



MINISTÉRIO DA SAÚDE CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos cinco e seis dias do mês de dezembro de 2019, Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde” – Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Tricentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária do CNS. Estabelecido o quórum, às 9h10, conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, deu início aos trabalhos, com saudações aos presentes e apresentação dos objetivos da reunião: **1)** Socializar os informes e apreciar as indicações. **2)** Conhecer e apreciar a Proposta de Emenda à Constituição - PEC que soma os pisos que União, estados e municípios têm que destinar a saúde e educação. **2)** Conhecer os resultados do 1º Projeto de Formação para o Controle Social no SUS. **3)** Debater e deliberar sobre o modelo de financiamento proposto para a atenção primária à saúde. **4)** Atualizar e articular ações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **5)** Analisar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. **6)** Participar do lançamento do vídeo sobre a reparação dos (as) filhos (as) separados (as) de pais atingidos pela hanseníase, que foram isolados compulsoriamente no Brasil. **7)** Conhecer, discutir e propor os impactos causados na saúde e a dimensão do derramamento de óleo nas praias do nordeste brasileiro. **8)** Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN. **9)** Apresentar e apreciar questões relativas à saúde indígena, em especial à etapa nacional da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e ao Relatório elaborado sobre a situação do Vale do Javari. **10)** Socializar e deliberar as demandas das Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho, Coordenação de Plenárias dos Conselhos de Saúde e encaminhamentos do Pleno. Na sequência, procedeu ao primeiro item da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 322ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. APROVAÇÃO DA PAUTA DA 324ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - *Composição da mesa:* conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DA ATA DA 322ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – O Presidente do CNS submeteu à apreciação do Pleno a ata da 322ª Reunião Ordinária do CNS, enviada previamente aos conselheiros. **Deliberação: a ata da 322ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade, sem acréscimos.** A ata da 323ª Reunião Ordinária seria apreciada na próxima reunião do Conselho, junto com a ata da 324ª Reunião Ordinária. **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 324ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – Também foi feita a leitura da pauta da reunião para apreciação e aprovação. **Deliberação: a pauta da 324ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade. ITEM 2 – EXPEDIENTE** - Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. **Datas representativas para a saúde no mês de dezembro. Informes. Indicações. Aprovação do Calendário das Reuniões Ordinárias do CNS** - *Composição da mesa:* conselheira **Elaine Junger Pelaez**, da Mesa Diretora do CNS; e **Marco Aurélio**, Secretário-Executivo Adjunto. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS** – **Gerídice Lorna Andrade de Moraes**; e **Shirley Marshal Diaz Morales**. **APRESENTAÇÃO DE CONVIDADOS (AS), NOVOS CONSELHEIROS (AS) E COORDENADORES (AS) DE PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE** – *Nova conselheira:* segmento do governo federal - Titular: **Heloisa Melo Madruga Fernandes Marinho** - Ministério da Saúde (substituindo **Mayra Isabel Correia Pinheiro**). **COORDENADORES DE PLENÁRIA** - **Eliane dos Santos**, Rio de Janeiro; e **Itamar dos Santos**, Rio Grande do Sul. **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE DEZEMBRO** – 1º dez. - Dia Internacional de Luta contra a AIDS; 2 de dez. - Dia Pan Americana de Saúde; 3 de dez. - Dia Internacional de Pessoa com Deficiência; 5 de dez. - Dia Internacional do Voluntariado; 6 de dez. - Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência contra as Mulheres; 7 de dez. - Dia

Nacional da Assistência Social; 9 de dez. - Dia do Fonoaudiólogo; 9 de dez. - Dia do Alcoólico Recuperado; 9 de dez. - Dia da Criança com Deficiência; 10 de dez. - Dia da Inclusão Social. 10 de dez. - Dia dos Direitos Humanos. 10 de dez. - Dia Internacional dos Direitos Humanos. 10 de dez. - Dia Internacional dos Povos Indígenas. 13 de dez. - Dia do Cego. 14 de dez. - Dia Nacional de Combate à Pobreza. *Inclusão*: 5 de dez. – Dia Nacional da Pastoral da Criança.

REGISTRO DE PRESENÇA – **Eliane Santos**, CES/RJ; **Pedro Gonçalves**, CES/PA; **Silvia Regina D’Almeida**; **Mauro Roberto Ferreira** – CES/PA; **Luciana Maciel de Almeida** – servidor SES/DF; **Kátia Magalhaes Silva** – CMS/BH; **Sandra Munhoz**, CMS/BH; e **Cristiano Nascimento**, presidente do CMS/Recife. **INFORMES** - **1)** Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** apresentou os seguintes informes da Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS: **a)** Nota de reconhecimento e pesar pelo falecimento do ativista e companheiro Zé Hélio, do Movimento Nacional de Luta contra a Aids e membro da RNP+ Brasil – homenagem com um minuto de silêncio. **b)** Informe da ANAIDS sobre o Dezembro Vermelho, oriunda da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids - RNP+ BRASIL, alertando para a ameaça que representa o atual governo federal para a Política de Aids no país e agradecimento à Assessoria de Comunicação - ASCOM do CNS pelo trabalho de comunicação visual sobre o “Dezembro Vermelho” e a luta e enfrentamento da epidemia de Aids no Brasil, demonstrando a importância para o controle social do SUS. **c)** Informe da ANAIDS, a partir de nota pública veiculada pelo Fórum de ONG Aids de São Paulo – FOAESP, sobre a campanha do 1º de dezembro do Ministério da Saúde. **2)** Conselheiro **João Donizete Scaboli** fez os seguintes informes da Federação dos Trabalhadores nas Indústrias Químicas e Farmacêuticas do Estado de São Paulo – FEQUIMFAR: **a)** 25 anos das campanhas do “Projeto Verão sem Aids Valorizando a Vida”; **b)** 25 ANOS das convenções de segurança estadual de máquinas na cadeia produtiva do plástico (injetoras, sopradoras e moinhos); **c)** 25 anos do banimento do benzeno na fabricação do álcool anidro nas usinas de açúcar e álcool do Brasil; **d)** 18 anos da Convenção da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre acidentes maiores, ratificada pelo Brasil; **e)** 14 anos do Pacto da Inclusão dos Deficientes Físicos do Setor Farmacêutico; **f)** Moção da FEQUIMFAR/SP e das demais entidades sindicais do Brasil, integrantes da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Indústria Química – CNTQ - contra a decisão do Governo Estadual de São Paulo de extinguir a Fundação para o Remédio Popular – FURP, maior produtora pública de medicamentos no Brasil. **3)** Conselheira **Simone Maria Leite Batista** apresentou os seguintes informes da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde - ANEPS: **a)** Realização do II Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e IV Encontro Nordeste de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, ocorrido em 14 a 17 de novembro de 2019 no campus da UFS Lagarto; **b)** Carta de Lagarto - manifesta apoio irrestrito ao SUS integral, universal e público, alerta para o adoecimento crescente da população e das instituições, aponta a importância das práticas integrativas como modelo de cuidado e reforça a necessidade de um pacto civilizatório em defesa da saúde pública e coletiva - solicitação para que o Pleno do CNS subscreva e disponibilize para ser subscrita pela sociedade; **c)** 30 anos do MOPS de Sergipe - 12 de outubro de 2019 – comemorações feitas durante o II CONGREPICS; **d)** Início das turmas do curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde em saúde - EDPOP SUS - escola Joaquim Venâncio/FIOCRUZ - governo de Sergipe (FUNESA) - prefeituras municipais-ANEPS/ MNU: I – Sergipe: Aracaju, Barra dos Coqueiros, Poço Redondo, Canindé do São Francisco (2), Lagarto, Santa Luiza do Itanhy, Estância, Santo Amaro das Brotas, Itabaiana, Capela e Laranjeiras; II - Maranhão; III - Rio de Janeiro; IV – Roraima; **e)** VI Encontro Nacional e I Encontro Latino Americano de Educação Popular e Saúde - Parnaíba/Piauí- 6 a 9 de fevereiro de 2020 - Universidade Federal do Piauí/campus Parnaíba- "Caminhos para a democracia, a autonomia e o bem viver"; **f)** Reunião da Comissão de Promoção, Proteção, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - CIPPSPICS, nos dias 26 e 27 de novembro de 2019 - Pauta: Apresentação dos novos participantes, as atribuições da comissão e a formulação do Plano de trabalho para os próximos anos, a partir das propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8+8), no 2º Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - CongrePICS e no IV Encontro Nordeste de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICSNE. Debatido o Relatório Anual de Gestão - RAG. **4)** Conselheira **Elaine Junger Pelaez** registrou os seguintes informes do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS: **a)** Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, que ocorrerá nos dias 6, 7 e 8 de dezembro de 2019, na Paraíba; **b)** 5 de dezembro - Dia Nacional de Luta em defesa do Serviço Social no INSS (importância de lutar contra a tentativa de retirar a profissão de serviço social do INSS); **c)**

Conferência Nacional Democrática de Assistência Social - CNDAS, realizada nos dias 25 e 26 de novembro de 2019, no auditório da Associação dos Docentes da Universidade de Brasília, atividade de resistência aos desmontes e defesa de direitos; e **d)** parlamentares aprovaram a derrubada do veto Presidencial nº 37/2019 ao Projeto de Lei (PL) nº 3.688/2000, que dispõe sobre serviços de Psicologia e de Serviço Social nas Redes Públicas de Educação Básica. **5)** Conselheira **Lenir Santos** registrou o repúdio da Federação Brasileira de Síndrome de Down ao Projeto de Lei nº 6.159/2019, que extingue as cotas de emprego para pessoas com deficiência e solicitou que o CNS apoie a luta contra o PL e que a Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência - CIASPD apresente encaminhamento a respeito para ser apreciado pelo Pleno do Conselho. **INDICAÇÕES - 1)** Indicação para a Coordenação Adjunta da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho - CIRHRT, em substituição à conselheira Nara Monte Arruda (da UNE), do segmento dos usuários. **Encaminhamento: a indicação será feita na reunião do mês de fevereiro de modo a assegurar mais tempo para debate no segmento. 2)** Indicação para a Coordenação Adjunta da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, em substituição à conselheira Francisca Valda da Silva (ABEN), do segmento dos profissionais de saúde. **Indicação: conselheira Denise Torreão Correa da Silva. 3)** Indicação de nomes para compor a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, em substituição a Gilson Silva (Força Sindical), Getúlio Vargas de Moura Júnior (CONAM) e Maria Laura Carvalho Bicca (FENAS). **Dois representantes do segmento dos usuários: Gysélle Saddi Tannous; e Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro. Um representante do segmento dos trabalhadores: Dirceu Bartolomeu Greco. Deliberação: as indicações foram aprovadas, em bloco, com uma abstenção. 4)** Indicação de um nome para receber a Comenda Zilda Arns, conforme estabelecido na Resolução nº 601, de 8 de novembro de 2018. Sugestão da Mesa Diretora do CNS: **Marielle Franco, Nelson Rodrigues dos Santos**, cacique **Raoni Metuktire, Leocir Pessini e Sônia Fleury**. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** informou que foi distribuído currículo com histórico de cada um dos nomes sugeridos para subsidiar a indicação e Também esclareceu que o Pleno precisaria autorizar a mudança de data da entrega da comenda, pois a Resolução nº. 601/2018 define que deveria ser feita no mês de dezembro, o que não seria possível, pois a escolha seria feita naquele momento. Dito isso, fez a leitura dos currículos dos candidatos à comenda e, após, abriu para defesa dos indicados. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** defendeu o nome de **Nelson Rodrigues dos Santos**, por entender que ele, pela sua trajetória, representava e representa a força individual e a luta coletiva e permanente em defesa da saúde e do SUS, da vida, do controle social e da democracia. Conselheiro **Valdenir Andrade França** defendeu o nome do cacique **Raoni Metuktire** pela luta em defesa da preservação da Amazônia e do meio ambiente e contra o ataque aos povos indígenas. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi** defendeu o nome de **Marielle Franco**, mulher que sofreu e foi vítima da violência, e por ela representar a defesa dos direitos humanos e da justiça como conceito mais amplo da saúde, dialogando com a posição do CNS e suas deliberações. Feitas as defesas, a mesa colocou em votação aos nomes indicados para receber a comenda e o resultado foi o seguinte: **1) Nelson Rodrigues dos Santos – 8 votos. 2) cacique Raoni Metuktire - 13 votos. 3) Marielle Franco – 12 votos. Deliberação: diante do resultado da votação, o Pleno do CNS elegeu o Cacique Raoni para receber a Comenda Zilda Arns.** Em seguida, o coordenador da mesa colocou em votação a mudança da data da entrega: **excepcionalmente, a comenda não será entregue no mês de dezembro de 2019. A proposta foi aprovada com 27 votos favoráveis. Uma abstenção.** Em seguida, colocou em votação: **entregar a comenda preferencialmente na reunião de janeiro de 2020. Não sendo possível, será entregue na reunião ordinária do mês de fevereiro de 2020. A proposta foi aprovada por maioria. Houve três abstenções.** Além disso, acordou-se que este ponto retornaria no último ponto da pauta para novas definições. **APROVAÇÃO DO CALENDÁRIO DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS PARA 2020, EXCETO O MÊS DE JANEIRO** (a data da primeira reunião de 2020 foi aprovada na reunião do mês de novembro de 2019, por conta do prazo exigido para emissão de passagens). **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o calendário das Reuniões Ordinárias do CNS para 2020: 325ª RO - 23 e 24 de janeiro; 326ª RO - 13 e 14 de fevereiro; 327ª RO - 19 e 20 de março; 328ª RO - 16 e 17 de abril; 329ª RO - 14 e 15 de maio; 330ª RO - 4 e 5 de junho; 331ª RO - 9 e 10 de julho; 332ª RO - 13 e 14 de agosto; 333ª RO - 10 e 11 de setembro; 334ª RO - 8 e 9 de outubro; 335ª RO - 12 e 13 de novembro; e 336ª RO - 3 e 4 de dezembro. ITEM 3 – PROPOSTA DE EMENDAS À CONSTITUIÇÃO QUE SOMA OS PISOS DE RECURSOS PARA SAÚDE E EDUCAÇÃO - Apresentação: Bruno Moretti, economista, assessor do Senado Federal.**

Coordenação: conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, o coordenador da mesa agradeceu a presença do convidado e informou ao Pleno que foi solicitada ao Ministério da Economia a indicação de um representante para participar do debate, mas o órgão decidiu não indicar. Dito isso, abriu a palavra ao economista Bruno Moretti, Assessor do Senado Federal, que falou sobre o pacote fiscal do governo Bolsonaro, especificamente as Propostas de Emendas Constitucionais - PEC 186, 187 e 188. Começou demonstrando, por meio de gráficos, que, mesmo com a reforma da previdência, a despesa do RGPS não decresceria em relação ao PIB até 2026 e que o gasto primário (fora o RGPS) teria de recuar de 11% do PIB para 7% até 2026. Nesse cenário, disse que as PEC eram respostas à necessidade da União de redução da despesa. No seu ponto de vista, o cerne do debate gira em torno da pergunta “o Brasil está em emergência fiscal?” e, na sua visão, o pacote fiscal é uma reestruturação do Estado para ajustar-se ao teto de gastos. Explicou que o IFI estima que o espaço para a despesa discricionária será inferior a R\$ 70 bilhões em 2021, gerando o *shutdown* da máquina pública. Neste contexto, o Plano “Mais Brasil” apresenta três Propostas de Emendas Constitucionais (emergência fiscal, fundos e pacto federativo), configurando-se em um pacote fiscal para reestruturar o Estado e serviços públicos da União e também dos demais entes. No caso da PEC 186, explicou que aciona gatilhos com proibições e redução de despesas obrigatórias quando são atingidos os seguintes indicadores fiscais: União: regra de ouro (gatilho imediato e permanente); e Entes subnacionais: despesa corrente líquida de 12 meses correspondente a 85% da receita. A esse respeito, esclareceu que a despesa de pessoal da União está estável em 4,4% do PIB, mesmo patamar de 2000 e o setor público no Brasil representa 12% do total de ocupados e a média da OCDE é de 21%. Seguindo, falou sobre as regras fiscais restritivas, explicando que impedem a retomada da economia e ampliam desigualdade. No caso das regras de gasto (teto de gastos, regra de ouro e resultado primário) brasileiras, disse que são pró-cíclicas (LRF exige cortes de gasto maiores quando a arrecadação cai) ou restritivas (teto de gastos implica queda da despesa como % do PIB, ainda que a arrecadação aumente). Além disso, afirmou que o impacto sobre investimentos públicos e outras despesas primárias afeta crescimento do PIB, que só atingiria os níveis pré-crise em 2021, e o subemprego de fatores que retira 2 p.p. de PIB da arrecadação, segundo estimativas do IBRE/FGV. Além disso, frisou que a elevada capacidade ociosa da economia, com 12,4 milhões de desempregados, perpetua o problema fiscal e gera mais desigualdade de renda, que bateu recorde no 1º trimestre de 2019. Afirmou que o “Mais Brasil” dobra a aposta nas regras fiscais restritivas, criando teto de gastos mais baixo para a União e ativando gatilhos de todos os entes para reduzir despesas obrigatórias. Nas suas palavras, o problema não é a falta de recursos, pois há R\$ 1,3 trilhão na Conta Única do Tesouro Nacional, mas sim as regras de gastos, que vão se tornar ainda mais restritivas. Para melhor compreensão, detalhou os pontos específicos da PEC 186 (acionado o gatilho): **1)** para a União, gatilhos são imediatos, com duração mínima de 3 anos, prejudicando ainda mais a retomada da economia e a prestação de serviços públicos que desconcentram a renda. Segundo o próprio governo, espaço fiscal para investimento com a redução de despesas obrigatórias seria de apenas R\$ 5 bilhões por ano; **2)** proíbe ganho real do salário mínimo e Bolsa-Família; **3)** redução de até 25% da jornada dos servidores públicos, com redução proporcional de salários (redução de serviços públicos essenciais); **4)** outras associadas a despesas de pessoal (proibição de concessão de vantagem, reajuste ou adequação de remuneração, criação de cargo, emprego ou função com aumento de despesa, admissão ou contratação de pessoal, com algumas ressalvas, realização de concurso público (exceto vacância), progressão ou promoção; **5)** destinação do excesso de arrecadação e superávit financeiro das fontes de recursos para amortizar dívida (fora vinculações constitucionais e repartição de receitas); **6)** criação de despesa obrigatória; **7)** criação ou expansão de programas e linhas de financiamento que impliquem ampliação de subsídios e subvenções, inclusive MCMV; **8)** concessão ou ampliação de incentivo ou benefício de natureza tributária; **9)** destinação de recursos do PIS/PASEP para o BNDES; **10)** União só concederá garantia a ente em emergência fiscal quando as medidas de ajuste forem adotadas por todos os Poderes e órgãos autônomos e atestada por Tribunal de Conta; **11)** para os entes subnacionais, as medidas emergenciais terão vigência imediata e serão apreciadas em regime de urgência pelo Poder Legislativo, com vigência de 180 dias; e **12)** Emendas individuais deixam de ser corrigidas pela inflação. Também apresentou os pontos específicos da PEC 186, independente de gatilho: **1)** no âmbito federal, benefícios tributários não poderão ultrapassar 2% do PIB a partir de 2026. Enquanto estiver acima desse teto, não pode haver concessão, ampliação ou renovação de benefício tributário. Redução pela metade dos benefícios tributários afetará o

