. 196 da Constituição Federal de 1988. Nessa ocasião, o CNS recomendou ao relator da PEC 451/2014, Deputado Rubens Pereira Júnior (PC do B/MA), que arquivasse a PEC 451/2014, de autoria do ex-deputado Eduardo Cunha; e aos integrantes da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara dos Deputados, que em caso de submissão de novo parecer pelo relator, votassem pela rejeição e arquivamento da PEC 451/2014, por seu conteúdo violador da estrutura organizativa do SUS. Na mesa Reunião Ordinária de 11 de outubro de 2018, o CNS manifestou-se ainda sobre o relatório substitutivo do PL 7419/2006 e apensados, que pretendia: revogar a Lei nº 9.656/1998 que trouxe, minimamente, avanços de proteção para os usuários contra os absurdos que eram praticados na década de 1990 pelas empresas de planos de saúde; extinguir mais de 150 projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional, que buscam revisar de forma correta, adequada e equilibrada as regras aplicadas aos planos de saúde; e reduzir drasticamente a incidência do relevante e benéfico Código de Defesa do Consumidor (CDC) na solução dos conflitos envolvendo os planos de saúde. A esse respeito, o CNS, na

1577 de atuação institucional que a legislação infraconstitucional lhe assegura, o CNS manifesta-se
1578 nos termos que se seguem. **Da manifestação:** O Superior Tribunal de Justiça (STJ) enviou um
1579 ofício ao CNS solicitando um parecer deste Conselho em relação ao Recurso Especial RE
1580 1733013/PR, relativo a planos de saúde, com impacto no SUS. A decisão de ouvir o Conselho
1581 é uma sinalização clara de prestígio do CNS, e indica ainda a possibilidade de um precedente
1582 favorável à atuação do CNS como Amigo da Corte em outros processos judiciais. No mínimo,
1583 se não como Amigo da Corte, sinaliza o STJ está interessado em considerar o parecer do CNS
1584 em questões relativas à saúde. A relevância desse tipo de solicitação fortalece e legitima o
1585 CNS como instância de controle social e entidade com acúmulo técnico suficiente para
1586 contribuir com o debate de temas relevantes em Tribunais Superiores. O Recurso Especial
1587 busca decidir sobre a lista de procedimentos obrigatórios a serem oferecidos pelas empresas
1588 de planos de saúde aos seus usuários. O entendimento predominante hoje, é de que a oferta
1589 de serviços de saúde pelos planos tem como referência mínima uma lista (chamada Rol de
1590 Procedimentos), elaborada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e atualizada a
1591 cada dois anos. Essa lista, diferentemente do que acontece com a incorporação de tecnologias
1592 no SUS, é bem menos abrangente e atualizada numa velocidade menor do que aquela com
1593 que a CONITEC analisa e incorpora procedimentos no SUS. Dessa forma, é comum que
1594 procedimentos já incorporados no SUS ainda não sejam incluídos na lista oficial da ANS.
1595 Trabalhando numa lógica de lucro, os planos de saúde comumente negam procedimentos
1596 necessários e geralmente já oferecidos pelo SUS, com o argumento de o procedimento não
1597 estar previsto no Rol. Isso faz com que o SUS seja responsável por determinado atendimento,
1598 sem o respectivo ressarcimento, porque, nos termos da Resolução Normativa nº 358/2014 e da
1599 Instrução Normativa nº 45/14, da ANS, serão ressarcidos ao SUS apenas os procedimentos
1600 prestados pelo SUS aos usuários de planos de saúde previstos no Rol ou em contrato. A guisa
1601 de ilustração, a rubrica da receita “Ressarcimento por Operadoras de Seguros Privados de
1602 Assistência à Saúde” integra o rol de receitas vinculadas ao Ministério da Saúde e o valor
1603 arrecadado em 2018 foi de R\$ 783,5 milhões, que não expressa os atendimentos que as
1604 unidades do SUS realizam aos possuidores de planos de saúde. A Lei nº 9.656, de 3 de junho
1605 de 1998 (lei de planos de saúde), foi clara ao determinar que os planos proporcionassem
1606 coberturas para os agravos e tratamentos de todas as doenças listadas na Classificação
1607 Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) da Organização
1608 Mundial da Saúde. Ou seja, o texto da lei é claro ao dispor que cabe aos planos de saúde a
1609 cobertura de todas as doenças. Segundo esse entendimento, a lista de procedimentos da ANS
1610 tem caráter exemplificativo (são exemplos, podendo ser oferecidos outros procedimentos para
1611 além da lista). Se o Rol for considerado taxativo (ou seja, apenas o que está previsto na lista é
1612 que deverá ser oferecido), há o risco de o SUS ser acionado no lugar dos planos de saúde
1613 para fazer esse atendimento. Isso com certeza aumentará a carga de atendimento, e tem
1614 potencial para aumentar também a carga judicial hoje já elevada contra o sistema público, já
1615 que retira do SUS o montante a ser investido no sistema. Em razão disso, o CNS entende que