SIMPLES; e 2) abono salarial deixa de ser obrigatório e depende de dotação orçamentária prévia. Continuando, falou sobre a PEC nº. 187/2019 (Relatório Sen. Otto Alencar), explicando que a Proposta extingue Fundos Públicos que não forem ratificados até o final do segundo exercício subsequente à promulgação da PEC. A PEC não se aplica a Fundos Constitucionais, criados por lei orgânica ou os constituídos para operacionalizar receitas constitucionalmente vinculadas (Fundos regionais, Fundos de Saúde, Fundos de Assistência Social, Fundeb, FAT) e todos os dispositivos infraconstitucionais que vinculem receita a fundo público serão revogados ao fim do exercício em que for promulgada a Proposta. Esclareceu que parcela das receitas vinculadas será destinada a: programas de erradicação da pobreza, infraestrutura (prioridade à implantação e conclusão de rodovias e ferrovias, além da interiorização de gás natural); revitalização da Bacia do São Francisco; e segurança de regiões de fronteira. Destacou que, nos dois anos para ratificação dos Fundos, o superávit financeiro das fontes de recursos dos fundos públicos será destinado à amortização da dívida pública. Além disso, a Proposta institui reserva de lei complementar para criação de Fundo, o que, na prática, causa extinção imediata da vinculação tanto dos recursos já arrecadados como os novos (questão jurídica: cobrança de tributo sem destinação prevista). Detalhou que os objetivos da PEC são amortizar dívida pública (R\$ 219 bilhões) e ampliar despesas em áreas específicas (combate à pobreza, infraestrutura, segurança nas fronteiras, revitalização do São Francisco). Todavia, afirmou que esses objetivos não seriam atingidos e poderia haver forte impacto sobre áreas como educação, saúde, ciência e tecnologia e cultura. Sobre a PEC 188, disse que ainda não estava pauta, mas sinalizou dois pontos importantes para a saúde pública: Piso somado de educação e saúde; e Subteto de gastos para ativar gatilhos da EC 95 (95% da despesa primária como despesa obrigatória). **Manifestações.** Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, saudou o convidado, mas lamentou a ausência da representação do Ministério da Economia, por entender que trouxe prejuízos ao debate. No seu entendimento, a decisão do referido Ministério de não indicar representante representava um desrespeito à atuação do Conselho enquanto órgão de controle e fiscalização. Conselheiro **José Eri de Medeiros** avaliou que era preciso aprofundar o debate sobre o pacote fiscal a fim de compreender melhor os reflexos econômicos e o impacto na saúde das pessoas, especialmente daquelas da terceira idade. Nessa mesma linha foi a intervenção da conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**, entendendo que a população precisa compreender o significado da proposta e pode opinar a respeito. Conselheira **Marisa Furia Silva** avaliou que o pacote fiscal, somado à terceirização, causará problemas para o funcionamento do Sistema, agravando problemas já existentes como falta de profissionais de saúde, de medicamentos, de equipamentos e de insumos. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** defendeu de forma incisiva a revogação imediata da EC 95 e conclamou a todos a continuar a luta em defesa do aumento de recursos para a saúde pública. Por último, conselheiro **André Luís Oliveira** reforçou que seria importante ouvir o contraditório, inclusive para entendimento do real objetivo das referidas PEC e para subsidiar o Pleno para tomada de decisão. De todo modo, disse que a COFIN aprofundaria o debate desse tema. **Retorno da mesa.** O economista **Bruno Moretti**, assessor do Senado Federal, fez comentários gerais sobre as intervenções do Pleno, pontuando, entre outros, os seguintes aspectos: é preciso avaliar as regras fiscais restritivas; as medidas trazem sérios prejuízos à saúde, com retirada de recursos; e dada a relevância, o Conselho pode solicitar a participação na audiência sobre o tema, marcada pela Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados e em outras audiências que forem chamadas para debater o assunto. Após esses comentários, a mesa procedeu à votação dos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário aprovou, por unanimidade, os seguintes encaminhamentos: a) promover articulação, por meio da assessoria parlamentar do CNS, para garantir a participação de representante do Conselho na audiência sobre o tema, marcada pela Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados e em outras audiências que forem chamadas para debater o assunto; b) pautar o tema na reunião ordinária da COFIN/CNS do mês de janeiro de 2020, para aprofundamento (a Comissão apresentará proposta na reunião ordinária do CNS do mês de fevereiro); e c) reiterar a solicitação à COFIN que faça levantamento sobre o valor gasto com o pagamento de planos privados de saúde para servidores públicos com vistas a nortear debates do Pleno.** **ITEM 4 – LANÇAMENTO DO RELATÓRIO DO 1º PROJETO DE FORMAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS - Composição da mesa:** **Fernando Leles**, representante da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS; conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Coordenadora da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS; **Nara A. Peruzzo**, Diretora de Organização do Centro de Educação e

Assessoramento Popular – CEAP; e conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS. *Coordenação:* conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza** explicou que o objetivo deste ponto era lançar o Relatório Final das 70 Oficinas do 1º Projeto de Formação para o Controle Social no SUS, realizadas em todas regiões do país durante 2018, com a participação de mais de 4 mil pessoas. Recordou que o objetivo das oficinas é qualificar e capacitar conselheiros de saúde e lideranças sociais que atuam na luta pelo Direito Humano à Saúde, como sujeitos sociais que deliberam acerca de políticas, desenvolvendo também o intercâmbio de experiências sobre o controle social no SUS. Disse que essa era mais uma ação do Projeto de Formação de Multiplicadores para o Controle Social no SUS, proposto pela CIEPCSS/CNS. Após essas considerações iniciais, abriu a palavra aos convidados. A diretora de Organização do CEAP, **Nara A. Peruzzo**, saudou os demais integrantes da mesa e agradeceu ao CNS pela confiança dada ao CEAP para execução do Projeto. Explicou que o Relatório Final contempla quatro volumes: Concepção e viabilização do projeto; Formação da equipe de educadores/as; Construção dos materiais de apoio e pedagógicos para o desenvolvimento do projeto; e Desenvolvimento das oficinas. Destacou que a publicação faz um registro detalhado das ações e do processo de realização dos cursos e apresenta também registros escritos de reuniões, relatórios, documentos produzidos e conversas com pessoas diretamente envolvidas na realização. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** manifestou satisfação com o lançamento do Relatório, encerrando um processo rico de construção de conhecimento a partir da vivência local. Na condição de coordenadora da CIEPCSS, agradeceu o CNS, a Mesa Diretora, especialmente a composição anterior, na figura do ex-presidente Ronald Ferreira dos Santos e ao Presidente Fernando Pigatto pela confiança dada à CIEPCSS para condução do Projeto. Avaliou que o Projeto cumpriu o seu propósito de formar movimentos sociais e conselheiros para que possam entender seu papel na conjuntura difícil do SUS. Nas suas palavras, realizar a formação em todos os estados do país foi uma vitória, pois os multiplicadores saíram mobilizados para defender a saúde como direito humano. Por fim, manifestou sua satisfação com o início das novas oficinas de formação em fevereiro de 2020. Conselheiro **Fernando Pigatto**, Presidente do CNS, registrou o seu aplauso aos integrantes da Mesa Diretora do CNS, na gestão anterior, que acreditaram e deram início ao Projeto. Também fez um agradecimento especial à CIEPCSSUS pela condução do projeto, junto com o CEAP. O representante da OPAS/OMS, **Fernando Leles**, também elogiou o Projeto, avaliando que, para além de um curso, foi um processo de construção coletiva de conhecimento. Destacou a riqueza do material, resultado das oficinas, que contemplou debate de temas essenciais como o direito humano à saúde, podendo servir de subsídios à participação social na luta para garantir a concretização desse direito. Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, novamente agradeceu a todos os envolvidos no Projeto: CNS, por meio da CIPCSUS, CEAP e OPAS e encerrou a cerimônia de lançamento do relatório. Após esse ponto, às 13h10, houve o intervalo para o almoço. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras na manhã do primeiro dia de reunião: xxxxx Retomando, às 14h20, a mesa foi composta para o item 5 da pauta. **ITEM 5 – MODELO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - Apresentação:** **Erno Harzheim**, Secretário de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS; **Carlos Ocke**, Técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; e **Caroline Martins**, secretária substituta da SAPS/MS. *Coordenação:* conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS. Iniciando, o Presidente do CNS agradeceu a presença do Secretário da SAPS/CNS e salientou a importância de debater amplamente esse tema que traz mudanças profundas para a atenção básica. Inclusive, informou que a Comissão de Seguridade Social e Família – CSSF/Câmara dos Deputados realizaria seminários estaduais para tratar do tema e a intenção era garantir a participação do CNS. Dito isso, abriu a palavra ao Secretário da SAPS/MS, **Erno Harzheim**, que fez uma apresentação detalhada sobre o Programa Previne Brasil, que apresenta nova proposta de financiamento da atenção primária. O Secretário começou sua fala agradecendo o convite para participar desse primeiro debate do tema no Conselho e dispôs-se a participar de outras discussões, caso necessário. Contextualizando, lembrou que o ano de 2019 foi marcado pela reestruturação da atenção primária, com base em seis passos: criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde; criação do Programa Saúde na Hora; criação do Programa Médicos pelo Brasil; Informatização do SUS; e capacitação de agentes de endemias. Disse que a Portaria nº. 2.979, de novembro de 2019, apresentou Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária à Saúde, com aumento do repasse federal de recursos, de R\$ 18,38 bilhões para R\$ 20,40 bilhões. Mostrou um gráfico sobre a participação da União nas despesas totais

na atenção básica nos municípios no ano de 2017, destacando que o novo modelo não discute a totalidade da atenção básica, mas sim o repasse federal que representa 30%. Continuando, falou sobre os princípios da gestão da SAPS, com destaque para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família visando alcançar SUS centrado nas pessoas; APS forte, atributos fortes; APS forte, financiamento forte da APS; transparência, monitoramento e avaliação; autonomia e flexibilidade para gestor municipal; ciência e tecnologia; e equidade. Aprofundou a explicação sobre o novo financiamento da APS, ressaltando tratar-se de um modelo misto de financiamento formado por capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos a estratégias e programas. No que diz respeito à capitação, detalhou os critérios de ponderação: 1) População cadastrada: em equipe de saúde da família e atenção primária credenciadas; 2) vulnerabilidade socioeconômica: considerando a proporção de pessoas cadastradas nas ESF e que recebam benefício financeiro do Programa Bolsa Família - PBF, Benefício de Prestação Continuada – BPC ou benefício previdenciário no valor máximo de dois salários-mínimos; perfil demográfico: considera faixas etárias com maiores necessidades e gastos de saúde - população cadastrada nas ESF com até 5 anos e a partir de 65 anos de idade; e classificação geográfica: classificação dos municípios de acordo com a tipologia rural-urbana definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Mostrou um quadro com as metas de cadastro por equipe e município, de acordo com o tipo de município (IBGE): 1) Urbano: 1.457 municípios, 26.568 ESF – parâmetro ESF com 4.000 pessoas; 2) Intermediário Adjacente: 686 municípios, 4.068 ESF – parâmetro ESF com 2.750 pessoas; 3) Rural Adjacente: 3.043 municípios, 10.953 ESF - parâmetro ESF com 2.750 pessoas; 4) Intermediário Remoto: 61 municípios, 388 ESF – parâmetro ESF com 2.000 pessoas; e 5) Rural Remoto: 323 municípios, 1.216 ESF - parâmetro ESF com 2.000 pessoas. Ainda sobre a captação, mostrou quadro com cálculo dos pesos e aplicação. Também falou sobre a capitação na linha da adaptação aos contextos, destacando que: equipes com profissional ausente por 60 dias: receberão 75% do valor *per capita* na ausência de profissional de nível médio/técnico e receberão 50% do valor *per capita* na ausência de profissional de nível superior e receberão o recurso do pagamento por desempenho de acordo com o alcance das metas dos indicadores; e variações no número de cadastro entre equipes do mesmo município: variações são aceitáveis, desde que esteja dentro do limite do município e limite do município = nº de equipes x parâmetro de cadastro por equipe. Também mostrou a proporção de pessoas cadastradas na APS (SISAB) X cobertura populacional estimada de ESF (3.450/equipe - CNES) por tipologia de município (IBGE), 2019, que varia entre 73 a 87%. Além disso, falou da proporção de população cadastrada na APS (SISAB) X cobertura estimada de ESF (3.450/equipe - CNES) por quadrimestre de 2019, destacando Santa Catarina, Mato Grosso, Paraná e Rondônia com maior proporção e o Rio de Janeiro que ocupa o penúltimo lugar. Seguindo, detalhou como se dará o pagamento por desempenho: indicadores selecionados com base na relevância clínica e epidemiológica; indicadores de processo e resultados intermediários das ESF; indicadores de resultados em saúde; indicadores globais de APS; indicador novo, recurso novo; monitoramento quadrimestral (junto aos demais instrumentos de gestão do SUS); granularidade ao nível da equipe; metas graduais que consideram o estágio atual da equipe; e valores ponderados correspondentes à dificuldade de alcance do indicador. Detalhou que são 21 indicadores de qualidade obrigatórios para monitorar o desempenho dos serviços de saúde, a saber: 2020: Gestantes, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Doenças Crônicas; 2021: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Tuberculose e Saúde Bucal; 2022: Indicadores globais, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Saúde Mental e Doenças Crônicas. Inclusive, disse que municípios que ampliarem a oferta de atendimento à população serão premiados, de acordo com os eixos: Prioritários (Programa Saúde na Hora, Informatização, Residência médica, de enfermagem e odontologia); Saúde Bucal (Saúde Bucal, CEO, Laboratório de Prótese Dentária, UOM – previsão de aumento de recursos em 2020); Promoção da saúde (Programa Saúde na Escola, Academia de saúde); e Especificidades (Consultório na Rua, Equipes Ribeirinhas, UBS Fluviais, Microscopistas, Prisional e Saúde do Adolescente). Esclareceu que a Portaria de pactuação dos indicadores de desempenho estava em fase final de revisão textual para ser publicada. Acrescentou que os indicadores de resultado serão monitorados, inclusive para dar transparência aos resultados. Todavia, explicou, a inclusão de novos indicadores depende de novos recursos, mas o compromisso do governo é ampliar os recursos para atenção básica. Em síntese, disse que maior parte dos municípios apresenta ganho com o novo modelo, com ganho total na ordem de R\$ 2,6 bilhões de reais, corresponde a 12% do Orçamento 2020 da SAPS. Do outro lado, parcela mínima dos municípios apresenta perda com o novo modelo, com perda total na ordem de R\$ 290 milhões

de reais, corresponde a 1,5% do Orçamento 2020 da SAPS. Finalizando, falou sobre a transição de modelos, explicando que municípios que ganham na simulação da mudança, em 2020, já vale o novo modelo: a) Capitação ponderada: receberão 100% do recurso (como se todos os usuários estivessem cadastrados) por 4 meses (1º trimestre) e a partir do 2º trimestre receberão pelos cadastrados alcançados; b) Incentivo *per capita* de transição: valor fixo de base populacional (IBGE 2019) por 12 meses; e c) pagamento por desempenho: receberão valor de acordo com a certificação do 3º ciclo do PMAQ por 8 meses (até o 2º trimestre) e a partir do 3º trimestre receberão pelos resultados dos indicadores alcançados. Neste momento, vale para todas as equipes implantadas. No caso dos Municípios que terão perdas na simulação da mudança, explicou que as perdas serão compensadas e receberão valor máximo de 2019 por 12 meses e esses municípios poderão mudar para o novo modelo a qualquer momento em 2020. Ou seja, receberão em 2020 de acordo com modelo anterior. O segundo expositor foi o Técnico de Planejamento e Pesquisa do IPEA, **Carlos Ocke**, que começou sua explanação com comentários gerais sobre os itens da apresentação feita pelo Secretário da SAPS/MS. Pontuou que, do ponto de vista da sustentabilidade do sistema universal da saúde, a discussão da atenção básica é essencial, pois é o pilar desse sistema. Nas suas palavras, a proposta do Ministério da Saúde é consistente, mas seria necessário debater pressupostos no campo da saúde que a alicerçam. Também ponderou que o debate acerca da eficiência precisa de maior tempo para ser amadurecido e questionou se a APS mais eficiente significaria mais recursos (economia), uma vez que eficiência, na área da saúde, não significa corte de recursos. Pontuou que, apesar da diminuição de recursos na esfera federal, foi possível avançar em indicadores - aumento da cobertura, redução das taxas de mortalidade infantil e de internação, dos gastos hospitalares, aumento da cobertura pré-natal. Também avaliou que a produtividade não é um problema da APS e sim a produção, pois os problemas de gestão do SUS decorrem da falta de financiamento. Sobre produtividade, salientou que uma das vantagens do modelo da ESF em relação aos modelos tradicionais é maior tempo para as consultas médicas. Sobre cadastro/coertura, disse que não há questionamento sobre a importância do cadastro para qualificar o sistema e servir de base para o planejamento, mas nessa conjuntura a definição do cadastro como critério para repasse é um problema. No seu posicionamento, esse é um dos maiores equívocos da proposta. Finalizando os comentários sobre a apresentação do Secretário da SAPS/MS, salientou que essa proposta, dada a complexidade, merece debate mais aprofundado entre gestores, usuários, profissionais de saúde e comunidade científica. Feito esse preâmbulo, apresentou alguns cenários sobre o tema em debate. Focou sua apresentação em dois aspectos: SUS: restrição fiscal versus aumento da demanda; e APS: como melhorar a resolutividade? Utilizou um gráfico para demonstrar a queda do Piso da saúde *per capita*, no período de 2013 a 2020, com pico em 2014 e frisou que estudos já apontaram que a austeridade fiscal mata. Com base nos dados, afirmou que o modelo passa de subfinanciamento crônico para desfinanciamento. Seguindo, apresentou um quadro sobre o empenho de 2018, dotação autorizada 2019 e PLOA 2020 do Ministério da Saúde para a atenção básica, detalhando que houve ganho em relação a 2018 e 2019, no entanto, em termos reais, retoma o patamar de 2018. Detalhou que a proposta de novo financiamento federal baseia-se em quatro eixos: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivos financeiros a programas estratégicos e provimento de profissionais. Além disso, visa racionalização da oferta (visando reduzir custos): cadastro, carteira de serviços (cesta de serviços básicos) e equipe de atenção primária (médico mais enfermeiro); otimizar a oferta (aumentar a produtividade): pagamento por desempenho (resultado) > indicadores e metas, incentivos financeiros para programas estratégicos, programa Saúde na Hora (flexibilização da jornada), > Incentivo aos municípios com residência em medicina de família e comunidade e multiprofissional em odontologia e enfermagem (Adaps) e programas de apoio à informatização da APS (prontuário eletrônico). Também levantou questões preliminares a serem consideradas: fim do PAB fixo versus responsabilidade dos municípios no financiamento da APS (sustentabilidade); desincentivo financeiro à implantação da ESF e NASF? (contra a proposta de aumentar número de consultas); Cadastro e Sistema de Informação (50 milhões de pessoas esquecidas? Especialistas não concordam com esses dados); e desempenho das equipes versus condições de trabalho (condições de trabalho precisam melhorar em uma conjuntura que aponta para demissão de funcionários). No que diz respeito à transição 2020, chamou a atenção para redução do gasto público *per capita* em saúde (alocação); simulação das perdas e ganhos considera a “fronteira de eficiência” do município; incentivo financeiro para transição (R\$ 5,95); calibragem do valor *per capita*; e custo de transição para adaptação ao modelo? Para 2021, disse que a situação é de incerteza seja

pela proposta de desvinculação e desindexação do mínimo e da PEC do pacto federativo que reduzirá orçamento da saúde e educação (40% municípios e 37% estados). Nessa linha, pontou os seguintes temas que precisam ser debatidos: Cadastro versus universalidade; Carteira de serviços versus integralidade; e produtividade versus qualidade. Por fim, disse que o dilema estratégico a ser debatido é “cobertura universal de saúde ou Sistema Universal de Saúde?” uma vez que a proposta, ao invés de preencher os pressupostos do SUS, os esvazia. Concluída a explanação do especialista, o Presidente do CNS anunciou a presença do deputado **Alexandre Padilha**, ex-Ministro de Estado da Saúde, e o convidou para compor a mesa. **Manifestações.** Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** começou sua fala afirmando que à gestão não cabe alegar desconhecer a legislação que, por dever de responsabilidade administrativa, cabe cumprir fielmente. Citou essa premissa para reforçar que propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde, muitas delas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite sem a apreciação do Pleno do CNS, ferem os princípios do SUS, como é o caso do novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde. Afirmou que a LC nº. 141 tem sido descumprida por instâncias da gestão, por conta de decisões unilaterais e lembrou que aspectos relativos a rateio de recursos da União vinculados a ações e serviços públicos observarão as necessidades de saúde da população. Portanto, não há que se falar de questões de economicidade, com regras restritivas ao orçamento já insuficiente da saúde. Também fez referência à Lei 12.846/2013, que trata da responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, lembrando que a proposta da ADAPS foi colocada como certa mesmo antes da aprovação final da MP pelo Congresso Nacional. Por fim, perguntou como se dará a captação seletiva com a nova lógica do produtivismo se não se conhece metas sobre o impacto da perda de investimentos e sobre a verba de contingenciamento que seria direcionada à atenção básica. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** abriu a sua fala afirmando que o conceito de atenção primária adotado pelo Ministério da Saúde é diferente do defendido pelo CNS, porque parte de um modelo biomédico, centrado na doença, em procedimentos curativos, individuais, de baixo custo, uniprofissional, desconstruindo o trabalho multiprofissional. Além disso, não prioriza o coletivo, a família, a comunidade e o território, os determinantes sociais, a promoção e prevenção, nem tampouco a participação social. Acrescentou que essa proposta de financiamento quebra o conceito de sistema de saúde universal visando um sistema de “cobertura” universal, o que levará a situação de acesso restritivo, com procedimentos simplificados. Essa lógica de cobertura universal visa a redução do papel do Estado e trata a saúde como mercadoria. Nessa lógica, salientou que a nova Política está conectada a outras medidas – política de austeridade fiscal (EC 95), pacto federativo de vinculação das receitas da saúde, carteira de serviços, MP nº 890 (ADAPS, agência privada que realizará serviços de responsabilidade do Estado com orçamento público - privatização e terceirização da AP), descumprimento do dispositivo constitucional da participação social, desrespeito ao CNS, recomendações do Banco Mundial. Em suma, disse que ficou clara a intencionalidade do governo de acabar com o SUS para todos e com os princípios da integralidade, da participação social, da universalidade, da saúde como direito humano. Para reflexão, citou trecho da fala do Secretário da SAPS no Congresso de medicina, saúde e comunidade: “Estamos aqui para implementar um sistema de saúde liberal, o SUS não tem que ser para todos mas apenas para aqueles que não podem proteger a si próprio. Quem quiser discutir universalidade, volte para a década de 20...”. Isso posto, salientou que aqueles que querem respeitar a Constituição Brasileira e a vida de homens e mulheres que lutam pela cidadania e pela democracia devem ir para os espaços de participação social, lutar e resistir para manter direitos e conquistas. Finalizou lembrando às autoridades que o Estado brasileiro não é patrimônio privado, a saúde não é mercadoria e a vida não é prioridade de governo. Conselheira **Maria da Conceição Silva** manifestou sua preocupação com o momento atual de desrespeito à participação social e às instâncias de decisão, lembrando que a Portaria foi pactuada sem o devido debate no Conselho, o que fere a Constituição. Especificamente abordou a questão da equidade em saúde, com destaque para a importância de considerar a saúde “das mulheres”, ou seja, nas suas especificidades – negras, brancas, idosas, idosas, trans, lésbicas, jovens, trans – e dar resposta à baixa cobertura da saúde da população negra. Também sentiu falta das políticas de equidade na nova proposta e perguntou como será o financiamento e a cobertura para as populações quilombolas, as comunidades tradicionais e as populações de rua. No mais, frisou que o modelo de cadastro fere a Constituição Federal e a universalidade da saúde. Ressaltou também que é preciso considerar nesse contexto a EC °. 95 que limita os gastos, impossibilitando a implantação das políticas de saúde. A representante do CONASS, **Maria**

José, iniciou explicando que a proposta, considerando que fora pactuada pelas três esferas de gestão, não é mais do Ministério da Saúde e sim do SUS. Colocou que, para o CONASS, compete ao CNS deliberar sobre os princípios e diretrizes e, em relação ao financiamento, compete à gestão deliberar, uma vez que não modifica diretrizes e princípios. Ou seja, a proposta mantém os princípios do vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade, participação social, território adstrito, descrição de clientela, equipe multiprofissional e ESF como prioritária. Todavia, disse que a política não deve ser única para todos os municípios e as questões específicas devem ser discutidas em nível local. Ressaltou que o financiamento amplia o acesso e que o cadastro é essencial para garantir atenção primária de qualidade e resolutive. No seu modo de ver, a proposta não apresenta retrocesso, ao contrário, melhora a equidade e diminui a judicialização. Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** começou pontuando alguns princípios que deviam nortear o debate: defesa da saúde como direito humano e do SUS como avanço civilizatório e que não há proposta relacionada ao SUS sem a participação social. Sinalizou que a restrição de recursos pode prejudicar a ação comunitária, o planejamento territorial e a vigilância em saúde e que as ações devem contemplar além das pessoas cadastradas. Também manifestou preocupação com a política de atenção à saúde das mulheres nessa nova proposta que fere o princípio da equidade. Para reflexão, questionou como se dará a implementação de políticas de saúde com a EC nº. 95 e outros Projetos que agravam o desfinanciamento da saúde. Conselheira **Francisca Valda da Silva** avaliou que o Programa, a proposta de Carteira de Serviços e o novo financiamento da atenção básica são produtos de uma agenda ultraliberal, de Estado mínimo, que reduz investimentos em saúde, educação e outras áreas sociais, colocam a saúde como mercadoria e o SUS como negócio. Nas suas palavras, esse novo modelo chega para reduzir a despesa do Estado com a saúde, tratando-se de um plano de extinção do PSF. Lembrou que a Lei nº. 141 prevê necessidade de saúde na dimensão econômica, geográfica e demográfica, sustentabilidade, desempenho com base em avaliação e o Previn Brasil prioriza captação ponderada, desempenho, programa de incentivos. Nesse sentido, frisou que o fim do PAB fixo está associado a outras propostas de desvinculação de receitas do piso federal do SUS, de aprofundar o teto de despesas primárias. Pontuou que haverá grande impacto social com o fim da ESF como modelo prioritário, além de avanço da precariedade do trabalho em saúde, desresponsabilização do ente federal com a equipe multiprofissional, desestímulo à multiprofissionalidade. Diante desses argumentos, defendeu que o CNS rejeitasse a proposta de carteira de serviços e a Portaria nº. 2.979/2019. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** começou sua intervenção pontuando que saúde é a principal reivindicação da população brasileira e 70% dos problemas de saúde precisa ser resolvido na atenção básica. Nessa linha, frisou que o SUS deve ser prioridade, lembrando que 77% da população brasileira depende exclusivamente do Sistema para acessar ações e serviços de saúde. Também perguntou qual será a fonte para o aporte de mais R\$ 2 bilhões para a atenção básica em 2020, considerando os limites da EC nº. 95 e a possibilidade de sacrificar outros programas uma vez que não há recurso novo. Além desse aspecto, questionou como seria o cadastramento de populações mais distantes – indígenas, em situação de rua, quilombolas. Ressaltou que a atenção primária é prioridade e precisa ser fortalecida e propostas que trazem mudanças e afetam a saúde da população precisam ser debatidas com todos os segmentos. O representante do CONASEMS, **Mauro Junqueira**, sinalizou que o subfinanciamento do SUS vem desde a Constituição Federal e a saúde não é vista como prioridade. Destacou que o CONASEMS vem debatendo o tema e mostrou que, em 30 anos do SUS, o governo federal aplicou a média 1,5% de recursos do PIB em saúde. Em 2018, as três esferas de governo aplicaram R\$ 298 bilhões para saúde e, em contrapartida, foram R\$ 320 bilhões de isenção fiscal do governo federal. Portanto, é possível conseguir mais recursos para a saúde. No caso dos municípios, disse que aplicaram R\$ 31 bilhões na saúde, além do mínimo constitucional; alguns Estados não aplicaram o mínimo e o governo federal cumpriu a EC 95/2016, que congela os gastos em saúde. Sobre a nova proposta de financiamento, disse que foi construída com mais de 4 mil secretários municipais de saúde, em 23 reuniões em todo o país, inclusive com a participação de conselhos de saúde. Portanto, trata-se de uma proposta do SUS e irá garantir R\$ 2,5 bilhões para atenção básica. Disse que a atenção básica passará a disputar, assim como a média e alta complexidade, recursos no âmbito do orçamento da saúde, cabendo aos deputados assegurar, se assim desejarem, mais recursos. Após essa fala, o Presidente do CNS abriu a palavra ao Secretário da SAPS/MS que não poderia permanecer além do horário definido para este ponto de pauta, porque participaria de audiência na Comissão de Seguridade Social e Família – CSSF/Câmara dos Deputados.

Retorno da mesa. O Secretário da SAPS/MS, **Erno Harzheim**, agradeceu as falas do Pleno e concordou que a proposta de mudança na forma de financiamento é complexa e exige debate mais aprofundado. Nessa linha, disse que estava à disposição para participar de outros debates, caso o Conselho julgasse necessário. Dada a amplitude do tema, reforçou pontos do novo modelo que, no seu modo de ver, responderia a várias colocações: o modelo misto de financiamento da atenção primária vai ao encontro do critério da LC nº. 141 e da lógica adotada por vários países que desejavam reforçar esse nível de atenção; o modelo representa uma vantagem porque simplifica linha de execução e traz transparência à gestão financeira, além de garantir a execução de todo o recurso da captação de acordo com a velocidade de cadastramento, sem necessidade de aumentar equipes; o cadastro exigido, para evitar duplicidade, é simplificado (nome, CPF, Cartão SUS, data de nascimento, nome da mãe); em seminário internacional, realizado um dia após o lançamento do Programa, especialistas em atenção primária apontaram questões a serem observadas e reforçaram que o único método para fortalecer atenção primária é aquele que tem como foco principal a captação, sendo que esta não é uma dicotomia com a universalidade: é o modelo de repasse calculado com base na contagem feita no sistema (pessoas cadastradas), com ponderação de equidade individual (critérios individuais de vulnerabilidade); a proposta visa direcionar mais recurso para atender as pessoas que precisam de mais (equidade); Cadastro - 50 milhões de pessoas não cadastradas enfrentam dificuldade para acessar os serviços e, desse total, são 30 milhões vivendo com BPC, Bolsa Família ou benefício previdenciário até dois salários mínimos e a proposta visa trazer mais brasileiros que estão fora do acesso às unidades básicas e acessam o atendimento pela porta errada; as 50 milhões de pessoas que estão fora do cadastro estão tratando condições crônicas na porta de urgência/emergência; a integração de Sistemas de informação do MS e a ampliação do cadastramento resultará, entre outros aspectos, em maior economicidade (duplicação, má investimento) e a definição de indicadores de qualidade otimiza o trabalho de controle; função prescritiva do Ministério da Saúde – quanto menor o caráter prescritivo do Ministério da Saúde e maior a autonomia dos municípios, mais se cumprem os dispositivos legais e mais chance de acerto na ponta; retificou que não disse o que foi afirmado pela conselheira Sueli Barrios e que, provavelmente, ela tenha ouvido de alguém ou lido em algum lugar a distorção de sua fala mencionada por ela; reafirmou suas posições claras em favor do SUS e que não possui filiação partidária, pretensão política e preza a sua palavra; o seu trabalho à frente da SAPS não visa destruir o SUS ou a atenção primária, uma área que trabalha há 20 anos; os R\$ 2 bilhões a mais para SAPS vem de 10% da economia da Secretaria (menos gasto de recurso de consumo próprio, número menor de eventos (diárias, passagens), corte de convênios que não traziam benefícios para população); e a Portaria cria modelo de contrato com os municípios, com metas a serem atingidas que significam repasse. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, agradeceu o Secretário da SAPS/MS, que sairia naquele momento para participar de audiência na CSSF e de antemão já o convidou para continuar o debate deste tema na reunião de fevereiro de 2020. A Secretária substituta da SAPS/MS, **Caroline Martins**, permaneceu para acompanhar o debate. Conselheira **Manuelle Maria Marques Matias** disse que era preciso compreender que o debate não se referia ao financiamento da atenção primária, mas sim a ameaça à concepção do SUS. Frisou que a proposta prioriza critério seletivo de atenção à saúde, o que é contra o princípio da universalidade do SUS. Lembrou que o CNS não fora envolvido no debate da Portaria e que o lançamento ocorrera sem o devido diálogo com estados, municípios e controle social. Também disse que a lógica da proposta focada em apenas uma profissão da saúde é corporativa, contrária ao princípio da equipe multiprofissional. Por fim, perguntou qual a base dessa proposta que irá alocar menos recursos para o setor saúde. Conselheira **Denise Torreão Correa da Silva** reforçou que no país se vive um momento de flagrante desrespeito ao estado democrático de direito e solicitou ao técnico **Carlos Ocke** maiores esclarecimentos sobre dados de sua planilha que apontam queda dos recursos para estruturação da atenção básica (diferente da afirmação do Secretário da SAPS/MS que haverá aumento de recursos). Conselheira **Laís Alves de Souza Bonilha** começou sua fala destacando que o conceito de equidade adotado pelo Ministério da Saúde não é aquele preconizado pela legislação do SUS, uma vez que a proposta contempla apenas uma parte da população brasileira. Avaliou que a proposta é uma indução financeira de mudança de modelo de atenção que desorganiza a principal porta de entrada do Sistema e restringe o acesso. Pelas falas do Secretário, o recurso da saúde está sendo mal aplicado e, portanto, a proposta visa “aplicar melhor”, o que, na sua visão, não condiz com a realidade. Também esclareceu que é possível planejar ações de saúde conhecendo território e não todas as pessoas que ali estão. Também listou ausências da

proposta como vigilância em saúde e NASF, o que traria grandes prejuízos à população. Afirmou que essa mudança de modelo trará impacto para toda a população e não apenas para os 80% que dependem exclusivamente do SUS. Inclusive, perguntou como as pessoas que não se enquadram nos critérios de vulnerabilidade terão acesso aos serviços de saúde. Conselheira **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, considerando que metade da população brasileira está com sobrepeso ou obesidade, perguntou como lidar com essa situação nessa proposta que, entre outros aspectos, não prioriza a equipe multiprofissional. Após essas falas, interveio o deputado **Alexandre Padilha**, ex-Ministro de Estado da Saúde, que iniciou saudando o Pleno e manifestando satisfação por acompanhar o debate. Informou que a CSSF aprovou convite ao Ministério da Saúde para debater atenção primária na Comissão, mas a reunião foi cancelada. Portanto, será feito novo convite, se houver sessão daqui a duas semanas. Também comunicou que a Comissão aprovou, a partir de seu requerimento, a realização de seminários estaduais para aprofundar o debate sobre financiamento da atenção básica e convidou o CNS a participar inclusive da organização dessas atividades. No mais, disse que foi realizada audiência pública, com a participação do CNS, CONASSS, ABEn, para debater a carteira de serviços e, na oportunidade, foi feito apelo para que a Portaria não fosse pactuada antes de amplo debate, mas a solicitação não foi atendida. Sendo assim, disse que apresentou projeto de decreto legislativo solicitando o cancelamento da Portaria pactuada, entendendo a necessidade de aprofundar o debate. Inclusive, salientou que alguns COSEMS não reconhecem a portaria e muitos gestores estão preocupados com o impacto da medida (se não conseguir cadastrar, terá perda de recursos). No seu ponto de vista, o Ministro de Estado da Saúde adotou discurso para fortalecer a equidade, retirando recursos da atenção primária em saúde de um conjunto de municípios. Por fim, afirmou que o cadastro individual é importante, mas não pode retirar recurso dos municípios. O analista **Carlos Ocke** comentou as falas dos conselheiros destacando os seguintes aspectos: o cadastro é um mecanismo de planejamento e gestão, mas não pode ser um critério de repasse, conforme sugerido pelo Programa, porque reforça a segmentação, contrariando o princípio da equidade; não há recurso novo para a atenção básica; apoio à proposta de revogação da proposta e o debate do Pleno do CNS também aponta nesse sentido; e a proposta visa modificar proposta de modelo assistencial e desenho do SUS e não apenas modificar critério de rateio, o que merece maior aprofundamento do debate. A secretária substituta da SAPS/MS, **Caroline Martins**, tomou nota dos últimos comentários e fez breves considerações a respeito. O Presidente do CNS sugeriu aprovar os encaminhamentos deste ponto de pauta no item das comissões visto que seriam apreciadas duas minutas de recomendação elaboradas pela Câmara Técnica de Atenção Básica – CTAB do CNS. Para conhecimento, sintetizou os encaminhamentos que seriam votados posteriormente: **1)** garantir a participação do CNS, bem como estimular a participação dos Conselhos Estaduais e nos seminários estaduais que serão promovidos pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, para aprofundar o debate sobre Atenção Primária; **2)** dar continuidade ao debate deste tema, com pauta na reunião ordinária do mês de fevereiro de 2020; **3)** solicitar audiências públicas nos estados para tratar do tema e provocar parlamentares para proposição de novos Projetos de Decretos Legislativos a respeito do assunto; e **4)** incentivar e mobilizar as entidades para construção de instrumentos jurídicos para contraposição à Portaria nº 2.979/2019. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** interveio para informar que entregara à mesa duas notas de onde retirou as citações feitas na sua fala. Com isso, encerrou este ponto de pauta. **ITEM 6 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP** - *Apresentação:* conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**; e conselheira **Francisca Valda da Silva**. *Coordenação:* conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Primeiro, o coordenador da CONEP informou que o Projeto de Lei nº. 7.082/2017, que trata sobre pesquisa clínica com seres humanos e o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos, ainda se encontrava na Comissão de Constituição e Justiça – CCJ, aguardando o parecer do relator. Em seguida, disse que esteve em reunião com o Secretário de Ciência e Tecnologia, **Denizar Vianna de Araújo**, e na oportunidade foi apresentada a proposta de modificar a metodologia das reuniões da CONEP: dois dias virtual (teleconferência – apreciação de pareceres) e um dia presencial (plenária). Como contraproposta, sugeriu um dia virtual e dois presenciais e o Secretário pareceu concordar com essa proposição. Todavia, posteriormente, a Secretaria Executiva da CONEP informou que seria implementada a proposta inicial. Explicou que essa nova proposta poderia trazer problemas de confiabilidade e sigilo dos processos analisados pela Comissão (risco de ataque de hackers ao sistema, local para realizar a teleconferência, equipamentos), prejudicando a qualidade do trabalho da

CONEP. Nesse sentido, como encaminhamento, sugeriu aprofundar, no âmbito da CONEP, o debate sobre a metodologia sugerida para as reuniões da Comissão (virtual, além de presencial). Conselheira **Francisca Valda da Silva** reforçou a importância de manter as reuniões presenciais da CONEP, como já ocorria, inclusive para manter a confiabilidade do Sistema. Aberta a palavra ao Pleno, reiterou-se a necessidade de fortalecer a CONEP dada a importância do seu trabalho. Inclusive, foi sugerida a criação de fundos para captar recursos e financiar o funcionamento do sistema CEP/CONEP. O plano de trabalho da CONEP/CNS, tão logo concluído, será enviado à Mesa Diretora do CNS. **Deliberação: o Pleno aprovou, por unanimidade, as seguintes propostas: a) aprofundar, no âmbito da CONEP, o debate sobre a metodologia sugerida para as reuniões da Comissão (virtual, além de presencial); e b) delegar à Mesa Diretora do CNS que encaminhe uma reunião com o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde - SCTIE sobre a metodologia sugerida para as reuniões da CONEP/CNS. ITEM 7 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT - Apresentação: conselheira Manuelle Maria Marques Matias, da CIRHRT/CNS. Coordenação: conselheiro Neilton Araújo de Oliveira, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira Manuelle Maria Marques Matias iniciou este ponto de pauta com informe sobre a última reunião da CIRHRT/CNS, realizada nos dias 19 e 20 de novembro de 2019, que debateu o plano de trabalho da Comissão, o calendário de reunião e outras demandas para o próximo período. Para além dessas questões, disse que a Comissão elaborou cinco pareceres para serem apreciados pelo Pleno, a saber: 1) Parecer Técnico nº 247/2019. Processo nº 201900088. Centro Universitário Meta – UNIMETA. Acre. Rio Branco. Medicina. Autorização. Insatisfatório. 2) Parecer Técnico nº 249/2019. Processo nº. 201820334. Faculdade de São Bento – FSB. São Paulo. São Paulo. Psicologia. Autorização. Insatisfatório. 3) Parecer Técnico nº 245/2019. Processo nº. 201352739. Centro Universitário de Jaguariúna – UniFAJ. São Paulo. Jaguariúna. Medicina. Autorização. Satisfatório. 4) Parecer Técnico nº 246/2019. Processo nº. 201714931. Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Rondonópolis. Mato Grosso. Rondonópolis. Medicina. Reconhecimento. Satisfatório. 5) Parecer Técnico nº 248/2019. Processo nº. 201714258. Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ. Paraíba. João Pessoa. Medicina. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. Após a apresentação, conselheiro Neilton Araújo de Oliveira colocou em votação os pareceres. **Deliberação: neste ponto de pauta, foram aprovados, por unanimidade, os cinco pareceres elaborados pela CIRHRT (dois insatisfatórios, dois satisfatórios e um satisfatório com recomendações).** Conselheira Francisca Valda da Silva interveio para informar que estava sendo feita articulação com a SGTES/MS para garantir a participação dos representantes titulares nas reuniões da Comissão. Além disso, registrou que a representação do MEC também não estava participando das reuniões. Conselheira **Manuelle Maria Marques Matias**, da CIRHRT/CNS, pontuou que o CNS precisava ficar atento à conjuntura haja vista as mudanças propostas em vários setores. Inclusive, frisou a importância de realizar conferência sobre gestão do trabalho para debater o cenário do país. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** sugeriu que a CIRHRT realize um levantamento dos Estados que possuem comissões intersetoriais de recursos humanos e relações de trabalho para apresentação na próxima reunião do CNS na linha de orientar o Conselho na definição de estratégias para acelerar a implantação dessas comissões nos estados. Conselheira **Manuelle Maria Marques Matias** respondeu que esse era um dos pontos do plano de trabalho da Comissão. **ITEM 8 – LANÇAMENTO DO VÍDEO “REPARAÇÃO AOS FILHOS SEPARADOS DE PAIS ATINGIDOS PELA HANSENÍASE NO BRASIL” - Apresentação: Gabriel Faria Oliveira, Defensor Público-Geral Federal; Rosa Maria, representante de filhos separados de pais atingidos pela hanseníase; e Paulo, representante de filhos separados de pais atingidos pela hanseníase. Coordenação: conselheiro Fernando Zasso Pigatto, Presidente do CNS. Inicialmente, o Presidente do CNS manifestou satisfação com o lançamento no Pleno do CNS do vídeo “Infância Roubada – Memórias de filhos separados dos pais atingidos pela hanseníase” no Pleno CNS, produzido pela Assessoria de Comunicação Social da Defensoria Pública da União - DPU, com o apoio do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MOHRAN. O vídeo foi reproduzido durante a reunião e causou forte comoção nos presentes. Em seguida, O Pleno assistiu ao vídeo do coordenador do MORHAN Nacional, Artur Custódio, conselheiro nacional de saúde, que não pode participar da cerimônia por estar se recuperando de uma cirurgia. Na sua fala, o coordenador do MORHAN destaca a importância do vídeo que trata de um tema de saúde pública. Pontuou que este foi o maior crime de alienação parental realizado pelo Estado brasileiro e uma política realizada em nome****