1616 a possível adoção do rol taxativo pode piorar o quadro do financiamento da saúde pública no

Recomendação nº 44, de 11 de outubro de 2018, recomendou ao Presidente da Câmara dos Deputados, em atenção ao Art. 17, II, d, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados: 1. Que arquivasse o PL 7419/2006 e apensos, interrompendo assim o favorecimento explícito às prestadoras de planos de saúde; e 2. Que realizasse amplo debate sobre o tema por meio de Audiências Públicas que contassem com participação democrática, que incluísse o Conselho Nacional de Saúde, Entidades da Sociedade Civil, Instituições de Defesa do Consumidor e outros Órgãos Governamentais. Nesse mesmo contexto, o CNS na Recomendação nº 047, de 11 de outubro de 2018, considerando a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que prevê o ressarcimento ao SUS como compensação das operadoras de saúde pelo envio de seus beneficiários para atendimento no SUS; considerando que o ressarcimento recebido pelo SUS das operadoras de saúde representam apenas 65% do que realmente deveria entrar nos cofres públicos; e considerando a declaração do Sr. Manoel Carlos Libano dos Santos, Diretor da Unimed de São José do Rio Preto, no Fórum Latino Americano de Biossimilares, em julho de 2018, sobre a prática das operadoras em retardar a autorização de serviços em sua rede prestadora sob a justificativa da economia de recursos para empresa, uma vez que é mais barato ressarcir pela tabela SUS do que prestar o serviço, o que atesta uma prática imoral das operadoras, que se beneficiam das brechas legais. Considerando todos esses elementos o CNS recomendou à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que fosse garantido 100% do ressarcimento ao SUS objetivando reduzir o sucateamento do sistema e inibir práticas indevidas das empresas operadoras de planos de saúde, no prazo máximo de até 2 (dois) anos. Ressalte-se que nenhuma das recomendações do CNS foram atendidas, o que reflete sérias limitações à democracia representativa e ao controle social, já que instâncias como o Congresso Nacional não se dispuseram até o presente momento a promover um debate inclusivo, democrático e republicano sobre os temas afetos à saúde suplementar, o que é de alto interesse público.

1617 Brasil. Isso porque, em virtude da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95/2016), a fixação da
1618 regra do “teto”, cujas despesas serão atualizadas tão somente pela variação anual da inflação,
1619 mesmo que a receita cresça no mesmo período, reduzirá as despesas por habitante com o
1620 SUS e com a educação pública de forma acumulada até 2036. Além disso, é preciso
1621 considerar que a população crescerá nesse período, além de outras necessidades específicas,
1622 como por exemplo, os custos crescentes para o atendimento à saúde da população idosa, cuja
1623 participação em relação ao total tem aumentado nos últimos anos – de 12%, em 2016, para
1624 22% em 2036. Contrário à versão da área econômica do governo federal, o Conselho Nacional
1625 de Saúde tem alertado que as perdas para o SUS com a vigência da EC 95/2016 serão de, no
1626 mínimo, R\$ 200 bilhões (a preços de 2017) acumulados no período de 2018 a 2036 segundo
1627 estudo do IPEA. A título de exemplo se as regras da EC 95/2016 estivessem em vigor a partir
1628 de 2001, tomando como base o valor efetivamente empenhado até 2017, as perdas para o
1629 SUS teriam sido de R\$ 194 bilhões (a preços de 2017) acumuladas no período de 2001 a 2017,
1630 conforme Capítulo 4 (Efeitos da política de austeridade fiscal sobre o gasto público federal em
1631 saúde) do livro “Economia para poucos”, organizado por Pedro Rossi, Esther Dweck e Ana
1632 Luiza M. Oliveira, Editora Autonomia Literária, 2018). Assim, os efeitos negativos da EC
1633 95/2016 foram sentidos já no exercício de 2017, com crescimento exponencial dos empenhos a
1634 pagar do exercício (acima de 80% em relação a 2016 ou cerca de R\$ 14 bilhões) e dos restos
1635 a pagar total inscritos e reinscritos para 2018 (acima de 50% em relação ao ano anterior ou
1636 cerca de R\$ 21 bilhões), que se refletiu no baixo nível de liquidação de despesas com vacinas
1637 e vacinação, medicamentos para o tratamento de HIV/DST/AIDS, dentre outros, inclusive nas
1638 referentes às transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e
1639 Municipais de Saúde. Retomamos o entendimento da Procuradoria Federal dos Direitos do
1640 Cidadão a respeito da EC 95, para a qual essa emenda à Constituição “fere todos os
1641 parâmetros internacionais relativos a medidas de austeridade e que, em situações de crise,
1642 como a que o Brasil passa, essas políticas acabam por exacerbar iniquidades estruturais”. E
1643 ainda, lembrando os dados e estudos apresentados por instituições como o Conselho de