do higienismo, da limpeza da sociedade. Por essa razão, é essencial que o CNS debata esse tema para que situações como essa nunca mais voltem a acontecer. Por fim, elogiou novamente o vídeo, destacando que fora muito bem elaborado e mostra o tamanho do crime de Estado em relação aos filhos separados. Após a reprodução dos dois vídeos, o Defensor Público-Geral Federal, **Gabriel Faria Oliveira**, manifestou sua satisfação com o lançamento do vídeo e chamou a atenção para a proximidade da DPU com a pauta da saúde. Ressaltou que a Defensoria Pública da União tem a oportunidade de atuar em relação ao paciente, ou seja, alguém que teve seu direito à saúde ceifado. Nessa linha, destacou a importância de dar visibilidade ao direito individual das pessoas que fica invisível na política pública. Nas suas palavras, há um débito com os filhos separados de pais atingidos pela hanseníase no Brasil e o vídeo é um importante instrumento para dar visibilidade a essa situação e sensibilizar a sociedade para essa causa. A representante de filhos separados de pais atingidos pela hanseníase, **Rosa Maria**, fez um relato emocionado dos quatorze anos que viveu na Colônia Santa Marta (do nascimento até os 14 anos). Nas suas palavras, conseguiu vencer o trauma de uma infância marcada pelo abandono e reconstruiu sua vida, com formação de uma família, o que muitos não conseguiram fazer. O representante de filhos separados de pais atingidos pela hanseníase, **Paulo**, também relatou um pouco da sua vida, destacando as dificuldades que teve que enfrentar por ter sido separado dos pais. Conforme afirmou, o Estado tirou dele o direito de viver com os pais e as sequelas decorrentes da hanseníase lhe impossibilitaram ter uma vida com mais dignidade. Também questionou o Ministério Público sobre o significado de “isolamento compulsório” para os direitos humanos, uma vez que o seu pedido de benefício foram negado. O Presidente do CNS também anunciou a presença do defensor regional de direitos humanos da DPU no Maranhão, Yuri Costa, que trabalha com a pauta dos atingidos pela hanseníase há anos e que recebeu, em 2012, o Prêmio Innovare pela atuação jurídica em favor das pessoas que foram internadas na Colônia do Bonfim (MA) e seus descendentes. Também acompanhou o debate Viviane, a assessora do deputado Elias Vaz, relator do projeto que trata da concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios, para permitir a transmissão do benefício aos dependentes hipossuficientes. **Manifestações.** Conselheiro **Albanir Pereira Santana**, que acompanhou a situação das pessoas internadas na colônia Santa Marta (GO), solidarizou-se com a causa reparação aos filhos separados de pais atingidos pela hanseníase e comprometeu-se a empenhar em prol da aprovação do projeto. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** afirmou que o relato dos convidados e o filme mostram a dívida da sociedade com os filhos separados de pais atingidos pela hanseníase e reforçam a necessidade de trabalhar por uma sociedade mais justa. No seu ponto de vista, não é possível modificar o que os filhos e pais viveram, mas é possível definir ações para o futuro. Também agradeceu o defensor por atuar nessa causa e prestou homenagem ao conselheiro Arthur Custódio pela luta para dar visibilidade e protagonismo às pessoas com hanseníase. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** solidarizou-se com a causa da reparação, com saudações ao defensor pelo trabalho e registrou seu reconhecimento à luta do conselheiro Arthur Custódio em prol dos direitos das pessoas atingidas pela hanseníase. Conselheira **Maria da Conceição Silva**, após registrar sua solidariedade à causa, perguntou se há um levantamento do número de crianças separadas de pais atingidos pela hanseníase. Conselheira **Vitória Davi Marzola**, na linha das intervenções anteriores, manifestou solidariedade à causa e afirmou que a reparação deve ser uma luta de todos. O representante de filhos separados de pais atingidos pela hanseníase, **Paulo**, explicou que lhe foi negado o benefício, mesmo tendo direito a recebê-lo. Disse que os filhos separados de pais atingidos pela hanseníase lutam por muito pouco, um salário para poder sobreviver e um teto para morar. O Defensor Público-Geral Federal, **Gabriel Faria Oliveira**, pontuou as seguintes questões a partir das falas: solicitar audiência pública atrelada ao Projeto que trata do tema, com reprodução do vídeo durante essa atividade e participação dos representantes de filhos separados de pais atingidos pela hanseníase, Paulo e Rosa Maria, a fim sensibilizar os parlamentares para a causa; marcar posição do CNS sobre a importância de finalizar a Ação Civil Pública, que tramita em São Luís/Maranhão, desde 2015, de caráter coletivo, sobre a matéria; e disponibilizar o vídeo “Reparação aos filhos separados de pais atingidos pela hanseníase no Brasil” nas redes sociais do CNS. Sobre o caso do senhor Paulo, disse que o pedido de indenização foi negado porque ele viveu em um educandário. Todavia, era possível entrar com ação para reconhecer o direito, lembrando que a política pública não lê a individualidade do sujeito. Após essa fala, o Presidente do CNS colocou em votação os encaminhamentos. **Deliberação: aprovadas, por unanimidade, as seguintes propostas: 1) solicitar audiência pública atrelada ao Projeto que trata do tema, com reprodução do**

vídeo durante essa atividade e participação dos representantes de filhos separados de pais atingidos pela hanseníase, Paulo e Rosa Maria, a fim sensibilizar os parlamentares para a causa; 2) marcar posição do CNS sobre a importância de finalizar a Ação Civil Pública, que tramita em São Luís/Maranhão, desde 2015, de caráter coletivo, sobre a matéria; e 3) disponibilizar o vídeo “Reparação aos filhos separados de pais atingidos pela hanseníase no Brasil” nas redes sociais do CNS. Finalizado esse ponto, às 19h44, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: xxxxx. Iniciando o segundo dia de reunião, às 8h45, a mesa foi composta para o item 9 da pauta. **ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Apresentação: Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN/CNS. *Coordenação:* conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS e coordenador da COFIN/CNS. Iniciando, conselheiro **André Luiz Oliveira** explicou que neste ponto seria feita a apresentação da análise preliminar do Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA/2020/MS (o tema seria aprofundado na próxima reunião da COFIN/CNS) e do calendário de reuniões da COFIN/CNS para 2020. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, começou esclarecendo que seria apresentada análise preliminar do PLOA/2020/MS, porque a Comissão ainda não recebeu a programação orçamentária 2020 do Ministério da Saúde no formato das planilhas mensais adotadas para a análise da execução orçamentária. Explicou que a apresentação estava dividida em quatro partes, as duas primeiras já apresentadas na COFIN e no Pleno do CNS. Portanto, o foco seria a terceira parte, análise a partir do PLOA 2020 da União que está tramitando no Congresso Nacional (já teve mudanças). Lembrou que o Piso da saúde, como proporção da Receita Corrente Líquida - RCL, estava em queda, considerando a RCL para 2020 no valor de R\$ 882,5 bilhões. Em três anos, perda de R\$ 29 bilhões no valor do Piso; e queda em 2020, queda das despesas empenhadas por hab. (em 2020, R\$ 561). Também destacou o valor expressivo de recursos novos para emendas parlamentares, por conta das emendas de bancada. Sobre a PLOA 2020 – União, destacou os seguintes artigos: Art. 2º A receita total estimada nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social é de R\$ 3.687.212.175.403,00 (três trilhões seiscentos e oitenta e sete bilhões duzentos e doze milhões cento e setenta e cinco mil quatrocentos e três reais), incluída aquela proveniente da emissão de títulos destinada ao refinanciamento da dívida pública federal, interna e externa, em observância ao disposto no § 2º do art. 5º da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal, na forma detalhada nos Anexos a que se referem os incisos I e IX do caput do art. 9º desta Lei e assim distribuída: I - Orçamento Fiscal - R\$ 1.768.067.546.999,00 (um trilhão setecentos e sessenta e oito bilhões sessenta e sete milhões quinhentos e quarenta e seis mil novecentos e noventa e nove reais), excluída a receita de que trata o inciso III; II - Orçamento da Seguridade Social - R\$ 914.521.449.645,00 (novecentos e quatorze bilhões quinhentos e vinte e um milhões quatrocentos e quarenta e nove mil seiscentos e quarenta e cinco reais); e III - Refinanciamento da Dívida Pública Federal - R\$ 1.004.623.178.759,00 (um trilhão quatro bilhões seiscentos e vinte e três milhões cento e setenta e oito mil setecentos e cinquenta e nove reais), constantes do Orçamento Fiscal. Parágrafo único. O valor a que se refere o inciso I do caput inclui, com fundamento na Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2020, R\$ 367.031.050.563,00 (trezentos e sessenta e sete bilhões trinta e um milhões cinquenta mil quinhentos e sessenta e três reais) referentes a operações de crédito cuja realização depende da aprovação de créditos adicionais por maioria absoluta do Congresso Nacional, nos termos do disposto no inciso III do caput do art. 167 da Constituição; Art. 3º A despesa total fixada nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social é de R\$ 3.687.212.175.403,00 (três trilhões seiscentos e oitenta e sete bilhões duzentos e doze milhões cento e setenta e cinco mil quatrocentos e três reais), incluída aquela relativa ao Refinanciamento da Dívida Pública Federal, interna e externa, em observância ao disposto no § 2º do art. 5º da Lei Complementar nº 101, de 2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal, na forma detalhada entre os órgãos orçamentários no Anexo II a esta Lei e assim distribuída: I - Orçamento Fiscal - R\$ 1.434.218.355.704,00 (um trilhão quatrocentos e trinta e quatro bilhões duzentos e dezoito milhões trezentos e cinquenta e cinco mil setecentos e quatro reais), excluída a despesa de que trata o inciso III; II - Orçamento da Seguridade Social - R\$ 1.248.370.640.940,00 (um trilhão duzentos e quarenta e oito bilhões trezentos e setenta milhões seiscentos e quarenta mil novecentos e quarenta reais); e III - Refinanciamento da Dívida Pública Federal - R\$ 1.004.623.178.759,00 (um trilhão quatro bilhões seiscentos e vinte e três milhões cento e setenta e oito mil setecentos e cinquenta e nove reais), constantes do Orçamento Fiscal. § 1º Do montante fixado no inciso II do caput, a parcela de R\$ 333.849.191.295,00 (trezentos e trinta e três bilhões oitocentos e quarenta e nove milhões

cento e noventa e um mil duzentos e noventa e cinco reais) será custeada com recursos do Orçamento Fiscal. § 2º O valor a que se referem os incisos I e II do caput inclui R\$ 367.031.050.563,00 (trezentos e sessenta e sete bilhões trinta e um milhões cinquenta mil quinhentos e sessenta e três reais) referentes a despesas específicas que, com fundamento na Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2020, devem ser financiadas por operações de crédito cuja realização depende da aprovação de créditos adicionais por maioria absoluta do Congresso Nacional, nos termos do disposto no inciso III do caput do art. 167 da Constituição, assim distribuídos: I - Orçamento Fiscal - R\$ 115.430.153.989,00 (cento e quinze bilhões quatrocentos e trinta milhões cento e cinquenta e três mil novecentos e oitenta e nove reais); e II - Orçamento da Seguridade Social - R\$ 251.600.896.574,00 (duzentos e cinquenta e um bilhões seiscentos milhões oitocentos e noventa e seis mil quinhentos e setenta e quatro reais). Em síntese, disse que tudo isso quer dizer: estão condicionados no Orçamento Fiscal - R\$ 115.430.153.989,00 (cento e quinze bilhões quatrocentos e trinta milhões cento e cinquenta e três mil novecentos e oitenta e nove reais); estão condicionados no Orçamento da Seguridade Social - R\$ 251.600.896.574,00 (duzentos e cinquenta e um bilhões seiscentos milhões oitocentos e noventa e seis mil quinhentos e setenta e quatro reais). No caso do Ministério da Saúde (MS), estão condicionados cerca de R\$ 36,0 bilhões (ASPS + Não ASPS), que representa cerca de 30% do orçamento 2020 do MS. Desta forma, cerca de: a) R\$ 99 bilhões - Programação no Órgão 36000 - Ministério da Saúde; b) R\$ 36 bilhões - Programação no "Órgão" 93000 (condicionada à autorização legislativa para emissão de títulos (que representa rompimento com a "regra de ouro" da LRF que estabelece que a receita de capital não pode ser utilizada para pagamento de despesas correntes); e c) (A+B) TOTAL = R\$ 134 bilhões. Observação: considerando que o piso federal ASPS é de R\$ 121,3 bilhões, não estará disponível para empenho no orçamento de 2020 do MS o valor do piso federal ASPS em 1º de janeiro de 2020, o que fere dispositivo da Lei Complementar 141/2012 - a disponibilidade orçamentária ASPS + Não ASPS é de R\$ 98 bilhões. Além disso, consta no Orçamento do Ministério da Saúde (Órgão 36000) recursos alocados na Função 28 (Encargos Especiais), no Grupo de Natureza Financeira "5" (Inversões Financeiras, que pertence à categoria econômica despesa de capital) o valor de R\$ 94,7 bilhões para uma ação classificada como "Recursos para Programação em Despesa de Capital" – operações especiais (geralmente, essa classificação está associada a financiamentos internos e externos). Com isso, o orçamento do MS está estimado em cerca de R\$ 194 bilhões (99 bilhões do item A do slide anterior + 94,7 bilhões do item acima). Por fim, disse que não faz parte da despesa orçamentária os "gastos tributários" (ou renúncia de receita) com vinculação à saúde, com destaque para os vinculados à atenção especializada em saúde, atenção primária em saúde e assistência farmacêutica, que totalizam cerca de R\$ 59 bilhões, conforme PPA 2020-2023. Também disse que a Comissão decidiu solicitar esclarecimentos à SPO sobre alguns itens da proposta orçamentária (recursos condicionados, valor para inversão financeira em encargos especiais e gastos tributários). Conselheiro **André Luiz de Oliveira** explicou que a COFIN encaminhou ofício ao deputado Marcelo Castro para corrigir questão relativa ao orçamento da saúde (recursos da saúde condicionados à liberação no montante de R\$ 33 bi) na votação do relatório da Comissão Mista de Orçamento. Seguindo, o assessor da COFIN, disse que disponibilizara quadros sobre o PLOA 2020 – MS, todavia, não aprofundou nestes pontos, porque teriam modificações por conta dos debates que estavam ocorrendo. Além disso, disse que recebera a informação naquele momento que a condicionalidade foi mantida no relatório preliminar aprovado pela Comissão, mas já estava sendo feita conversa com o relator do orçamento a respeito. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** destacou que a apresentação demonstrava o desfinanciamento do SUS e o custo da EC nº 95 para a saúde (R\$ 29 bilhões). Portanto, disse que é preciso manter a luta, inclusive porque o MS sinalizou que encaminharia substitutivo ao Congresso. O assessor técnico da COFIN informou que o representante do MS na Comissão informou que o substitutivo do Ministério da Saúde, a ser enviado ao Congresso Nacional, excluiria a questão do condicionante. **Manifestações.** Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** cumprimentou a COFIN pelo debate e sinalizou a importância de traduzir o impacto negativo da EC nº. 95 para a saúde, a fim de dialogar com a população. Também solicitou maiores informações sobre a execução orçamentária do Grupo Hospitalar Conceição. Conselheiro **Nelson Mussolini** sugeriu a aprovação de moção de repúdio do CNS à proposta de aumento do fundo eleitoral, porque iria retirar recursos da saúde. Apesar dos sérios prejuízos dessa proposta, disse que apenas três partidos foram contrários à medida. Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello** falou sobre os prejuízos da falta de medicamentos para os usuários do SUS - recaídas, necessidade de medicamento mais

complexos e caros, internação e até mesmo morte – e manifestou preocupação com a possibilidade de agravamento da situação pelo desfinanciamento do Sistema. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** avaliou que a PLOA 2020 reflete o modelo de atenção à saúde adotado pelo governo e a lógica de financiamento desse modelo pautada no desfinanciamento, falta de incremento da atenção básica, queda na atenção psicossocial e na Rede Cegonha. Destacou que é preciso estar atento aos retrocessos como aumento da mortalidade materna e infantil, queda do índice de vacinação, pois a situação pode piorar ainda mais. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi** chamou a atenção para os prejuízos da queda de 15% nos componentes especializados e estratégicos da assistência farmacêutica. Também solicitou maiores esclarecimentos sobre o substitutivo que seria encaminhado ao Congresso Nacional e os reflexos positivos dessa proposta para a população. **Retorno da mesa.** O assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, sinalizou que tentaria trazer no mês de janeiro de 2020 os dados sobre perfil da evolução da despesa do Grupo Hospital Conceição e despesas com assistência médica de servidores (demandas apresentadas pelas conselheiras Maria Laura e Marisa Furia). Sobre as perdas no orçamento de 2020 com a não aprovação do Saúde + 10, destacou as seguintes projeções: atenção básica possui R\$ 23 bilhões, mas, diante da não aprovação do projeto Saúde + 10, perdeu-se R\$ 50 bilhões de piso (se tivesse sido aprovado, teria R\$ 73 bi); no caso do Piso da Saúde (R\$ 121,3 bi), a perda representa 40% do valor do piso); no caso GHC, o orçamento é de R\$ 1,5 bi, mas, a perda com R\$ 30 por conta da EC nº 95 daria vinte vezes o valor por ano do Grupo. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** solicitou que o assessor técnico elaborasse uma tabela com as perdas para o orçamento da saúde diante da não aprovação do Projeto Saúde +10. Encaminhando, o coordenador da COFIN/CNS apresentou a proposta oriunda do debate: elaborar moção de repúdio à Presidência da Câmara dos Deputados sobre a possibilidade de retirar orçamento da saúde para o fundo eleitoral. Como contraproposta, foi sugerida a elaboração de recomendação aos partidos, solicitando que o recurso do fundo eleitoral seja direcionado à saúde e manifestando posição contrária a outras medidas que possam retirar recurso da saúde. **Deliberação: o Pleno decidiu, com uma abstenção, elaborar recomendação com vistas ao fortalecimento do orçamento da saúde, evitando a retirada de recursos dessa área para outros fins, tendo por subsídio o debate deste ponto de pauta.** Seguindo, o coordenador da COFIN/CNS apresentou o calendário de reuniões da COFIN para 2020: janeiro: 30 e 31; fevereiro: 18 e 19; março: 26 e 27; abril: 23 e 24; maio: 28 e 29; junho: 25 e 26; julho: 30 e 31; agosto: 27 e 28; setembro: 24 e 25; outubro: 29 e 30; novembro: 26 e 27; e dezembro: 17 e 18. Também informou que fora distribuído, para apreciação, o plano de trabalho preliminar da Comissão, com as pautas permanentes da Comissão. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** lembrou que as comissões do CNS foram orientadas a remeter os planos de trabalho à Mesa Diretora do CNS, uma vez que seria realizada reunião da Mesa com as coordenações das comissões naquele mês. Conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira** explicou que fora apresentado o calendário da COFIN por se tratar de uma comissão permanente. Conselheira **Manuelle Maria Marques Matias** interveio para informar que seria apresentado, no período da tarde, proposta de calendário de reuniões da CIRHRT em 2020. Não havendo consenso sobre a aprovação do calendário de reuniões da COFIN/CNS naquele momento, o coordenador colocou em votação e o Pleno decidiu, por maioria, apreciar o calendário com todas as datas e não apenas as três primeiras reuniões. Sendo assim, colocou em votação o calendário de reuniões da COFIN para 2020. **Deliberação: aprovado, com cinco abstenções, o calendário de reuniões da COFIN para 2020. ITEM 10 – IMPACTOS NA SAÚDE CAUSADOS PELO VAZAMENTO DE ÓLEO NO MAR - Apresentação: Jorge Machado**, representante da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; **Elionice Conceição Sacramento**, pescadora, quilombola de Conceição de Salinas (BA) e mestra em Sustentabilidade Junto a Povos e Terras Tradicionais pela Universidade de Brasília – UNB; e **Thais Araújo Cavendish**, Coordenadora Geral de Vigilância de Saúde Ambiental/DSASTE/MS. **Coordenação:** conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. A primeira expositora foi a Coordenadora Geral de Vigilância em Saúde Ambiental/DSASTE/MS, **Thais Araújo Cavendish**, que falou sobre o monitoramento das manchas de óleo no litoral brasileiro. Explicou que o Ministério da Saúde instalou o comitê de acompanhamento da tragédia em 29 de outubro de 2020, com o objetivo de monitorar os efeitos a saúde da população potencialmente exposta ao derramamento de petróleo cru no litoral da região Nordeste e apoiar as ações desenvolvidas pelas respectivas Secretarias de Saúde dos estados e municípios afetados, de forma articulada intra e intersetorialmente. Todavia, a primeira informação aos profissionais de saúde sobre a situação foi dada no dia 9 de outubro. Explicou que o governo