1644 Direitos Humanos da ONU, o Alto Comissariado da ONU para os Direitos Humanos, o Instituto
1645 de Estudos Socioeconômicos - INESC e mesmo o Fundo Monetário Internacional (FMI), que
1646 apontam que as políticas de austeridade não somente geram custos sociais substanciais, mas
1647 também aprofundam a iniquidade social e diminuem a capacidade de indivíduos exercerem
1648 seus direitos humanos, e os Estados, a sua obrigação de proteger essas garantias. É preciso
1649 ressaltar que o SUS foi desenhado para atender a todos os cidadãos e cidadãs em território
1650 nacional. Contudo, a realidade de seu subfinanciamento torna difícil a concretização desse
1651 propósito. Medidas como a que está em tramitação nesse MM. Juízo tem potencial, sim, de
1652 impactar ainda mais o orçamento do sistema público de saúde. Considerando, pois os motivos
1653 ora expostos e o histórico de manifestações do CNS, entendendo ser essa participação uma
1654 oportunidade para a demonstração de sua capacidade de atuação em defesa do Sistema
1655 Único de Saúde e do equilíbrio entre este sistema e o mercado de planos de saúde; e
1656 considerando ainda o cenário de desfinanciamento do sistema, este órgão colegiado posiciona-
1657 se no sentido de que o rol tem caráter exemplificativo, devendo as empresas de planos de
1658 saúde cobrir procedimentos quando indicados pelo médico que acompanha o usuário, mesmo
1659 que não previstos no Rol, desde que haja fundamentação técnica para tanto e, especialmente,
1660 no caso de procedimentos já oferecidos pelo SUS. Sendo o que havia a requerer, expressamos
1661 consideração e reforçamos nosso compromisso com a democracia e a defesa dos direitos da
1662 população brasileira.” Aberta a palavra ao Pleno, foram apresentadas as seguintes sugestões:
1663 no parágrafo que se inicia por “Em razão disso, (...)”, corrigir “com previsão de 12% em 2036”;
1664 explicitar no texto da resolução que o CNS será *amicus curiae*; revisar o documento segundo o
1665 padrão culto da Língua Portuguesa; e autorizar advogado a adotar as medidas necessárias
1666 para que o CNS seja *amicus curiae* na causa. **Deliberação: a resolução foi aprovada com**
1667 **uma abstenção e duas alterações. O documento será revisado do ponto de vista**
1668 **gramatical. A SE/CNS fará os encaminhamentos necessários para dar consequência à**
1669 **resolução. ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, às 16h35, conselheiro **Moysés**
1670 **Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou a 321ª Reunião Ordinária
1671 do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras na tarde do segundo
1672 dia de reunião: *Titulares* - **Albanir Pereira Santana**, Federação Nacional das Apaes –
1673 FENAPAES; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
1674 **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e
1675 Agricultoras Familiares – CONTAG; **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional
1676 de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Delmiro José Carvalho**

1677 **Freitas**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Eduardo Maércio Fróes**, Associação
1678 Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de
1679 Serviço Social – CFESS; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**, Conselho Federal de Enfermagem –
1680 COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO;
1681 **Jupira Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-
1682 Administrativos das Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Láís Alves**
1683 **de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos**
1684 **Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal**
1685 **Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marisa Furia Silva**,
1686 Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de
1687 Psicologia – CFP; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação
1688 dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPIN-SUL; **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação
1689 Brasileira de Nutrição – ASBRAN; e **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos
1690 Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS. *Suplentes* -
1691 **Alex Gomes da Motta**, Pastoral da Saúde Nacional; **Elias Marques Ferreira**, Federação
1692 Brasileira de Hemofilia – FBH; **Elisangela Aparecida Tibério Santana**, Conselho Federal de
1693 Biologia – CFBio; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores – CUT;
1694 **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos
1695 Aposentados, Pensionistas e Idosos – SINDNAPI/FS; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**,
1696 Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; e **Renato de Jesus Padilha**, Federação Nacional
1697 das Associações de Pacientes Renais do Brasil – FENAPAR.