1014 dispõe de comitês de acompanhamento, todavia, o Ministério da Saúde não compõe nenhum
1015 deles. Apesar disso, este ministério tem adotado medidas proativas para incentivar a definição
1016 de ações coordenadas. Detalhou que o Decreto nº 8.127/2013, que institui o Plano Nacional de
1017 Contingência para Incidentes de Poluição por Óleo em Águas sob Jurisdição Nacional, define
1018 as seguintes competências do Ministério da Saúde: mobilizar o Sistema Único de Saúde - SUS,
1019 para atuar em apoio às ações de prevenção, preparação e resposta; apoiar o Comitê Executivo
1020 e o Grupo de Acompanhamento e Avaliação na proposição de diretrizes para a implementação
1021 do PNC, quanto aos aspectos de prevenção, preparação e resposta; apoiar o Comitê Executivo
1022 e o Grupo de Acompanhamento e Avaliação na definição dos componentes do Sisnóleo
1023 necessários à execução de ações de prevenção, preparação e resposta; e orientar e apoiar as
1024 esferas de gestão do SUS na definição, execução, avaliação e monitoramento das ações de
1025 prevenção, preparação e resposta. Disse que, em situação de emergência em saúde pública, o
1026 Ministério modifica a estrutura, tendo como comando a emergência. Sendo assim, o Comitê
1027 envolve: SVS - CGEMSP (Coordenação), CGVAM, CGSAT, CGLAB e NUCOM; SAES: DAHU,
1028 SAPS e DAB; FIOCRUZ, FUNASA e ANVISA. Disse que o comitê de acompanhamento
1029 funciona 24h por dia, presencialmente e de forma remota e foram produzidos seis boletins
1030 epidemiológicos já foram divulgados com informações para a população. Além disso, o
1031 Ministério enviou técnicos especialistas em toxicologia (estudiosos da composição química e
1032 dos efeitos de substâncias tóxicas) para o local e fez contato com nove Estados do nordeste e
1033 um do Sudeste (formulários de diagnóstico situacional e cenário de exposição). Também foram
1034 realizadas três Videoconferências com os estados atingidos; duas reuniões virtuais com a
1035 Fiocruz; uma reunião com o MAPA; entre outros. Por fim, disse que foi enviado Diagnóstico
1036 situacional estados, atualizado constantemente, e roteiro de exposição – Saúde do trabalhador
1037 (possíveis rotas de exposição das pessoas ao petróleo cru). Na sequência, explanou sobre o
1038 tema o representante da FIOCRUZ, **Jorge Machado**, com foco nos seguintes aspectos:
1039 natureza do desastre – acidente químico ampliado; impactos na saúde; e mitigação e vigilância
1040 em saúde. Classificou o ocorrido como um acidente químico ampliado semelhante ao ocorrido
1041 em Brumadinho, Mariana, Queimadas, na boate Kiss/Rio Grande do Sul. Disse que essas
1042 situações, que apresentam novo padrão de acidentes no país, apontam a necessidade de
1043 pensar na raiz do problema, com ação contínua. Nessa linha, avaliou que o CNS seria o
1044 espaço para acompanhar uma estrutura permanente de apoio aos atingidos. Além desse
1045 aspecto, reforçou a importância de construir estruturas preventivas e de emergência para esse
1046 tipo de desastre. Sobre o ocorrido, afirmou que o governo respondeu de forma pontual, sem
1047 dimensionamento, inclusive porque o país não se preparou para enfrentar esse tipo de
1048 situação. Disse que foi realizada reunião ampliada sobre derrame do óleo no litoral nordestino
1049 e os perigos para a saúde no dia 1º de novembro de 2019, na Fiocruz e houve várias outras
1050 discussões, com mobilização da academia. Acrescentou que a Fundação também já debatia o
1051 tema, inclusive com a população de marisqueiras. A respeito do impacto, pontuou que o
1052 contato de manguezais não estava dimensionado, mesmo sendo o maior problema de contato.
1053 Fez referência ao Artigo da USP, publicado em junho de 2019, “Derramamento de petróleo e
1054 seus impactos no ambiente e na saúde humana - Oil spills and its environmental and human
1055 health impacts”, que revisa os impactos da saúde e demonstra que esse impacto é difuso, para
1056 explicar que é preciso implantar vigilância de população exposta ao acidente. Nessa linha,
1057 falou sobre o relatório da REPAR sobre o vazamento no Rio Araucária, em 2000, apresentado
1058 ao Ministério Público, que relata 1881 agravos atendidos no período pelas unidades do serviço
1059 médico da empresa, com relação direta de agravos à contaminação ou condições de proteção
1060 no trabalho. Disse que esses agravos evidenciam a inadequação dos equipamentos de
1061 proteção adotados e a presença de intoxicação aguda por contaminação por contato e inalação
1062 de vapores do óleo derramado. Neste ponto, avaliou que a ausência da Petrobras nesse
1063 processo é um prejuízo, por conta da expertise e tecnologia da empresa, o que poderia dar
1064 grande contribuição. Ressaltou que a linha principal da FIOCRUZ é apoiar o MS e secretarias
1065 de saúde na formação de vigilância. Destacou que a discussão desse tema está na pauta do
1066 país – todo o Nordeste, com debate na Assembleia Legislativa de Pernambuco; comissão de
1067 direitos humanos do Congresso Nacional. Também disse que foi realizada audiência pública
1068 sobre o impacto do derramamento na saúde e na economia das pescadoras e pescadores
1069 artesanais, sendo este o grupo de maior vulnerabilidade. Seguindo, citou o Boletim
1070 Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, Volume 50, nº 36, de novembro de
1071 2019, com destaque para a afirmação de que consequências, riscos e implicações à saúde vão
1072 depender do período e da intensidade com que os indivíduos foram expostos ao petróleo cru
1073 e/ou seus componentes. Listou ainda os possíveis sinais e sintomas que os profissionais de

saúde devem observar nos pacientes expostos: Sistema cardiovascular: alterações cardíacas e dor no peito; Sistema respiratório: falta de ar, irritação da garganta e tosse; Sistema nervoso: ansiedade, cansaço, dor de cabeça, dormência, euforia, formigamento, tontura e sonolência; Sistema sensorial: irritação ocular; Sistema digestório: diarreia, dor abdominal, náuseas, vômitos; e Sistema tegumentar: irritação da pele e hipertermia. Além disso, ressaltou a necessidade de observar possíveis manifestações de impactos psicossociais da população exposta, bem como o encaminhamento para a rede de atenção à saúde municipal para o atendimento psicossocial ou em saúde mental para continuar o acompanhamento dos pacientes. No mais, frisou que é preciso considerar o impacto na praia, no mangue e no recife, modelagem numérica, impacto socioeconômico, fatores bióticos e abióticos e também trazer a saúde para essa discussão. Por fim, falou sobre delimitação da Vigilância em Saúde de base territorial, integrada e participativa - VS-tip, destacando que é urgente o dimensionamento do risco alimentar direto (consumo pescado), vigilância sanitária indireta (população das comunidades pesqueiras) e vigilância em Saúde do Trabalhador. Também é preciso avaliar o risco socioeconômico, com acompanhamento das áreas contaminadas e população litorânea – vigilância em saúde ambiental; e o risco psicossocial, com acompanhamento da população envolvida nas ações de manejo do petróleo e população litorânea, assegurando atenção psicossocial por meio da atenção básica VST. Fechando as explanações, a Mestra em Sustentabilidade Junto a Povos e Terras Tradicionais pela UNB, **Elionice Conceição Sacramento**, pescadora e quilombola de Conceição de Salinas (BA), fez uma fala representando comunidade tradicional. Começou explicando que pescadores e pescadoras é a maior categoria profissional do país (mais de 1 milhão de pessoas), mas esse segmento, composto especialmente por população negra e indígena, ainda é invisível por conta da política racista e higienização étnica do Estado. Corroborando com essa premissa, lembrou que somente no dia 29 de outubro o Ministério da Saúde instalou o comitê de crise para tratar da maior tragédia crime ambiental da história do Brasil. Relatou que pescadores e pescadoras são responsáveis por 70% de todo o pescado produzido no Brasil e historicamente contribuem para sustentar as cidades com diversidade e qualidade de produção, mesmo sem as condições necessárias para o trabalho. Em que pese a importância, especialmente na economia do país, disse que esse povo vem sendo vítima de conjunto de ausência de políticas públicas e citou, por exemplo, que desde 2012 não se emite documento de licença para a prática da atividade profissional de pesca. Sobre o derramamento do petróleo no litoral Nordeste, avaliou que é parte de um pacote que visa acabar com a autonomia da produção pesqueira, retirar as populações tradicionais dos seus territórios, para, entre outros aspectos, levar empreendimentos para áreas litorâneas. Para reflexão, lembrou que o Estado brasileiro possui condições de explorar o pré-sal, mas após quatro meses, mesmo dispondo de tamanha tecnologia, não obteve informações sobre a proporção do vazamento e as causas. Ressaltou que o ocorrido afeta essa categoria profissional profundamente e a situação reflete racismo ambiental e estrutural, oficializado no racismo institucional. Nessa lógica, denunciou que o Plano Nacional de Contingenciamento do petróleo não foi colocado em prática, trazendo riscos a essa população e afetando todas as regiões do Nordeste. Além disso, o Estado não adotou ação de prevenção à saúde da população atingida, nem contratou profissionais para recolher esse material, levando trabalhadores, em uma ação de desespero, a coletar o material sem nenhuma proteção. Disse que as “autoridades” têm preocupação com as consequências do ocorrido para o turismo, por isso, a Nota do Ministério da Saúde não revelou o verdadeiro impacto da situação. Dessa forma, afirmou que o Ministério está sendo conivente com o risco de matar esses trabalhadores. Como medidas concretas, defendeu a realização de pesquisas sobre a segurança do pescado, lembrando que informações disseminadas apontam que são mais de 70 substâncias cancerígenas no petróleo e o impacto do ocorrido é de 10 a 25 anos. Exigiu que o Estado brasileiro assuma a sua responsabilidade e que a República cumpra seu papel de apoio à população atingida e a responsabilidade pelo ocorrido. Salientou que, após três meses, o governo afirmou que vai pagar auxílio pecúlio para algumas famílias, mas, desde 2018, os povos não recebem o seguro defeso. Também sentiu falta de ação efetiva da sociedade brasileira diante do ocorrido, inclusive para arrecadar alimentos para os pescadores que estão passando fome. Nas suas palavras, se a sociedade não consegue mobilizar-se diante de questões urgentes, como a fome de uma parcela da população, muito menos perceberá os problemas de saúde que serão desencadeados em longo prazo. Finalizando fim, ressaltou a importância de mobilizar a academia e as universidades a realizar estudos sérios sobre a situação, entendendo esse é um problema do Atlântico Sul e de todos os brasileiros, uma vez que afetará todo o país e não apenas o Nordeste. E, além disso, preparar os agentes

do PSF para registrar a situação e garantir acompanhamento sistemático das pessoas, mesmo neste momento de esfacelamento do SUS. Conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira** manifestou solidariedade do CNS aos povos atingidos pela tragédia crime e somou-se à luta pela responsabilização dos culpados. **Manifestações.** Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** destacou que a defesa dos povos tradicionais e a investigação das causas e punição dos culpados deve ser uma bandeira de todos e colocou a Nova Central Sindical como parceira nessa luta. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** saudou os integrantes da mesa e frisou que o país precisa avançar para conhecer a dimensão e o impacto dessa catástrofe tanto para a população quanto para o meio ambiente. Conselheira **Manuelle Maria Marques Matias** classificou como crime de racismo ambiental a omissão do governo nesse caso e frisou a importância de denunciar essa situação. Para melhor compreensão, perguntou qual o risco de contaminação das pessoas a curto, médio e longo prazo e quais são as medidas de segurança a serem adotadas. Conselheira **Vitória Davi Marzola** também manifestou sua indignação com a falta de ações mais sólidas do governo brasileiro diante dessa catástrofe e solicitou dados mais concretos e relevantes para definição de encaminhamentos. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** também sinalizou a ausência de movimento mais expressivo de apoio aos povos atingidos, o que reflete situação de racismo e abandono e destacou que o Estado não investiga da maneira correta, não toma providências concretas e não assegura o cuidado necessário. Também reforçou a importância de cuidar da saúde mental das pessoas envolvidas, bem como assegurar insumos para limpeza dos locais. Diante da gravidade da situação, defendeu a aprovação de propostas relativas ao cuidado às pessoas e ao ambiente. Conselheiro **Albanir Pereira Santana** pontuou na sua fala duas questões fundamentais, no seu modo de ver, a primeira é a necessidade de medidas para evitar essa situação, com a criação de um centro permanente para trabalhar prevenção, para além da emergência na ocorrência do fato. Outro ponto sinalizado por ele foi a importância de mobilizar a população brasileira para apoiar os povos atingidos pela tragédia. Conselheiro **Adauto Vieira de Almeida** conclamou o CNS a tomar medidas concretas em apoio às populações atingidas pelas tragédias de Mariana, Brumadinho, derramamento de petróleo, para além da solidariedade a esses povos. Conselheiro **Geordecio Menezes de Souza** sinalizou que o governo brasileiro não prioriza a questão ambiental e sugeriu que o CNS solicite informações ao Ministério da Saúde sobre a estratégia para acompanhamento permanente de comunidades e territórios afetados. Ainda no campo da saúde, disse que é necessário acompanhar esse tema na ótica da segurança alimentar, pois os pescados continuarão a ser distribuídos dentro e fora do país, podendo trazer sérios riscos à saúde. Por fim, sugeriu que o CNS elabore recomendação direcionada ao Ministério Público Federal e Defensoria Pública da União sobre a responsabilização do Estado brasileiro acerca desse tipo de tragédia-crime. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**, como medidas concretas, sugeriu a produção de vídeo sobre a tragédia a fim de promover maior sensibilização para o ocorrido e suas consequências. Ressaltou também que é preciso ouvir os povos para definir ações concretas, inclusive para garantir o sustento dos povos atingidos. Nesse sentido, chamou o CNS a enviar esforços para garantir que o governo pague o auxílio/benefício aos pescadores afetados pela tragédia. Conselheira **Michele Seixas de Oliveira**, pautando-se na fala da pescadora **Elionice Conceição Sacramento**, afirmou que o governo possui pacote de genocídio da população negra e que as tragédias-crime ocorridas são exemplos de racismo ambiental. Diante da omissão do Estado, afirmou que o CNS deve assumir a luta pela defesa do meio ambiente, que é de todos. Conselheira **Marisa Furia Silva** avaliou que o governo brasileiro não se preparou para uma calamidade dessa magnitude e, pela quantidade de plataformas marítimas no país, situação como essa pode acontecer novamente. Salientou que o Ministério das Cidades não conseguiu resolver o problema da contaminação das águas e avaliou que o MS precisa definir planejamento de despoluição, com ações de curto, médio e longo prazo. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** avaliou que é preciso denunciar a desresponsabilização desse governo com as políticas públicas e a lógica econômica que orienta a tomada de decisões. Disse que nada foi feito para resolver a grave situação atual, inclusive de fome das pessoas, e muito menos em relação ao impacto em médio e longo prazo. Afirmou que esse é mais um crime que não pode passar impune. Conselheira **Maria da Conceição Silva** explicou que este era um caso de racismo científico também, que define o que é humano e, nesse contexto de eugenia, a população das águas vive em situação de abandono e descaso. Como encaminhamento, sugeriu a composição de um GT para acompanhar essa situação e a elaboração de uma recomendação sinalizando a orientação para registro/notificação/acompanhamento nos territórios afetados pelo vazamento, a ser adotada pelas unidades. Conselheira **Vânia Lúcia**

1194 **Ferreira Leite** também manifestou solidariedade aos povos atingidos e manifestou
1195 preocupação com as gestantes que vivem nas áreas afetadas diretamente pelo vazamento.
1196 Nesse sentido, perguntou se a FIOCRUZ fará o monitoramento da saúde das gestantes e dos
1197 fetos em desenvolvimento, por conta dos níveis de contaminação do petróleo. Conselheiro
1198 **Antônio César Silva Mallet**, na linha das intervenções anteriores, prestou solidariedade aos
1199 povos atingidos e lembrou que o estado brasileiro nunca privilegiou a preservação do meio
1200 ambiente. Como proposta, defendeu maior participação do setor saúde nessa pauta por conta
1201 do importante papel na situação emergencial e no futuro e a aprovação de instrumento a ser
1202 encaminhamento a veículos de comunicação para dar ampla visibilidade ao que está
1203 ocorrendo, com o envolvimento da FIOCRUZ e ANVISA. Conselheira **Myrian Coelho Cunha**
1204 **da Cruz** começou destacando os prejuízos da extinção do CONSEA, que, nesse caso,
1205 possibilitaria articulação interministerial para tratar do tema. Citou o ditado “Quem tem fome,
1206 tem pressa” para conclamar todos os setores, especialmente entidades e movimentos sociais
1207 para atuarem em defesa dos povos atingidos. Conselheira **Adolorata Aparecida Bianco**
1208 **Carvalho** chamou a atenção para os impactos humanos e animais da tragédia e reiterou a
1209 importância de medidas mais concretas e urgentes para tentar amenizar a situação. **Retorno**
1210 **da mesa.** A partir das falas, a Coordenadora/DSASTE/MS, **Thais Araújo Cavendish**, pontuou
1211 os seguintes aspectos: o Ministério da Saúde é parceiro na luta dos povos atingidos e o apoio
1212 do CNS pode contribuir nesse processo; o Brasil vive no limite da saúde ambiental, sendo
1213 necessário construir políticas condizentes com a utilização do solo; a segurança alimentar, com
1214 monitoramento dos alimentos deve ser uma prioridade. O representante da FIOCRUZ, **Jorge**
1215 **Machado**, teceu os seguintes comentários com base nas intervenções: está em curso trabalho
1216 para analisar as necessidades da população pesqueira, com perspectiva de trabalhar na
1217 Fundação de PE, com olhar da atenção da atenção básica associada a ações de vigilância; o
1218 CNS pode acompanhar a situação, na ótica da saúde, por meio de GT e a FIOCRUZ se dispõe
1219 a compor esse Grupo; e é necessidade definir ação emergencial para assegurar alimentos à
1220 população atingida e também dar visibilidade à população pescadora (ação reparadora e não
1221 assistencial). A pescadora **Elionice Conceição Sacramento** fez as seguintes considerações
1222 na sua fala final: a fome não tem tempo para burocracia, ou seja, é necessária ação urgente
1223 para resolver a situação; é preciso divulgar os locais onde o pescado está próprio para o
1224 consumo; é necessário pensar na dimensão da saúde em sua totalidade; os povos tradicionais
1225 das águas possuem conhecimento das marés e do vento e aqueles que definem as políticas
1226 devem considerar esses saberes; já há casos de adoecimento por conta de metais pesados e
1227 esse elemento irá gerar mais impactos; é preciso orientar as equipes para registro, notificação
1228 e acompanhamento nos territórios afetados pelo vazamento; as pesquisas feitas, pela forma da
1229 coleta, não garante resultados confiáveis; e é necessário formar uma rede de solidariedade em
1230 defesa da vida da população pescadora e do seu modo de vida. Após essas falas, a
1231 coordenadora da mesa sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate. Conselheira **Lenir**
1232 **Santos** acrescentou as seguintes propostas: aprovar instrumento a ser encaminhamento a
1233 veículos de comunicação e ao Parlamento para dar ampla visibilidade ao que está ocorrendo; e
1234 aprovar recomendação do CNS solicitando que o Ministério da Saúde volte a compor o
1235 Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, na
1236 linha de ações mais concretas e pragmáticas, apresentou os seguintes encaminhamentos:
1237 fazer um vídeo com a fala da **Elionice Conceição Sacramento** nessa mesa para ser levado
1238 ao comitê de emergência do Ministério da Saúde que trata da situação, à Fiocruz e às
1239 entidades e movimentos sociais a fim de promover maior sensibilização para o ocorrido e suas
1240 consequências; e aprofundar o debate desse tema no mês de fevereiro de 2020 (definir como
1241 principal ponto da pauta, destinando um período da reunião), com convite a várias
1242 representações (Marinha, comunidades afetadas, ministérios envolvidos, entre outros).
1243 Sintetizando os encaminhamentos, a coordenadora da mesa identificou consenso sobre a
1244 maioria das proposições. Todavia, em relação à proposta de composição de um GT, sugeriu,
1245 como contraproposta, promover articulação das comissões do CNS para acompanhamento
1246 dessa pauta (tema permanente de todas as comissões do Conselho). Diante dessa
1247 propositura, conselheira **Maria da Conceição Silva** retirou a proposta de compor o GT.
1248 Todavia, a proposta foi defendida por outros conselheiros. **Sendo assim, a coordenadora da**
1249 **mesa colocou em aprovação a proposta de compor o GT, que foi recusada pela maioria.**
1250 Na sequência, colocou em votação dos encaminhamentos oriundo dos debates. **Deliberação:**
1251 **neste ponto de pauta, foram aprovadas as seguintes propostas: 1) solicitar informações**
1252 **a respeito dos planos de trabalho e estudos sobre o impacto socioambiental da tragédia**
1253 **e como se dará o acompanhamento permanente de comunidades e territórios afetados**

aos seguintes órgãos: Ministério da Saúde; Ministério da Cidadania; Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Ministério do Meio Ambiente (estabelecer prazo para retorno à solicitação); 2) solicitar à *Secretaria de Atenção Primária à Saúde-SAPS/MS* informações sobre orientação para registro/notificação/acompanhamento nos territórios afetados pelo vazamento; 3) elaborar recomendação direcionada ao Ministério Público Federal e Defensoria Pública da União sobre a responsabilização do Estado brasileiro acerca desse tipo de tragédia-crime (responsável: Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS/CNS); 4) elaborar recomendação aos conselhos estaduais de saúde e às entidades nacionais visando mobilização para acompanhamento desse tema na ótica da segurança alimentar (responsável: Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN/CNS); 5) promover articulação das comissões do CNS para acompanhamento dessa pauta (tema permanente de todas as comissões do Conselho); 6) fazer um vídeo com a fala da Elionice Conceição Sacramento nessa mesa para ser levado ao comitê de emergência do Ministério da Saúde que trata da situação, à Fiocruz e às entidades e movimentos sociais a fim de promover maior sensibilização para o ocorrido e suas consequências; 7) aprofundar o debate desse tema no mês de fevereiro de 2020 (definir como principal ponto da pauta, destinando um período da reunião), com convite a várias representações (Marinha, comunidades afetadas, ministérios envolvidos, entre outros); 8) aprovar instrumento a ser encaminhamento a veículos de comunicação e ao Parlamento para dar ampla visibilidade ao que está ocorrendo; 9) aprovar recomendação do CNS solicitando que o Ministério da Saúde volte a compor o Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA; e h) apreciar, no último ponto de pauta, a recomendação elaborada pela CIVS/CNS sobre o tema (o texto seria reformulado diante das falas neste ponto de pauta). Definido esse ponto, às 13h07, a mesa encerrou a manhã do segundo dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: xxxxxx Retomando, às 14h, a mesa foi composta para o item 11 da pauta. **ITEM 11 – SAÚDE INDÍGENA – 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Relatório sobre a atual situação da saúde no Vale do Javari - Apresentação: Silvia Waiãpi**, Secretária Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS; e conselheiro **Valdenir França**. *Coordenação:* conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena – 6ª CNSI** - Neste ponto, a Secretária da SESAI/MS, **Silvia Waiãpi**, fez uma apresentação detalhada sobre a 6ª CNSI, falando inicialmente sobre os participantes: delegados eleitos nas etapas locais e distritais (segundo as regras que regulamentam as conferências nacionais de saúde): 1819 delegados (931 usuários; 444 trabalhadores de saúde; e 444 gestores e prestadores de serviço); 91 convidados – número estimado (palestrantes, moderadores, lideranças indígenas, Coordenadores de DSEI recém-nomeados, etc), consiste em 5% do total de delegados; em outras conferências essa percentagem foi maior, mas foi reduzida para contenção de gastos na conferência atual; e 90 colaboradores da SESAI responsáveis pela organização do evento. Explicou que a previsão orçamentária para a Conferência é R\$ 15 milhões, na PLOA 2019, bem como no PPA 2015/2019 (Programa 2065, Ação Orçamentária - 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena), monitorado no E-car OE 13, objetivo estratégico 13) para custear toda a realização do evento (estrutura, passagens, alimentação, hospedagem, transporte e outros serviços correlatos). Esclareceu que naquele momento o processo licitatório estava estimado em R\$ 3.733.225,88, salientando que ainda haveria a disputa nos lances do pregão eletrônico. O processo de aquisição de passagens aéreas estava previsto em R\$ 4.506.611,29. Assim, a previsão do custo para a realização da 6ª CNSI seria, no máximo, R\$ 8,5 milhões. Para melhor conhecimento, detalhou a distribuição geral de delegados eleitos por segmento: Usuários (50%): 931; Trabalhadores da Saúde (25%): 444; Gestores e Prestadores (25%): 444; e total: 1.819. Também apresentou a distribuição de delegados dos DSEI por Região: Norte: 800; Nordeste: 376; Centro-Oeste: 264; Sul/Sudeste: 208; e total: 1648. Seguindo, falou também acerca da distribuição total de delegados - etapa nacional: Usuários (50%): 824 eleitos de DSEI, 40 eleitos por entidades e instituições nacionais, 24 conselheiros nacionais de saúde eleitos, 43 conselheiros eleitos do FPCONDISI, com total parcial de 931; Trabalhadores da Saúde (25%): 412 eleitos de DSEI, 20 eleitos por entidades e instituições nacionais, 12 conselheiros nacionais de saúde eleitos, com total parcial de 444; Gestores e Prestadores (25%): 412 eleitos de DSEI, 20 eleitos por entidades e instituições nacionais, 12 conselheiros nacionais de saúde eleitos, com total parcial de 444. Dessa forma, o total de participantes da 6ª CNSI é o seguinte: Usuários: 931; Trabalhadores da Saúde: 444; Gestores e Prestadores: 444; total de delegados: 1819; convidados: 91 (número estimado); Colaboradores SESAI: 90; e total

1314 geral: 2000. Apresentou ainda o valor estimado de passagens aéreas - delegados eleitos DSEI:
1315 Região Sul/Sudeste: R\$ 328.575,60; Nordeste: R\$ 608.013,13; Centro-Oeste: R\$ 645.896,00;
1316 Norte: R\$ 2.924.126,56; e total: R\$4.506.611,29. Continuando, disse que o Termo de
1317 Referência da 6ª Conferência retornou da Consultoria Jurídica com recomendações de
1318 adequações e os ajustes foram feitos em tempo e o processo restituído à Secretaria de
1319 Assuntos Administrativos-SAA/MS para providências necessárias quanto à licitação. Também
1320 explicou que a Comissão Organizadora da 6ª CNSI apresentou na 15ª Reunião, realizada no
1321 dia 19 de novembro de 2019, nova proposta de data para a realização da 6ª Conferência
1322 Nacional de Saúde Indígena, para o período de 1 a 4 de julho de 2020. A proposta foi enviada
1323 para apreciação do Pleno do Conselho Nacional de Saúde via sistema SEI. Além disso, a
1324 Comissão definiu as datas das próximas reuniões: 16ª Reunião: 3 e 4 de fevereiro de 2020; 17ª
1325 Reunião: 2 e 3 de março de 2020; 18ª Reunião: 6 e 7 de abril de 2020; 19ª Reunião: 4 e 5 de
1326 maio de 2020; e 20ª Reunião: 1º e 2 de junho de 2020. Finalizada a apresentação, conselheiro
1327 **Rildo Mendes** explicou que a nova data foi aprovada pela comissão organização da 6ª CNSI e
1328 precisava ser referendada pelo Pleno do CNS. Após breves considerações, a mesa colocou em
1329 apreciação a proposta de nova data. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, nova**
1330 **data para a realização da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, no período de 1º a**
1331 **4 de julho de 2020. Será necessário elaborar resolução do CNS com essa nova data**
1332 **aprovada. Relatório sobre a atual situação da saúde no Vale do Javari – Conselheiro**
1333 **Valdenir França**, integrante do GT que visitou o Vale do Javari, apresentou o Relatório sobre a
1334 atual situação da saúde no Vale. Salientou que, em 2007, o Conselho Nacional de Saúde já
1335 havia recebido denúncias da situação dos povos indígenas que vivem no Vale do Javari. À
1336 época, autorizou um Grupo de Trabalho composto por conselheiros gestores, trabalhadores e
1337 usuários indígenas para, in loco, verificar a procedência das denúncias. No Relatório
1338 apresentado ao CNS, a partir de ida às aldeias, fez encaminhamentos sobre problemas
1339 observados e que persistem até os dias de hoje. Em razão disso, este Grupo de Trabalho,
1340 pelos depoimentos feitos, reafirma a recorrência dos mesmos. Como resultado, apresentou
1341 uma série de encaminhamentos, entre eles: ação imediata do Ministério da Saúde e da
1342 FUNASA na região, de forma a intermediar os conflitos existentes entre os órgãos
1343 responsáveis pela saúde indígena, definindo as responsabilidades de cada um, com um termo
1344 de compromisso que seja acompanhado pelo controle social e Ministérios Públicos Estadual e
1345 Federal; maior envolvimento da FUNASA, no sentido de intensificar a realização do Inquérito
1346 Sorológico em todas as aldeias, com apresentação dos resultados à Comissão Intersetorial de
1347 Saúde Indígena – CNS, até o final do primeiro semestre de 2007, com apresentação da
1348 proposta de intervenção para tratamento dos casos identificados; ação conjunta urgente de
1349 todos os órgãos relacionados com a saúde indígena, visando garantir o tratamento dos casos
1350 diagnosticados de Hepatite B, após término do inquérito sorológico, bem como a imunização da
1351 população não atingida; desenvolvimento uma política de saúde indígena que contemple as
1352 necessidades específicas das diversas etnias, garantindo o princípio da equidade e
1353 integralidade; realização de uma auditoria nos recursos públicos destinados a atenção à saúde
1354 indígena nos últimos 04 anos; fortalecer o controle social dos conselhos indígenas e não
1355 indígenas através da educação permanente e das relações com o conselho estadual e
1356 nacional. Sobre a visita ao Vale do Javari, explicou que em todas as atividades realizadas pelo
1357 Grupo de Trabalho, no DSEI Vale do Javari/2019, foram validados os problemas contidos nas
1358 denúncias sobre a situação dos povos indígenas que vivem naquela região. Ou seja, alto índice
1359 de suicídio, bebidas alcoólicas e outras drogas, desnutrição, doenças infectocontagiosas,
1360 impacto dos benefícios sociais. Para além desses, também foram apontadas ingerências
1361 político-partidárias, deficiência de recursos humanos, falta de medicamento e de insumos.
1362 Disse que chama muito a atenção o fato de vários dos problemas aqui apontados estarem
1363 presentes no relatório de 2007, da CISI/CNS, e, infelizmente, é necessário destacar que muitos
1364 se agravaram no decorrer dos anos. Disse ser importante ressaltar que a ingerência política é
1365 de fácil observação, e fica evidente que as eleições municipais do próximo ano já interferem,
1366 hoje, nas ações e decisões. Somado a isso, e por razões diversas, a ausência de articulação
1367 entre as instituições públicas que atuam em áreas indígenas é realidade no Vale do Javari. Por
1368 tudo que ouviu e registrou, disse que o GT reconhece a situação como grave e complexa, que
1369 pode ser até amenizada com ações pontuais, mas só será resolvida com uma atuação
1370 articulada, responsável e permanente no Vale do Javari. Para operacionalizar ações que deem
1371 conta e atendam essas demandas, o GT sugere ao Conselho Nacional de Saúde que
1372 recomende à SESA que: elabore um Plano de Ação Emergencial para o Vale do Javari com
1373 acompanhamento deste Grupo de Trabalho. A elaboração do Plano de Ação Emergencial deve

começar imediatamente, e contar, desde o seu início, com a participação e envolvimento de todas as instituições que tem participação nos problemas apontados e nas possíveis soluções; e estabelecer, de imediato, prioridades e, ao mesmo tempo, realizar ações pontuais para resolução dos problemas mais urgentes. Por exemplo, providenciar saneamento básico na CASAI e, assim, evitar a presença abjeta dos urubus nas proximidades. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, integrante do GT, interveio para reforçar que a situação no Vale do Javari é extremamente crítica e precisa de providências imediatas para solução. Conselheiro **José Eri de Medeiros**, participante da visita ao Vale do Javari em 2007, destacou que no Relatório apresentado ao CNS, a partir de ida às aldeias, o grupo fez encaminhamentos sobre problemas observados e que persistem até os dias de hoje. Em razão disso, enfatizou a importância de adoção de medidas para resolver a situação desses povos. Conselheiro **Rildo Mendes** apelou ao Estado brasileiro que se faça presente e resolva situação do Vale do Javari, com investigação de irregularidades e má utilização de recursos (denúncia de benefícios que ficam com comerciantes). Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** afirmou que esse é mais um caso de desresponsabilização do Estado, principalmente em relação às políticas de proteção dos povos indígenas. Salientou que, para definição de políticas, é preciso considerar a diversidade cultural, territorial e as necessidades dos povos. **Retorno da mesa.** A Secretária da SESAI/MS, **Silvia Waiãpi**, explicou que a Secretária está atenta à situação do Vale do Javari e tomou uma série de medidas, entre elas, contratação de profissionais de saúde (psicóloga); redefinição de GT para tratar da situação; lançamento de cartilhas, enfocando temas diversos: uso abusivo de álcool, suicídio, violência contra mulheres e crianças, infanticídio. Também destacou que outros distritos sanitários precisam de diagnóstico para definição de ações. **Deliberação: o Pleno decidiu delegar à coordenação da CISI/CNS a elaboração de minuta recomendação sobre a desresponsabilização do Estado em relação à saúde indígena, principalmente no que diz respeito às políticas de proteção; e solicitar à SESAI que envie ao CNS informações sobre denúncias de má-gestão de recursos públicos para a saúde indígena.** Além dessa questão, o Pleno do CNS reiterou que será feito contato com o cacique Raoni para verificar a possibilidade de sua participação na reunião ordinária do mês de janeiro de 2020 a fim de receber a comenda Zilda Arns. **ITEM 12 – COMISSÕES INTERSETORIAIS DO CNS E ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Comissões Intersetoriais. Câmaras Técnicas. Coordenação Nacional de Plenárias de Conselhos de Saúde - Composição da mesa:** conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **1)** Moção de Apoio nº 000, de 6 de dezembro de 2019. O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de dezembro de 2019, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que segundo a Lei nº 12.986, de 2 de julho de 2014, que criou o Conselho Nacional dos Direitos Humanos - CNDH, os conselheiros e conselheiras eleitos para presidente e vice-presidente do CNDH devem compor a sociedade civil e o governo federal, alternado as respectivas funções, decorrido um ano do mandato; considerando que o CNDH tem a finalidade principal de fiscalizar e monitorar as políticas públicas de direitos humanos; considerando que o Procurador-Geral da República, Augusto Aras, retirou a subprocuradora da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) da vice-presidência no CNDH, como representante do Ministério Público Federal - MPF; considerando que, segundo dispõe o Art. 16 e 17 do Regimento do CNDH (Resolução nº 1, de 9 de junho de 2015), presidente e vice-presidente são eleitos pelo Plenário para mandato de dois anos, também sendo observada a paridade de gênero no processo eleitoral; considerando que os conselheiros e conselheiras eleitos para Presidente e Vice-Presidente do CNDH alternarão as respectivas funções, decorrido um ano do mandato e que em 2020 a vaga seria ocupada pela Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão, jurista historicamente comprometida com a defesa dos direitos humanos; considerando que a destituição da Procuradora durante o curso do mandato para o qual foi eleita vai na contramão da democracia e dos direitos humanos e, aparentemente, revela um “alinhamento” do Ministério Público Federal com o governo, o que coloca em questão a independência e autonomia do CNDH; considerando que um conjunto de 176 organizações sociais, movimentos populares e redes de defesa dos direitos humanos repudiou a decisão do procurador-geral da República, que no lugar da procuradora, colocou a si mesmo na cadeia e,

como suplente, o procurador Ailton Benedito, autodeclarado conservador e público defensor de causas contrárias aos direitos humanos; considerando a importância do CNDH que tem entre suas ações a fiscalização e monitoramento de políticas públicas na área, com recomendações de diretrizes e manifestações em atos e decretos do governo, a quem compete ainda a instauração de procedimentos para apurar condutas contrárias aos direitos humanos e aplicar sanções; e considerando que inexistente justificativa pública para a mudança no CNDH e que é imprescindível a manutenção da autonomia e independência desse órgão colegiado para a defesa dos direitos humanos. Vem a público: manifestar apoio ao Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), órgão que tem por finalidade a promoção e a defesa dos direitos humanos, bem como reforçar a defesa da necessária independência para o efetivo desempenho de suas funções institucionais. **Deliberação: a minuta de moção de apoio foi aprovada com um voto contrário. 2)** Moção de repúdio. O texto é o seguinte: “Moção de Repúdio nº 000, de 6 de dezembro de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de dezembro de 2019, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que o Brasil teve 6.160 pessoas mortas por policiais no ano passado, um aumento de 18% em relação ao ano anterior; considerando que a taxa de mortes pela polícia subiu de 2,5 para 3 a cada 100 mil habitantes em um ano, o que reforça a necessidade do debate da desmilitarização das polícias e a construção de uma nova política de segurança pública que seja orientada pela promoção da cultura de paz e respeito aos direitos humanos; considerando que o total de homicídios de indivíduos negros foi de 49.524 em 2017, o maior número da década, tendo aumentado em 9,1% ante 2016; considerando que essas informações comprovam a continuidade do aprofundamento da desigualdade racial no país e reforçam o processo de genocídio em curso no país, que extermina sua população negra e periférica, em especial os jovens negros; considerando que segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), para cada indivíduo não negro que sofreu homicídio em 2017, aproximadamente, 2,7 negros foram mortos; considerando que, no estado de São Paulo, foram realizadas mais de 7.500 ações policiais batizadas de “Operação Pancadão”, entre janeiro e dezembro do presente ano, com um total de 1.275 pessoas presas; considerando que no estado de São Paulo houve aumento de 1,6% no número de mortos pela polícia nos primeiros nove meses do ano, comparando 2018 e 2019, mesmo que tenha havido queda no número total de mortes; considerando que no total 609 pessoas foram mortas pela polícia em 2019, ante 599 no mesmo período de 2018 só no estado de São Paulo, realidade que se repete proporcionalmente nos demais estados da federação; considerando a ação violenta da Polícia Militar do estado de São Paulo na madrugada do dia 01 de dezembro de 2019, na favela de Paraisópolis, que levou à morte de Bruno Gabriel dos Santos, de 22 anos; Gustavo Cruz Xavier, 14 anos; Marcos Paulo Oliveira dos Santos, 16 anos; Mateus dos Santos Costa, 23 anos; Dennys Guilherme dos Santos Franco, 16 anos; Luara Victória de Oliveira, 18; Eduardo Silva, 21; e Gabriel Rogério de Moares, 20; considerando que uma parte significativa desse processo opera com a criminalização da cultura popular, das periferias e das manifestações afro-brasileiras, historicamente marginalizadas e desumanizadas; e considerando os desdobramentos à saúde da população envolvida, em especial a saúde mental dos familiares e amigos e do próprio bairro diante da perda dos nove jovens mortos na ação policial. Vem a público: manifestar repúdio à atuação violenta de extermínio da população negra e periférica no Brasil, a exemplo do que ocorreu em Paraisópolis, promovida pelas forças policiais do estado. **Deliberação: a minuta de moção de apoio foi aprovada com uma abstenção. 3)** Moção de Repúdio. O texto é o seguinte: “Moção de Repúdio nº 000, de 6 de dezembro de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de dezembro de 2019, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que está em tramitação no Congresso Nacional a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 188/2019, que é uma iniciativa voltada para a flexibilização fiscal dos entes federativos que, entre outras medidas, propõe o repasse integral da contribuição social

do salário-educação aos Estados, Distrito Federal e Municípios; considerando que a PEC 188/2019 propõe alterações profundas e estruturais em 24 (vinte e quatro) artigos da Constituição Federal e 6 (seis) artigos do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; considerando que entre as alterações propostas a PEC 188/2019 prevê a retirada do caráter suplementar dos programas, o que suprime a obrigação da União de apoiar os estados e municípios nos programas de material didático escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde; considerando que além de “desobrigar” estados e municípios, “conferindo maior flexibilidade ao orçamento”, a PEC 188/2019 apresenta o risco de reduzir os recursos destinados à população por meio daquelas políticas públicas, comprometendo o que é oferecido no modelo atual e expondo à vulnerabilidade os grupos sociais que são atendidos pelos programas; considerando que o salário-educação é uma contribuição social vinculada à manutenção e ao desenvolvimento do ensino, tendo a participação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e que parte considerável do orçamento do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) vem da arrecadação do salário-educação; considerando que a Lei Federal nº 11.947, de 16 de junho de 2019, tornou a alimentação escolar um direito dos estudantes e que, atualmente, o PNAE atende mais de 40 milhões de escolares e é uma política pública que promove aos alunos o acesso a uma alimentação saudável e balanceada, sendo considerado um dos maiores e o mais antigos programas sociais do Governo Federal na área de alimentação e nutrição; considerando que, dentre os principais avanços do PNAE, destaca-se: o atendimento de todas as modalidades de ensino da Educação Básica; a garantia de que, no mínimo, 30% dos recursos financeiros repassados pelo FNDE sejam investidos na aquisição de produtos da agricultura familiar; a inserção da educação alimentar e nutricional no processo de ensino e aprendizagem, propondo ações que perpassem o currículo escolar; o valor ampliado para a alimentação escolar de estudantes indígenas e quilombolas; considerando que o Tribunal de Contas da União (TCU) reconhece o PNAE como uma das mais importantes estratégias implementadas para assegurar tanto o direito à alimentação, quanto o direito à educação e que os impactos com a sua execução vão além do atendimento a mais de 40 milhões de alunos matriculados na educação básica, propiciando mais de 50 milhões de refeições diárias; considerando que, segundo manifestação do TCU, o PNAE reflete os resultados do esforço nacional contra a desnutrição, na formação de hábitos alimentares saudáveis e, sobretudo, na melhoria da qualidade da educação e, ainda, é determinante no “sustento de dezenas de milhares de agricultores familiares, distribuindo renda e contribuindo com a formação de um mercado para produtos orgânicos, de base agroecológica e da sociobiodiversidade”; considerando que a Resolução FNDE nº 26/2013, em vigência, dispõe de vários dispositivos voltados para a garantia da oferta de alimentação saudável nas escolas públicas brasileiras e que cabe ao FNDE o monitoramento e controle da sua obediência por parte dos Estados e Municípios; e considerando que o PNAE ainda abrange uma série de outras áreas e atores como: nutrição e segurança alimentar e nutricional; agricultura familiar; conselho de alimentação escolar; monitoramento e avaliação; fiscalização da execução do programa; prestação de contas; e execução financeira. Vem a público: externar repúdio à PEC 188/2019 que propõe a alteração do Art. 208 e do Art. 212 da Constituição Federal de 1988, sem que haja a definição de outra fonte de recursos para a manutenção ou ampliação do atual orçamento de R\$ 4,15 bilhões do Programa Nacional de Alimentação Escolar, tendo em vista que esse é um dos principais programas de garantia do direito à alimentação conferido pela Constituição Federal de 1988 à população brasileira. **Deliberação: a minuta de moção de apoio foi aprovada com uma abstenção. 4) Recomendação.** O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, de 6 de dezembro de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária realizada nos dias 05 e 06 de dezembro de 2019, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu Art. 196, que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”; considerando que a Constituição Federal, em seu Art. 225, estabelece o direito fundamental ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, como bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações, e que incumbe ao Poder

Público, para assegurar a efetividade desse direito, dentre outras obrigações, a de “controlar a produção, a comercialização e o emprego de técnicas, métodos e substâncias que comportem risco para a vida, a qualidade de vida e o meio ambiente” (Art. 225, § 1º, inciso V); considerando que a Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, estabelece o que se consideram agrotóxicos (Art. 2º), a necessidade de registro em órgão federal para sua produção, exportação, importação e utilização (Art. 3º), bem como que é proibido o registro de agrotóxicos para os quais o Brasil não disponha de métodos para desativação de seus componentes, de modo a impedir que os seus resíduos remanescentes provoquem riscos ao meio ambiente e à saúde pública, para os quais não haja antídoto ou tratamento eficaz no Brasil; considerando o “Dossiê Abrasco - Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde”, que apresenta estudos realizados por especialistas de diversos campos de conhecimento e que alerta para os efeitos nocivos de agrotóxicos à saúde humana e ao ambiente; considerando a Nota de Posicionamento nº 10 do Instituto Nacional do Câncer José de Alencar da Silva (INCA) acerca dos agrotóxicos, que ressalta o risco que o uso de agrotóxicos representa para a saúde, em especial nas causas do câncer, e que recomenda o fortalecimento de iniciativas de regulação e controle dessas substâncias; e a Nota Pública acerca do posicionamento do INCA sobre o projeto de Lei nº 6.299/2002, que considera a periculosidade intrínseca dos agrotóxicos e o fato de não existir limites seguros de exposição a substâncias mutagênicas e carcinogênicas; considerando que o Relatório da Mesa de Controvérsias do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) sobre agrotóxicos e suas recomendações sobre o Plano de Redução do uso de agrotóxicos, monitoramento dos impactos dos agrotóxicos, garantia de acesso à informação e participação da sociedade e responsabilidades dos órgãos federais e estaduais; considerando que até novembro de 2019 já foram registrados pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), 439 produtos técnicos e formulados de agrotóxicos, sendo 25 inéditos, o que confirma a tendência de aumento na série histórica de registro de produtos, que foi de 147 em 2011; 168 em 2012; 110 em 2013; 148 em 2014; 139 em 2015; 275 em 2016; 331 em 2017; e 451 em 2018; considerando que, em 2007, a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), na Conferência Internacional sobre a Agricultura Orgânica e Segurança Alimentar concluiu que a agricultura convencional esgotou sua capacidade de alimentar a população global e que existe a necessidade de substituição pela agricultura ecológica; considerando que, em 2010, a Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD) recomendou que os governos estimulem o uso de diferentes formas de agricultura sustentável, entre elas a orgânica, a de baixo uso de insumos externos e o manejo integrado de pragas, que minimizam o uso de agroquímicos; e considerando que essa pauta está presente no Plano de Trabalho das comissões de Alimentação e Nutrição (CIAN), de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) e de Vigilância em Saúde (CIVS) do CNS, que se debruçarão sobre temas relativos aos agrotóxicos nos próximos anos do triênio 2019/2022. Recomenda: Ao Congresso Nacional: 1. A aprovação da Política Nacional de Redução de Agrotóxicos, Projeto de Lei nº 6.670/2016; e 2. A rejeição do Projeto de Lei nº 6.299/2002, conhecido como “Pacote do Veneno” em virtude dos altos riscos à saúde pública que a ampliação do uso de agrotóxicos representa.”

Deliberação: a recomendação foi aprovada com um voto contrário e uma abstenção. 5)

Recomendação. O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, DE 6 de dezembro de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária realizada nos dias 05 e 06 de dezembro de 2019, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que a vacinação é um meio protetor de grande importância para a população e que certifica proteção e prevenção contra enfermidades configurando-se enquanto um direito da população brasileira, garantido pela Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975; considerando que a Lei nº 6.259/1975 estabelece em seu Art. 3º a competência do Ministério da Saúde para elaborar o Programa Nacional de Imunizações e que as vacinações obrigatórias serão praticadas de modo sistemático e gratuito pelos órgãos e entidades públicas, bem como pelas entidades privadas, subvencionadas pelos governos Federal, Estaduais e Municipais, em todo o território nacional; considerando que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) brasileiro ao longo de décadas contribuiu para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira, através da disponibilização de vacinas para todas as faixas etárias, com impacto significativo na queda da mortalidade infantil; considerando que o calendário vacinal de 2019 estabelece a

1614 aplicação da vacina Pentavalente aos 2, 4 e 6 meses de vida, imunizando crianças contra
1615 Tétano, Difteria, Coqueluche, infecções causadas por Haemophilus influenza tipo B e Hepatite
1616 B; considerando a proposta aprovada na 16ª Conferência Nacional de Saúde de ampliar e
1617 garantir o calendário básico de vacinação na rede Sistema Único de Saúde (SUS), com
1618 vacinas e insumos essenciais para população, levando em consideração as especificidades de
1619 cada região; considerando o recente desabastecimento da vacina Pentavalente ocasionado por
1620 dificuldades de aquisição e problemas de qualidade da vacina comprada de fornecedores
1621 internacionais, repercutindo em todo o Brasil com milhares de crianças desassistidas;
1622 considerando a capacidade tecnológica e técnica dos laboratórios públicos nacionais como o
1623 Instituto Butantan e Biomanguinhos; considerando o compromisso deste CNS com o
1624 monitoramento da execução e implementação dos ODS, Agenda 2030 da Organização Mundial
1625 de Saúde (OMS), especificamente o objetivo de nº 3, que indica o dever de “assegurar uma
1626 vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”; considerando o item
1627 3.2 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que estabelece até 2030, o ideal de
1628 acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, e o dever
1629 de todos os países de reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000
1630 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por
1631 1.000 nascidos vivos; considerando os debates travados durante a Reunião Ordinária da
1632 Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida (CIASCV/CNS), realizada nos
1633 dias 25 e 26 de novembro de 2019, no item de pauta, que debateu, entre outros, o Contexto
1634 atual das Políticas de Saúde nos Ciclos de Vida. Recomenda: ao Ministério da Saúde que
1635 empreenda investimentos na produção pública de vacinas como a Pentavalente, garantindo
1636 autonomia e regularidade de fornecimento nacional. **Deliberação: a recomendação foi**
1637 **aprovada com uma abstenção. 6) Recomendação.** O texto é o seguinte: “Recomendação nº
1638 000, de 6 de dezembro de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua
1639 Ducentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária realizada nos dias 05 e 06 de dezembro de
1640 2019, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de
1641 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei
1642 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de
1643 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da
1644 legislação brasileira correlata; e considerando que a Câmara Técnica de Orientação e
1645 Avaliação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (CT-SIOPS) foi
1646 extinta em 28 de junho de 2019 como decorrência dos termos do Decreto nº 9.759, de 11 de
1647 abril de 2019, sem nenhuma avaliação das consequências dessa medida pelo Conselho
1648 Nacional de Saúde; considerando que a CT-SIOPS, colegiado de caráter técnico e consultivo,
1649 foi criado em conjunto pelo Ministério da Saúde e pela Procuradoria Geral da República (por
1650 meio da Portaria Conjunta nº 1163/2000), composto por representantes de ministérios, da área
1651 técnica do Ministério da Saúde e instituições da sociedade civil, o que está compatível com a
1652 diretriz constitucional de participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e com
1653 os ditames da Lei Complementar nº 141/2012; considerando que a CT-SIOPS contribuiu para o
1654 desenvolvimento institucional-legal do SIOPS e teve importante participação para as medidas
1655 decorrentes do processo de convergência para as novas normas de contabilidade pública e
1656 para subsidiar o processo de debates e reflexões que resultou na aprovação Lei Complementar
1657 nº 141/2012; considerando o interesse público quanto ao papel desempenhado por esse
1658 colegiado para o constante aprimoramento do SIOPS e do processo de coleta e sistematização
1659 de dados das três esferas de governo para a gestão orçamentária e financeira do SUS, de
1660 modo a subsidiar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e
1661 serviços públicos de saúde e as pesquisas e estudos realizados sobre o processo de
1662 financiamento do SUS e da correspondente alocação e aplicação desses recursos;
1663 considerando que está em curso um processo de desvinculação de recursos para a saúde
1664 pública iniciado com a vigência da Emenda Constitucional 95/2016 e que, nesse contexto, a
1665 extinção da CT-SIOPS pode fragilizar o processo de fiscalização dos Conselhos de Saúde
1666 acerca do cumprimento do mínimo pelas três esferas de governo; e considerando que o
1667 Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, estabelece a possibilidade de “recriação” da CT-
1668 SIOPS por meio de novo ato administrativo, bem como que não basta apenas essa “recriação”
1669 sem que se resgate também o seu caráter interinstitucional, inclusive com a participação de
1670 representantes da sociedade civil que atuam em prol da economia da saúde, da gestão do
1671 SUS e da normatização da contabilidade e finanças públicas. Recomenda ao Ministério da
1672 Saúde e à Procuradoria Geral da República: a imediata recriação da Câmara Técnica de
1673 Orientação e Avaliação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (CT-

SIOPS), de caráter técnico e consultivo, com os objetivos originais de sua criação em 2000 e com a mesma composição (com representantes de outros ministérios, de órgãos do Ministério da Saúde e de instituições da sociedade civil), conforme estrutura existente no momento de sua extinção em 28 de junho de 2019. **Deliberação: a minuta de recomendação foi aprovada com duas abstenções.** 7) Votação dos encaminhamentos do item 5 da pauta “Modelo de financiamento da atenção primária à saúde”. Por solicitação, os encaminhamentos deste ponto foram apreciados e votados separadamente. **Deliberação: aprovadas, em separado, as seguintes propostas: 1) garantir a participação do CNS, bem como estimular a participação dos Conselhos Estaduais, nos seminários estaduais que serão promovidos pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, para aprofundar o debate sobre Atenção Primária (um voto contrário e nenhuma abstenção); 2) dar continuidade ao debate deste tema, com pauta na reunião ordinária do mês de fevereiro de 2020 (um voto contrário e nenhuma abstenção); 3) solicitar audiências públicas nos estados para tratar do tema e provocar parlamentares para proposição de novos Projetos de Decretos Legislativos a respeito do assunto (um voto contrário e nenhuma abstenção); 4) incentivar e mobilizar as entidades para construção de instrumentos jurídicos para contraposição à Portaria nº 2.979/2019 (um voto contrário e cinco abstenções).** Na sequência o Pleno apreciou duas minutas de recomendação, elaboradas pela Câmara Técnica de Atenção Básica do CNS - CTAB/CNS: **a) Recomendação nº xxx, de 6 de dezembro de 2019.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária realizada nos dias 05 e 06 de dezembro de 2019, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que, entre outras garantias, dispõe sobre o princípio constitucional de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e que o CNS, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado; considerando a competência conferida ao CNS para atuar no fortalecimento da participação e do controle social no SUS, como previsto na Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008 (Art. 10, IX); considerando o disposto na Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, que estabelece como competência do Conselho Nacional de Saúde, atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado; considerando o disposto no Art. 17, parágrafo 1º, da Lei Complementar (LC) nº 141/2012, do qual deriva as diretrizes para a definição dos critérios de rateio para essas transferências fundo a fundo e a competência do CNS para deliberar sobre a proposta pactuada na CIT referente a esse tema; considerando que o Acórdão TCU 1130/2017 do Tribunal de Contas da União, reforça que Conselho de Saúde é o principal responsável pela aprovação da estratégia da saúde, da estrutura de gerenciamento de riscos (incluindo o estabelecimento, manutenção, monitoramento e aperfeiçoamento do sistema de controle interno) e do estabelecimento da função de auditoria interna; e que os resultados das conferências de saúde, das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) e das audiências públicas, as diretrizes do conselho de saúde, e, no caso dos estados, os planos de saúde municipais devem ser aprovados pelo conselho de saúde; considerando a Resolução CNS nº 554, de 15 de setembro de 2017, que estabelece, em sua primeira diretriz, que os Conselhos de Saúde têm a prerrogativa e a responsabilidade objetiva de estabelecer as diretrizes para a gestão e para a atenção à saúde em sua esfera de competência, e, em sua segunda diretriz, que os Conselhos de Saúde e o Governo, em suas três esferas, devem ter ciência de que toda pactuação em saúde deve ser feita com base em informações sobre as necessidades de saúde e as possibilidades para a articulação regional no contexto da integralidade da saúde; considerando o contexto no qual foi aprovada a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que congelou por 20 (vinte) anos os recursos da área da saúde, ao mesmo tempo em que o Governo Federal estabeleceu a unificação dos blocos de financiamento do SUS, através da Portaria MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, com a desregulamentação dos recursos da

atenção básica, provocando a perda de recursos relativos e absolutos da área da saúde para outras áreas, e ainda, que está em discussão uma proposta do MS quanto ao estabelecimento de carteira de serviços da Atenção Básica à Saúde que reduz a oferta de serviços, no setor público, em detrimento do crescimento da oferta do setor privado nessa rede de atenção; considerando as deliberações da 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS=8ª+8), que reafirmam a importância da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo fundamental para a estruturação do SUS no país; considerando que as Conferências de Saúde são instâncias colegiadas do SUS que implementam a diretriz constitucional de participação social na gestão da saúde, conforme Art. 198, inciso III da Constituição Federal de 1988; considerando que o Art. 1º, §1º, da Lei Federal nº 8.142/1990 define que cabe à Conferência de Saúde “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”; considerando que a Resolução CNS nº 617, de 23 de agosto de 2019, dá publicidade às diretrizes, propostas e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a desencadear os efeitos previstos legalmente para a formulação de políticas de saúde, dentre as quais está a proposta de nº 3 do eixo transversal – Saúde e Democracia – que defende a garantia do “cumprimento da Lei Complementar (LC) 141/2012, obedecendo aos critérios de rateio dos recursos com a responsabilidade de cada ente federado, observando as especificidades regionais e a implementação de políticas de redução de iniquidade”; considerando a Resolução CNS nº 600, de 11 de outubro de 2018, onde o Plenário do CNS, em sua Trecentésima Décima Reunião Ordinária, aprovou o posicionamento brasileiro para a *Global Conference on Primary Health Care*, ocorrida em Astana/Cazaquistão, em 25 e 26 de outubro de 2018, elaborado pela Câmara Técnica da Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde (CTAB/CNS), Fundação Oswaldo Cruz e Ministério da Saúde, cujo pilar fundamental está pautado na concepção de Sistema Universal de Saúde em contraposição à concepção de Cobertura Universal de Saúde; considerando a Resolução CNS nº 609, de 13 de dezembro de 2018, por meio da qual o Plenário do CNS, em sua Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária, aprovou apoiar a Declaração Alternativa da Sociedade Civil em Astana sobre Cuidados Primários de Saúde (*Alternative Civil Society Astana Statement on Primary Health Care*), que considera os princípios da cobertura universal de saúde como fatores agravantes das desigualdades sociais e se contrapõe à saúde como direito universal pactuado na Declaração de Alma-Ata; considerando a tramitação dos Projetos de Decreto Legislativo PDL – 701/2019 (Câmara dos Deputados), de autoria do Deputado Alexandre Padilha (PT-SP), e do PDL – 704/2019 (Senado Federal), de autoria do Senador Humberto Costa (PT/PE), que propõem sustar a Portaria nº 2.979/GAB-MS, de 12 de novembro de 2019, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; considerando que o Ministério da Saúde não considerou a Recomendação nº 046 do CNS, de 08 de novembro de 2019, que não publicasse nenhuma portaria ratificando a pactuação estabelecida na CIT, quanto ao novo modelo de transferência de recursos financeiros para atenção básica nos municípios, sem que houvesse deliberação do Pleno do Conselho Nacional de Saúde, com vistas a garantir o debate democrático e legitimidade ao processo; e considerando que a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil e que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, representa um ataque à universalidade da saúde no Brasil, estabelecida na CF 1988, uma vez que impõe restrições importantes ao acesso da gestão municipal aos repasses federais voltados para a atenção básica e que o Governo Federal, ao substituir a universalidade do critério populacional para repasse financeiro do PAB fixo pela seletividade da capitação ponderada no custeio da Atenção Básica, reforça a concepção inconstitucional de SUS seletivo e não universal. Recomenda: ao Ministério da Saúde que revogue Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil e que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e ao Presidente da Câmara de Deputados e ao Presidente do Senado que, nos limites das respectivas competências legais e regimentais, coloquem em regime de urgência de votação a tramitação dos Projetos de Decreto Legislativo PDL – 701/2019 (Câmara dos Deputados) e do PDL – 704/2019 (Senado Federal). **Deliberação: a recomendação foi aprovada com dois votos contrários e duas abstenções. b)** Recomendação nº xxxxx, de 6 de dezembro de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária realizada

1794 nos dias 05 e 06 de dezembro de 2019, no uso de suas competências regimentais e
1795 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28
1796 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto
1797 nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República
1798 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando o Art. 196 da
1799 Constituição Federal de 1988, que define a saúde como direito de todos e dever do Estado,
1800 garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e
1801 de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua
1802 promoção, proteção e recuperação; considerando que a Constituição Federal de 1988, em seu
1803 artigo 199, proíbe a destinação de recursos públicos a entidades completamente privadas e ao
1804 mesmo tempo regra no §1º, “que as instituições privadas poderão participar de forma
1805 complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo diretrizes deste, mediante contrato
1806 de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins
1807 lucrativos”; considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu Art. 2º, §1º,
1808 segundo o qual a execução das políticas públicas, “que visem à redução de riscos de doenças
1809 e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e
1810 igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”, é papel do
1811 Estado; considerando a Medida Provisória nº 621, de 9 de julho de 2013, posteriormente
1812 convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos
1813 para o Brasil (PMMB), programa governamental que obteve reconhecido êxito em seus
1814 objetivos até meados de 2018 (ano em que houve encerramento do Convênio do Brasil com a
1815 OPAS), quando alcançou resultados significativos no provimento de médicos em municípios e
1816 regiões de maior necessidade, com ampliação da cobertura da Atenção Básica, inclusive para
1817 a população indígena, com mais de 70% dos municípios brasileiros atendidos pelo projeto e
1818 beneficiando 63 milhões de brasileiros; considerando a Recomendação nº 17, de 12 de abril de
1819 2019, na qual o CNS, dirigindo-se ao Ministério da Saúde, recomenda que se garanta o
1820 provimento das Áreas do Perfil 1, 2 e 3 do PMMB, em que permanecem vazios assistenciais;
1821 que os novos editais contemplem profissionais formados no exterior, caso profissionais
1822 brasileiros não preencham a totalidade das vagas e que promovam a renovação de contrato
1823 para profissionais do PMMB que queiram permanecer no referido Programa; considerando que
1824 a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde é competência do SUS,
1825 conforme disposto no Art. 200, III da Constituição Federal de 1988; considerando que, segundo
1826 a Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, quarta diretriz, inciso XXVII, é competência
1827 do CNS, deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a
1828 Saúde no SUS; considerando que o CNS é uma instância colegiada, deliberativa e permanente
1829 do SUS em cada esfera de governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da
1830 Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com
1831 composição, organização e competência fixadas pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de
1832 1990; considerando que o Acórdão TCU 1130/2017 do Tribunal de Contas da União, reforça
1833 que o Conselho de Saúde é o principal responsável pela aprovação da estratégia da saúde, da
1834 estrutura de gerenciamento de riscos (incluindo o estabelecimento, manutenção,
1835 monitoramento e aperfeiçoamento do sistema de controle interno) e do estabelecimento da
1836 função de auditoria interna; e que os resultados das conferências de saúde, das pactuações
1837 entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite
1838 (CIT) e das audiências públicas, as diretrizes do conselho de saúde, e, no caso dos estados, os
1839 planos de saúde municipais devem ser aprovados pelo conselho de saúde; considerando a
1840 Resolução CNS nº 554, de 15 de setembro de 2017, que estabelece, em sua primeira diretriz,
1841 que os Conselhos de Saúde têm a prerrogativa e a responsabilidade objetiva de estabelecer as
1842 diretrizes para a gestão e para a atenção à saúde em sua esfera de competência e, em sua
1843 segunda diretriz, que os Conselhos de Saúde e o Governo, em suas três esferas, devem ter
1844 ciência de que toda pactuação em saúde deve ser feita com base em informações sobre as
1845 necessidades de saúde e as possibilidades para a articulação regional no contexto da
1846 integralidade da saúde; considerando que a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Art. 4º,
1847 inciso VI, estabelece que, para as esferas estaduais e municipais receberem os repasses
1848 federais para a saúde, deverão instituir Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos
1849 e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos, contado da publicação da referida lei, para
1850 sua implantação; considerando que a Constituição Federal de 1988 (EC 56/2007) estabelece
1851 em seu Art. 37, inciso II, que “a investidura em cargo ou emprego público depende de
1852 aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a
1853 natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as

nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração”; considerando que, em 01 de agosto de 2019, o Governo Federal protocolou junto ao Congresso Nacional, a Medida Provisória 890/2019, que institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde no SUS, como programa de provimento e fixação de médicos no Brasil, e autoriza o Poder Executivo Federal a instituir serviço social autônomo, na forma jurídica de direito privado, denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS, com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde, privatizando dessa maneira a Atenção Básica em Saúde no país; considerando que a MP 890/2019, aprovada pelo Senado Federal, em 27 de novembro de 2019, estabelece que a forma de contratação de recursos humanos passará a ser por processo seletivo público e não concurso público, e que substitui o plano de carreiras, cargos e vencimentos por estratificação de salários por tempo de serviço; considerando que o Governo Federal, ao encaminhar a MP 890/2019, diretamente ao Congresso Nacional, sem debate democrático e aprovação do CNS quanto à matéria, desrespeitou o Art. 198, inciso I, da Constituição Federal de 1988, no que tange à participação da comunidade na construção das ações e serviços públicos de saúde, bem como a LC 141/2012, em seu Art. 17, que atribui ao CNS a competência de deliberar acerca dos recursos públicos destinados à área da saúde; considerando que a MP 890/2019 desrespeita a Resolução CNS nº 617, de 23 de agosto de 2019, pois desconSIDERA as diretrizes da 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS), como: a - garantir e ampliar o Programa Mais Médicos expandindo a cobertura dos municípios para 100% e priorizando os territórios com maior população e mais vulneráveis, assegurando um cuidado integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); b - fortalecer e ampliar o Programa Mais Médicos e as Residências de Medicina de Família e Comunidade para evitar a rotatividade dessa categoria profissional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); c - garantir a permanência do Programa Mais Médicos em todos os municípios e macrorregiões, incluindo populações indígenas, quilombolas e classes minoritárias, seguindo o número mínimo de médicos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tanto quanto para as suas especialidades; e considerando que, entre as diretrizes da 16ª CNS, também figurava a necessidade de manter e fortalecer o Programa de Residência Médica e o Programa Mais Médicos em parceria com as universidades para benefício da comunidade e defesa da qualidade da formação de profissionais em atuação, ampliando a cobertura territorial com consequente aumento qualitativo da atenção e do quantitativo da população atendida; assegurar a continuidade do Programa Mais Médicos e consolidá-lo nas diversas regiões de saúde dos estados brasileiros, com a ampliação do número de vagas para os municípios de pequeno porte, garantindo infraestrutura, recursos humanos e financiamento, conforme a necessidade, os indicadores e o Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios e levando em conta não somente a análise per capita, como também a análise de vulnerabilidade e oferta do profissional médico; e aumentar a proporção de recursos públicos investidos na Atenção Básica à Saúde, garantindo a ampliação de estrutura e a cobertura populacional, instituindo a responsabilidade sanitária com envolvimento do controle social, com intuito de atender as necessidades específicas de cada região de saúde, mantendo o financiamento do programa Mais Médicos, em capitais com perfil 3 (três) que apresentam áreas de perfil 4 (quatro) a 7 (sete). Recomenda: ao Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), à Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e ao Tribunal de Contas da União (TCU) que promova a realização de uma investigação de inconstitucionalidade da MP 890/2019, aprovada no Senado Federal em 27 de novembro de 2019; e às Assembleias Legislativas Estaduais, Câmaras de Vereadores e Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde que realizem audiências públicas sobre o tema, com a finalidade de avaliar os impactos da medida provisória aprovada associada aos prejuízos já causados pela publicação da Portaria MS 2.979/2019. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com um voto contrário e duas abstenções.** 8) Recomendação. O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, de 6 de dezembro de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária realizada nos dias 05 e 06 de dezembro de 2019, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/1988) que, em seu Art. 196, determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas

1914 que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário
1915 às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”; considerando que os
1916 Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas do SUS que implementam a diretriz
1917 constitucional de participação social na gestão da saúde, conforme Art. 198, inciso III da
1918 Constituição Federal de 1988; considerando que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990
1919 (Lei Orgânica do SUS), determina o papel do Estado quanto à saúde, em seu Art. 2º, parágrafo
1920 1º, nos seguintes termos: “O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e
1921 execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de
1922 outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e
1923 igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e
1924 recuperação”; considerando que a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe que o
1925 CNS, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço,
1926 profissionais de saúde e usuários, em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação e
1927 no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e
1928 financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua
1929 amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º da Resolução CNS nº 407, de 12 de
1930 setembro de 2008); considerando a Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que, entre outras
1931 providências, regulamenta o § 3o do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os
1932 valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e
1933 Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos
1934 recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das
1935 despesas com saúde nas três esferas de governo; considerando o aprofundamento recente do
1936 quadro de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja participação das
1937 despesas classificadas como ações e serviços públicos de saúde para o cômputo do piso tem
1938 apresentado redução como proporção da receita corrente líquida da União, sendo estimada em
1939 13,74% em 2020; considerando que várias programações no Projeto de Lei Orçamentária 2020
1940 do Ministério da Saúde estão com valores fixados abaixo da variação do IPCA/IBGE em
1941 comparação a 2019, o que caracteriza queda real de recursos no contexto do
1942 subfinanciamento crônico SUS; e considerando que reportagem divulgada no site “Congresso
1943 em Foco”, informa a retirada de R\$ 500 milhões da programação do Fundo Nacional de Saúde
1944 no Projeto de Lei Orçamentária 2020 da União para aumentar a programação do Fundo
1945 Eleitoral (disponível em <https://congressoemfoco.uol.com.br/economia/r-500-milhoes-da-saude-vai-para-o-fundo-eleitoral-diz-ministro/>). Recomenda ao Presidente do Congresso Nacional: 1)
1946 A devolução da importância de R\$ 500 milhões para a programação orçamentária do Fundo
1947 Nacional de Saúde de 2020, que foi retirado para aumentar a programação do Fundo Eleitoral;
1948 2) A retirada integral das condicionalidades das programações orçamentárias vinculadas à
1949 saúde em diferentes órgãos que estão condicionadas à autorização posterior do Congresso
1950 Nacional para emissão de títulos da dívida pública para o financiamento das despesas
1951 correntes que resultarão em aumento da dívida pública; e 3) Que envie esforços para debater
1952 com os deputados federais e senadores para avaliar o Projeto de Lei Orçamentária 2020, de
1953 modo a identificar os órgãos orçamentários do Poder Executivo e de quais programações serão
1954 retirados recursos para aumentar as programações da Função 10 (Saúde) na área de atenção
1955 primária. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. 9)** Recomendação.
1956 O texto é o seguinte: Recomendação nº 000, de 6 de dezembro de 2019. O Plenário do
1957 Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária
1958 realizada nos dias 05 e 06 de dezembro de 2019, no uso de suas competências regimentais e
1959 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28
1960 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto
1961 nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República
1962 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que os
1963 Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas do SUS que implementam a diretriz
1964 constitucional de participação social na gestão da saúde, conforme Art. 198, inciso III da
1965 Constituição Federal de 1988; considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que,
1966 entre outras garantias, dispõe sobre o princípio constitucional de participação da comunidade
1967 na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e que o CNS, órgão colegiado composto por
1968 representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, em
1969 caráter permanente e deliberativo, atua na formulação e no controle da execução da Política
1970 Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na
1971 promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores
1972 público e privado; considerando ser atribuição legal do Ministério da Saúde, nos termos da Lei
1973

1974 nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 16, II, a, de participar da definição das políticas de
1975 meio ambiente, bem como de manter permanente articulação com áreas como a do meio
1976 ambiente, conforme prevê o Art. 13 da Lei nº 8.080/1990; considerando a retirada do Ministério
1977 da Saúde do rol de membros do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), nos termos
1978 do Decreto nº 9.806, de 28 de maio de 2019; considerando ser o meio ambiente um importante
1979 determinante social da saúde, tendo em vista a interferência com as condições de saúde das
1980 pessoas e a necessidade de um meio ambiente saudável para uma experiência de vida digna;
1981 e considerando o compromisso deste CNS com o monitoramento da execução e
1982 implementação dos ODS, Agenda 2030 da Organização Mundial de Saúde (OMS),
1983 especificamente o objetivo de nº 3, que indica o dever de “assegurar uma vida saudável e
1984 promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Recomenda à Presidência da
1985 República e ao Ministério do Meio Ambiente que inclua o Ministério da Saúde no Conselho
1986 Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), em cumprimento da lei vigente e em atenção à missão
1987 institucional do Ministério da Saúde. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com um**
1988 **voto contrário. 10)** Minuta de recomendação decorrente do item 10 (impactos na saúde
1989 causados pelo vazamento de óleo no mar). **Deliberação: após considerações, o Pleno**
1990 **decidiu aprovar, com uma abstenção, o mérito da minuta de recomendação, com**
1991 **acréscimos ao texto, dada a urgência do tema. O texto final, concluído após a reunião do**
1992 **Pleno do CNS, considerando as sugestões apresentadas, é o seguinte: “Recomendação**
1993 **nº 056, de 6 de dezembro de 2019.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em
1994 sua Trecentésima Vigésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de dezembro
1995 de 2019, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080,
1996 de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei
1997 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de
1998 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da
1999 legislação brasileira correlata; e considerando o que dispõe a Constituição da República
2000 Federativa do Brasil de 1988, em especial os seus artigos 196 a 198; considerando que o texto
2001 constitucional determina que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo
2002 ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle,
2003 devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa
2004 física ou jurídica de direito privado (Art. 197 da CF/1988); considerando o marco normativo que
2005 foi a inserção do Art. 225 na CF/1988, tendo em vista que a partir dele todos têm direito ao
2006 meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia
2007 qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e
2008 preservá-lo para as presentes e futuras gerações; considerando que, por força da previsão
2009 constitucional, o meio ambiente constitui-se em direito fundamental, pertencente a toda a
2010 população, e as condutas e atividades consideradas lesivas ao meio ambiente sujeitarão os
2011 infratores, pessoas físicas ou jurídicas, a sanções penais e administrativas, independentemente
2012 da obrigação de reparar os danos causados; considerando que no dia 30 de agosto de 2019, o
2013 país assistiu à notícia do aparecimento de manchas de petróleo nas praias de Jacumã e
2014 Tambaba, no Município de Conde, na Paraíba, e que o número de praias, rios, ilhas e mangues
2015 atingidos pelo óleo cru continua aumentando e chegou a 803, segundo balanço divulgado em
2016 28 de novembro de 2019, pelo Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais
2017 Renováveis (Ibama); considerando que, ao todo, ao menos 126 municípios de todos os nove
2018 Estados do Nordeste, do Espírito Santo e do Rio de Janeiro foram afetados por fragmentos ou
2019 manchas de petróleo cru desde 30 de agosto e que o balanço indica que 28 localidades ainda
2020 estão com manchas de óleo, outras 456 têm fragmentos da substância e 319 são consideradas
2021 “limpas”; considerando que os pontos com mais de 10% de contaminação estão
2022 exclusivamente em Alagoas (6), na Bahia (15), no Piauí (2), em Pernambuco (1) e em Sergipe
2023 (4); considerando que a nota sobre derramamento de petróleo nas praias do Nordeste,
2024 lançada pela Fiocruz no dia 31 de outubro de 2019, chama a atenção para o fato de que os
2025 dados divulgados sobre os locais atingidos apontam para situações e níveis de contaminação
2026 diversos, sendo que diferentes grupos populacionais, como militares e defesa civil, pescadores
2027 e marisqueiras, voluntários, entre outros, estão expostos aos riscos de contaminação, seja por
2028 inalação, contato dérmico ou ingestão de alimentos contaminados; considerando que há
2029 necessidade de permanente monitoramento, ainda que o Ministério da Saúde, até o momento,
2030 avalie que o impacto para a saúde pública é baixo, levando em consideração: a) as denúncias
2031 feitas pelas comunidades quilombolas e extrativistas dos agravos à saúde que se avolumam
2032 diariamente; b) a real dimensão das consequências dessa tragédia para a saúde humana,
2033 animal e ambiental, a curto, médio e longo prazo; considerando que, após o vazamento do

2034 petróleo, as comunidades quilombolas e extrativistas, que dependem da pesca para sobreviver,
2035 perderam seu sustento uma vez que esses profissionais não estão conseguindo vender seu
2036 produto e as famílias não estão tendo renda, caracterizando um atentado contra a soberania e
2037 segurança alimentar e nutricional dessas comunidades, já tão ameaçadas pelo racismo
2038 ambiental e institucional, impondo a essas populações uma situação de fome; considerando
2039 que, além de todas as questões acima elencadas, houve uma negligência por parte governo
2040 federal na tomada de medidas necessárias e oportunas, uma clara consequência do desmonte
2041 de órgãos de controle social fundamentais para a mobilização e articulação da sociedade e do
2042 poder público para o enfrentamento de tragédias dessa magnitude, a exemplo do Conselho
2043 Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA); do Conselho Nacional de
2044 Assistência Social (CNAS); do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH); e do
2045 Conselho Nacional do Meio Ambiente (CNMA); considerando que o Plano Nacional de
2046 Contingência para Incidentes de Poluição por Óleo (PNC) foi acionado tardiamente, e
2047 considerando a necessidade da promoção de territórios saudáveis e sustentáveis nas
2048 comunidades quilombolas e extrativistas. Recomenda: Ao Ministério da Saúde, articulado com
2049 Estados e Municípios atingidos: 1. Que sejam intensificadas as ações de vigilância em saúde
2050 nas regiões afetadas a partir da delimitação e enfrentamento dos riscos socioambientais e
2051 sanitários, com a participação das populações expostas; 2. Que sejam implementadas as
2052 ações de vigilância, atenção e promoção de saúde do trabalhador e trabalhadora, bem como
2053 que a organização do plano de resposta, reabilitação e recuperação inclua diretamente os
2054 trabalhadores atingidos, especialmente aqueles oriundos de comunidades quilombolas e
2055 extrativistas; 3. Que seja estabelecido o cadastramento das populações expostas nas
2056 localidades afetadas, incluindo os trabalhadores e voluntários envolvidos na limpeza das
2057 praias, estabelecendo uma linha de base para que seja dado acompanhamento a médio e
2058 longo prazo dos impactos na saúde, incluindo os efeitos sobre a saúde mental; 4. Que a
2059 Vigilância Sanitária implemente as ações necessárias para o monitoramento regular e
2060 estimativa de riscos decorrentes da ingestão e consumo de pescados e frutos do mar nas
2061 regiões atingidas direta e indiretamente pelo petróleo cru; 5. Que seja estabelecido protocolo
2062 de atendimento para populações expostas com notificação obrigatória via Sistema de
2063 Informação de Agravos de Notificação (Sinan) para os casos suspeitos e/ou confirmados de
2064 contaminação por petróleo cru; 6. Que seja implementado um processo de qualificação da
2065 Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família para identificação de sinais e sintomas de
2066 contaminação por petróleo cru, em articulação com a Vigilância em Saúde para o
2067 monitoramento, diagnósticos e cuidados em saúde; 7. Que sejam garantidas as condições para
2068 que os serviços de saúde deem as respostas adequadas aos problemas de saúde decorrentes
2069 da exposição à que a população está sujeita, incluídos os relacionados a saúde mental e
2070 atenção psicossocial para as comunidades diretamente afetadas, com provisionamento de
2071 recursos humanos e materiais, além de treinamento protocolar para todas as esferas de
2072 atenção implicadas no cuidado das populações expostas; 8. Que sejam fomentadas pesquisas
2073 científicas, desenhadas com a participação efetiva das populações quilombolas e extrativistas,
2074 sobre os impactos da exposição ao petróleo na saúde e no meio ambiente, a médio e a longo
2075 prazos; 9. Que sejam estabelecidos mecanismos de governança e gestão compartilhada entre
2076 governos municipais, estaduais e federal, instituições de Ciência e Tecnologia e populações
2077 expostas, para acompanhar os diagnósticos e estudos sobre os impactos do derramamento de
2078 petróleo cru sobre a saúde das populações e ecossistemas em curto, médio e longo prazos; e
2079 10. Que seja criado um programa emergencial de apoio às ações do SUS nos estados e
2080 municípios atingidos, especialmente a partir de processos formativos para vigilância sanitária,
2081 epidemiológica, em saúde ambiental e saúde do trabalhador e da trabalhadora, em articulação
2082 com a Atenção Básica e Rede de Laboratórios. Ao Ministério do Meio Ambiente: 1. Que sejam
2083 monitorados os impactos ambientais do petróleo cru nas regiões atingidas, com divulgação
2084 regular (semanal e mensal) dos resultados sobre os níveis de contaminação das águas, peixes
2085 e animais marinhos, bem como sobre os efeitos nos ecossistemas marinhos e costeiros. À
2086 Petrobrás: 1. Que sejam implementadas as ações de monitoramento do decaimento da
2087 contaminação ambiental com ampla e contínua divulgação das informações geradas. Ao
2088 Ministério Público Federal e Defensoria Pública da União: 1. Que promovam ações pertinentes
2089 à responsabilização do governo federal acerca da tragédia crime, uma vez que o PNC (Plano
2090 Nacional de Contingência para Incidentes de Poluição por Óleo) não foi acionado a tempo. Ao
2091 Ministério da Economia: 1. Que sejam tomadas, urgentemente, as medidas de reparação
2092 financeira às comunidades quilombolas e extrativistas que dependem da pesca para sobreviver
2093 e perderam seu sustento em consequência do derramamento de petróleo. Por fim, conselheira

2094 **Manuelle Maria Marques Matias**, da CIRHRT/CNS, apresentou o calendário de reuniões da
2095 CIRHRT para 2020. **Deliberação: o calendário de reuniões da CIRHRT para 2020 foi**
2096 **aprovado, com duas abstenções (provável que seja necessário rever a data da reunião**
2097 **de julho por conta da realização da 6ª CNSI). Coordenação Nacional de Plenárias de**
2098 **Conselhos de Saúde –** Foi feito informe, mas sem deliberação. **ENCERRAMENTO –** Nada
2099 mais havendo a tratar, conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do
2100 CNS, às 15h15, encerrou a última reunião do CNS de 2019, com votos de boas festas e um
2101 ano pleno de novas energias e conquistas. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e
2102 conselheiras na tarde do segundo dia de reunião: