



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Relatório da

16ª Conferência Nacional de Saúde

Versão preliminar

2019 Conselho Nacional de Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.



Tiragem: 1ª edição – 2019 – exemplares preliminares para lançamento na Fiocruz-RJ.

Elaboração, distribuição e informações:

Conselho Nacional de Saúde

Secretaria-Executiva

Coordenação Técnico-Normativa

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo, Ala B

1º andar, sala 109B

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Site: www.conselho.saude.gov.br

E-mail: cns@saude.gov.br

Presidente do Conselho Nacional de Saúde: Fernando Pigatto

Secretária Executiva: Ana Carolina Dantas

Secretário Executivo Substituto: Marco Aurélio Pereira

Mesa Diretora do CNS: André Luiz, Elaine Junger Pelaez, Fernando Pigatto, Jurandir Frutuoso, Moysés Toniollo, Neilton Araújo, Priscilla Viegas e Vanja dos Santos

Projeto gráfico e Ilustração: Conselho Nacional de Saúde

Edição: Danilo Castro e Viviane Claudino

Fotos: Willian Barreto, Lucas dos Anjos, Artur Custódio, Silvia Leite, Luiz Parahyba, Júlia Trindade, Quemuel Abner, Daniel Spirin, Wilson Ribeiro, Edmildo Cirilo, Arthur Barbalho, Fernando Santt e Revista Radis.

Revisão: Laura Fernandes (CNS) e Andréia Marques (Cobra Criada)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Título para indexação: Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8)

“

Saúde é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo”

Sérgio Arouca, 1986

Presidente da Comissão Organizadora da
8ª Conferência Nacional de Saúde

LISTA DE SIGLAS:

AB - Atenção Básica

ACE - Agente de Combate a Endemias

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADI - Ação de Inconstitucionalidade

APS - Atenção Primária em Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS - AD - Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CASAI - Casa de Apoio ao Índio

CER - Centro Especializado de Reabilitação

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIR - Comissão Intergestores Regional

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CLS - Conselho Local de Saúde

CLT - Consolidação das Leis de Trabalho

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONDISI - Conselho Distrital de Saúde Indígena

CSDF - Conselho de Saúde do Distrito Federal

CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido

DPVAT - Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

DRU - Desvinculação da Receita da União

EC - Emenda Constitucional

ESF - Estratégia Saúde da Família

EPIs - Equipamentos de Proteção Individual

IBGE - Instituto Brasileiro Geografia e Estatística

ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados

IST - Infecção sexualmente transmissível

LGBTI+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros e Intersexuais .
Uso do + como símbolo para outras orientações sexuais, identidades e expressões de gênero.

LC - Lei Complementar

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentária

LOA - Lei Orçamentária Anual

MEC - Ministério da Educação

MP - Medida Provisória

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OS - Organizações Sociais

OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PES - Plano Estadual de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PMS - Plano Municipal de Saúde

PEC - Proposta de Emenda Constitucional

PIB - Produto Interno Bruto

PICS - Práticas Integrativas e Complementares

PLP - Projeto de Lei Complementar

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PPA - Plano Plurianual

PPI - Programação Pactuada Integrada

PSE - Programa Saúde na Escola

Programa Saúde na Hora - Programa de Extensão de Horário de Funcionamento das UBS

RAG - Relatório Anual de Gestão

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SESAI - Secretaria de Saúde do Indígena

SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SISCAN - Sistema de Informações sobre Câncer

SISNAN - Sistema Nacional de Agravos Notificáveis

SISREG - Sistema de Informação sobre Regulação

SRT - Serviço de Residência Terapêutica

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

TADOMA - Método de comunicação utilizado pelos indivíduos surdos-cegos, em que a pessoa surdo-cego coloca o polegar na boca do falante e os dedos ao longo do queixo

TRIPS-PLUS - Aspectos comerciais relacionados aos direitos de propriedade intelectual/patentes

TFD - Tratamento Fora de Domicílio

UBS - Unidade Básica de Saúde











PRESSUPOSTOS NORMATIVOS:

Ação de Inconstitucionalidade nº 5658 - pleiteia a inconstitucionalidade de parcela dos dispositivos constitucionais incluídos pela Emenda Constitucional 95/2016. Constituição Federal 1988.

Decreto nº 7508/2011 - Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Decreto nº 9.463, de 8 de agosto de 2018, convoca a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Emenda Complementar nº 86/2015 - Altera os Arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.

Emenda Constitucional nº 93/2016 - Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Emenda Constitucional nº 95/2016 - Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. (Lei de Responsabilidade Fiscal) - Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

Lei Complementar nº 141/2012 - Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Lei nº 10216/2001 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Lei nº 10742/2003 - Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências.

Lei nº 13.595/2018 - Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

Lei nº 13146/2015. (Lei Brasileira de Inclusão) - Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Lei nº 13587/2017 - Estima a receita e fixa a despesa da

União para o exercício financeiro de 2018.

Lei nº 8.666/1993 - Regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

Lei nº 8080/1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei nº 8142/1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Lei nº 8689/1993 - Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências.

Medida Provisória nº 795/2017 - Tributação da exploração de petróleo e gás

Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS - Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas

Nota Técnica nº 338, de 2016/CGUE/DAHU/SAS/MS - Expõe critérios para a Renovação de Frota do SAMU 192 no ano de 2016.

Portaria GM/MS nº 158/2016 - Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

Portaria GM/MS nº 1631/2015 - Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Portaria GM/MS nº 199/2014 - Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, aprova as Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e institui incentivos financeiros de custeio.

Portaria GM/MS nº 2.436/ 2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria GM/MS nº 3.588/2017 - Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Portaria GM/MS nº 3.659/2018 - Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.

Portaria GM/MS nº 3388/2013 - Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Portaria GM/MS nº 825/ 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

Portaria GM/MS nº 90/2008 - Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família.

Projeto de Lei 6.922/2002 – (PEC do Veneno) - Autor: Senado Federal - BLAIRO MAGGI - SPART/MT Ementa: Altera os Arts 3º e 9º da Lei nº 7.802, de 11 de julho de 1989, que dispõe sobre a pesquisa, a experimentação, a produção, a embalagem e rotulagem, o transporte, o armazenamento, a comercialização, a propaganda comercial, a utilização, a importação, a exportação, o destino final dos resíduos e embalagens, o registro, a classificação, o controle, a inspeção e a fiscalização de agrotóxicos, seus componentes e afins, e dá outras providências. Dados Complementares: Dispõe que o registro prévio do agrotóxico será o do princípio ativo; dá competência à União para legislar sobre destruição de embalagem do defensivo agrícola.

Projeto de Lei Complementar nº 01/2003 - Regulamenta dispositivo da Constituição Federal de 1988 (Emenda Constitucional nº 29, de 2000), que trata da aplicação de recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde.

Projeto de Lei Complementar nº 321/2013 - Altera dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro

de 2012, e dá outras providências.

Projeto de Lei nº 37/2019 - Autor: Luis Miranda - DEM/DF. Ementa: Altera a Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro, para permitir que o condutor, com 16 anos completo ou mais, possa dirigir acompanhado dos pais ou responsável legal.

Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008 - aprovar o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde.

Resolução nº 568, de 8 de dezembro de 2017, aprova as etapas preparatórias da 16ª CNS (8ª+8).

Resolução nº 594, de 9 de agosto de 2018, aprova o Regimento da 16ª CNS (8ª+8), que tem por tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”.

Resolução nº 595, de 13 de setembro de 2018, aprova a composição da Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Resolução nº 602, de 8 de novembro de 2018, altera itens do Regimento da 16ª CNS (8ª+8).

Resolução nº 612, de 13 de dezembro de 2018, aprova o Regulamento da Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8 CNS).

Resolução nº 613, de 13 de dezembro de 2018, aprova as diretrizes metodológicas para a 16ª Conferência Nacional de Saúde – 16ª CNS (8ª+8).

AGRADECIMENTOS

A 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) envolveu e mobilizou pessoas, instituições, representações e sonhos em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), dos direitos sociais, da democracia, da saúde e da vida digna. Por isso e por todos os envolvidos no processo da conferência, é imprescindível agradecer.

A Gratidão é um ato racional de reconhecimento por algum benefício e que revela profundo vínculo e afeto entre pessoas, instituições, serviços, vidas. Em meio ao sentimento de satisfação, de alegria, de compromisso e de missão cumprida, nos cabe a certeza de muitas lutas e de que juntos somos mais e fortes.

E é com esse sentimento que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) agradece a todos que direta e indiretamente contribuíram para o sucesso de 16ª Conferência e, em nome do Controle Social brasileiro, registramos nossos agradecimentos à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

“

Aqueles que passam por nós,
não vão sós, não nos deixam
sós. Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós”.

Saint-Exupéry

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. PERFIL DOS PARTICIPANTES	24
2.1. A participação nas etapas municipal e estadual da 16ª Conferência	28
3. CONFERÊNCIAS LIVRES	46
4. A ETAPA NACIONAL	54
4.1. Mesa de Debate 1 - “Saúde como direito”	67
4.2. Mesa de Debate 2 – “Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)”	70
4.3. Mesa de Debate 3 – “Financiamento adequado e suficiente para o SUS”	76
4.4. Ato em defesa do SUS	81
4.5. Carta dos ex-ministros de Saúde	84
4.6. Grupos de Trabalho	86
4.7. Tenda Paulo Freire – SUS EmCena e Espaço de Cuidados Neide Rodrigues	91
4.8. Atividades Autogestionadas	95
5. PROPOSIÇÕES E DELIBERAÇÕES	100
5.1. Diretrizes e Propostas	103
5.1.1. Eixo Transversal: Saúde e Democracia	103
5.1.2. Eixo I – Saúde como Direito	111
5.1.3. Eixo II – Consolidação dos Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)	121
5.1.4. Eixo III - Financiamento adequado e suficiente para o Sistema Único de Saúde (SUS)	136
5.2. Moções de Recomendação	146
5.3. Moções de Apelo	146
5.4. Moções de Apoio	152
5.5. Moções de Repúdio	160
6. INCIDÊNCIA DAS DELIBERAÇÕES NO PLANO PLURIANUAL E NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE	164
6.1. Diretrizes e Propostas Destacadas Para O Plano Plurianual (PPA) 2020-2023	166
7. ATOS NORMATIVOS PREPARATÓRIOS	173
7.1. Artigos das Leis Orgânicas da Saúde	173
7.2. Decreto Nº 9.463, de 8 de agosto de 2018.	173
7.3. Documento Orientador de Apoio Aos Debates	174
7.4. Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS)	197
7.5. Regulamento da Etapa Nacional	223
7.6. Diretrizes Metodológicas	231
8. GUIA DE ACESSIBILIDADE	238
9. COMISSÕES	238
10. FICHA TÉCNICA	252



APRESENTAÇÃO

ESCREVEMOS MAIS UM CAPÍTULO DA HISTÓRIA DO SUS

Munidos pelo espírito de luta e solidariedade, pela democracia, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Brasil, os mais de cinco mil participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), realizada na capital federal de 4 a 7 de agosto de 2019, escreveram mais um capítulo da história da saúde pública brasileira. Este é um documento de referência para o país: o relatório do maior evento participativo que já construímos até hoje, neste difícil momento histórico.

As próximas páginas reúnem um conjunto de relatos e deliberações que representam os desejos e sonhos do povo brasileiro. Afinal, as etapas preparatórias percorreram todo o Brasil. Mais de quatro mil e seiscentas conferências com participação popular reuniram cerca de um milhão de pessoas. A força da construção coletiva reunida aqui vai nortear os diversos setores da saúde do país e as ações do Ministério da Saúde (MS) para o SUS pelos próximos anos. Como cidadãos e cidadãos brasileiros, cumprimos o nosso papel, construímos e vivenciamos a democracia na sua plenitude, fizemos com que a Constituição de 1988 e a presença da comunidade na gestão do SUS se efetivassem.

Estas páginas reúnem as lutas sociais nas suas diferenças. A contribuição de cada segmento da saúde foi fundamental nesse processo. Estamos fortalecendo a garantia do SUS como nós sonhamos. Este relatório contempla as 31 diretrizes e 329 propostas oriundas de todos os estados brasileiros. Além disso, há 56 moções que marcaram o posicionamento do evento. A 16ª Conferência trouxe o tema Democracia e Saúde, trabalhando três eixos: Saúde como Direito, Consolidação do SUS e Financiamento Adequado para o SUS.

Este evento, admirado no mundo inteiro por ser um braço fundamental para a gênese da saúde pública nos moldes atuais, fez um resgate à 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, após intensas manifestações que resultaram na Reforma Sanitária Brasileira, responsável por definir as bases para a Constituição de 1988 e a construção do SUS. As propostas resultantes da nossa 16ª Conferência devem orientar o Plano Plurianual 2020-2023, o Plano Nacional de Saúde e o desenvolvimento de uma série de políticas públicas da área saúde.

Precisamos continuar de cabeça erguida, ainda que o cenário seja de desfinanciamento, principalmente devido à Emenda Constitucional 95/2016, que tem ferido de morte a maior política social que já construímos no Brasil e a vida dos usuários e usuárias do SUS. Conseguimos retratar neste relatório um debate valiosíssimo sobre o futuro das nossas vidas. Com este documento, que representa uma vitória da saúde pública brasileira, temos muito a fazer. Está em nossas mãos o seu melhor aproveitamento. Os resultados da nossa conferência não acabaram aqui, dependem de continuarmos caminhando e olhando para o horizonte, acreditando nos nossos sonhos e lutando. Viva o SUS, viva a democracia, viva o povo brasileiro!

Fernando Pigatto

Presidente do CNS

1. INTRODUÇÃO

A 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), conhecida pela marca da 8ª+8, em referência à relevância da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e que deu origem às bases políticas e operacionais que permitiram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), percorreu um longo processo até a etapa nacional, realizada no período de 4 a 7 de agosto de 2019, em Brasília.

A 16ª Conferência foi oficializada através do Decreto de Convocação nº 9463/2018. A partir deste ato, foi constituída a Comissão Organizadora da referida conferência, compostas pelos membros da Mesa Diretora e das Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com aprovação, pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde, da Resolução nº 595/2018.

A Comissão de Organização, instituiu amplo debate com conselheiros profissionais de saúde, gestores e prestadores, usuários, movimentos sociais e sindicais, que elaborou um documento orientador, o qual foi disponibilizado aos municípios e estados, para subsidiar os debates locais.

Entre outras comissões constituídas, a Comissão de Relatoria foi composta por diferentes representações, respeitando os segmentos e os instrumentos norteadores da 16ª Conferência. As atribuições da Comissão de Relatoria incluíam a preparação do relatório síntese das Conferências Estaduais de Saúde, apresentado e discutido na etapa nacional da Conferência, e a sistematização das propostas e diretrizes aprovadas nos intensos debates realizados durante os dias que os delegados e delegadas estiveram em Brasília.

Além dessa atribuição, acreditamos que seria necessário organizar um documento que permitisse o registro da 16ª Conferência para a memória da história da saúde no Brasil. A estruturação do presente relatório procurou dar conta dessa condição e foi feita de forma que se materialize a singularidade de cada momento e ações ofertadas e experienciadas por cada um(a) e, no seu todo, que representasse a relevância para a história do nosso sistema de saúde e para o contexto em que vivemos.

A 16ª Conferência foi um processo bastante amplo de mobilização, que envolveu um grande conjunto de atividades de debates temáticos e conjunturais, com temas gerais, mas também com um esforço muito grande de inclusão, seja de populações específicas ou de temas singulares, mas que tiveram grande capacidade de dar visibilidade a situações que reivindicam esforços das políticas e das instituições para a produção de equidade, integralidade e cidadania.

Por isso, os registros da 16ª Conferência, remetem-se à largada do processo de conferência, com a Resolução do CNS nº 568, de 8 de dezembro de 2017 que deliberou sobre a realização da Etapa Nacional e incluiu como parte integrante da etapa preparatória, das seguintes atividades:

A 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu, de 17 a 20 de agosto de 2017); a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS, de 27 de fevereiro a 2 de março de 2018); o Fórum Social Mundial, 13 a 17 de março de 2018; a Semana da Saúde, de 2 a 8 de abril de 2018; o Congresso Internacional da Rede

Unida, de 30 de maio a 2 de junho de 2018; o Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), de 26 a 29 de julho de 2018; outras atividades temáticas coordenadas pelas Comissões Intersetoriais do CNS de forma articulada com as questões transversais de equidade, saúde de pessoas com patologias, ciclos de vida, promoção, proteção e práticas integrativas, alimentação e nutrição e educação permanente como: I. Saúde das Pessoas com Deficiência; II. Assistência Farmacêutica e Ciência e Tecnologia; III. Saúde Bucal; IV. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; V. Saúde Mental; VI. Saúde da População Negra; VII. Recursos Humanos e Relações de Trabalho; e VIII. Orçamento e financiamento; bem como: o Fórum Alternativo Mundial da Água, de 17 a 22 de março de 2018; a 1ª. Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde, de 18 a 20 de abril de 2017; o 34º Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, de 25 a 27 de julho de 2018; o Grito dos Excluídos: contra a exclusão social, em 07 de setembro de 2018; 1ª. Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde, de 16 a 18 de novembro de 2018; o V Encontro Nacional de Comitês de Ética em pesquisa (Encep), de 26 a 27 de novembro de 2018; o 2º Seminário Nacional de Saúde das Mulheres, de 29 de novembro a 1 de dezembro de 2018; as seis Oficinas da Macrorregionais da COFIN, no primeiro semestre de 2019.

A Resolução do CNS nº 594/2018, que dispõe sobre o Regimento da 16ª Conferência, no seu artigo 3º, acrescentou como Atividades Preparatórias, de caráter formativo e sem caráter deliberativo, antecedendo as etapas Municipal, Estadual/Distrito Federal e Nacional: Plenárias Populares, com a participação de conselheiras



16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
**DEMOCRACIA E
SAÚDE**
Brasília - DF, 4 a 7 de agosto de 2019

CNS Conselho Nacional
de Saúde



e conselheiros municipais, estaduais e nacionais, entidades e movimentos sociais, populares e 4 sindicais, Conferências livres, compreendidas como os Debates, Encontros e Plenárias para promover a participação nas etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal e Nacional.

O esforço de tornar as Conferências abrangentes e mobilizadoras, conforme determina o Parágrafo 1º, do Artigo 1º, da Lei Federal nº 8080/1990, para que deem conta de “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” é progressivo e responde à aprendizagem da sociedade e dos órgãos de controle social há algumas décadas.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, como o tema “Saúde é democracia”, e as subsequentes conferências nacionais de saúde, que trataram de temas igualmente relevantes, foi amadurecendo a capacidade da sociedade e do sistema de saúde de identificar relações entre a saúde, o adoecimento e as condições gerais de vida de pessoas, de grupos sociais e da população como um todo. O sentido ampliado de saúde da Constituição Federal, tornado visível nas políticas de saúde a partir da 8ª Conferência, consolidou a capacidade de identificar condicionamentos e determinações dos níveis de saúde da população em condições sanitárias, políticas, econômicas e sociais.

Por isso, o processo de amadurecimento e fortalecimento do controle social apontou a necessidade de que, em agosto de 2019, o SUS e a democracia fossem reafirmados como elementos imprescindíveis à sociedade e à melhora dos níveis de saúde, visto que a participação

social na saúde tem reconhecimento legal e está fortemente colocado no cotidiano do sistema de saúde. Assim, diferentes segmentos da representação social foram cuidadosamente pensados e incluídos no processo. A 16ª Conferência foi caracterizada pela diversidade e abrangência da participação social, em todo o território nacional.

No curso dos 33 anos que nos ligam à 8ª Conferência, a linha do tempo nos ofertou debates, reflexões e ideias que ancoraram a 16ª Conferência e que nos provoca fazer um passeio pelas trilhas de um sistema universal, constitucional e adequadamente financiado. A partir da 8ª Conferência, os temas e eixos das Conferências trouxeram contribuições para que estratégias venham sendo pensadas e aplicadas para garantir as políticas sociais, especialmente em contexto de retrocessos, vejamos:

- 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, teve como tema central “Municipalização é o caminho” e como temas específicos: Sociedade, governo e saúde; Implantações do SUS; Controle social; Outras deliberações e recomendações;
- 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996, teve como temas “Saúde, cidadania e políticas públicas”; “Gestão e organização dos serviços de saúde”; “Controle social na saúde”; “Financiamento da saúde”; “Recursos humanos para a saúde”; e “Atenção integral à saúde”;
- 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, teve como tema central “Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com

controle social” e como temas específicos: Controle social; Financiamento da atenção à saúde no Brasil; Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social;

- 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, teve como tema central “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”. E os seguintes eixos temáticos: Direito à saúde; A Seguridade Social e a saúde; A intersetorialidade das ações de saúde; As três esferas de governo e a construção do SUS; A organização da atenção à saúde; Controle social e gestão participativa; O trabalho na saúde; Ciência e tecnologia e a saúde; O financiamento da saúde; Comunicação e informação em saúde.
- 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2007, teve como tema central “Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento”. E os seguintes eixos temáticos: Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento; Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde; A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.
- 14ª Conferência Nacional de Saúde, em 2011, teve como tema central “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social: política pública, patrimônio do povo brasileiro”;
- 15ª Conferência Nacional de Saúde, em 2015, teve como tema central “Saúde pública de qualidade

para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”.

Bem, o controle social vem desenvolvendo seu papel de guardião da Constituição Federal na defesa do direito humano fundamental à saúde, trazendo a voz, os escritos e a luta para os rumos a serem seguidos, aqui e acolá. Percebe-se a reafirmação das relações entre a saúde e a sociedade, com a consolidação da ideia que os níveis de saúde de pessoas e coletividades expressam o nível de desenvolvimento social e econômico da sociedade, ou, como disse Sérgio Arouca na cerimônia de abertura da 8ª Conferência, o amadurecimento do seu processo civilizatório.

Ao sistema de saúde não cabe apenas o tratamento das doenças, que são produzidas e determinadas por condições que transcendem às pessoas e coletividades atingidas, mas produzir saúde, com ações sanitárias e intersetoriais, conforme determina a Constituição Brasileira de 1988.

Foi com esse processo amplo, generoso e preciso de compreender as saúdes das brasileiras e brasileiros, compreendidas como direitos inalienáveis e tecidas com fatores de condicionamento e determinação que se espalham pela sociedade como um todo, mas que também responde ao grau de mobilização e participação social, que procuramos planejar e preparar o Relatório Final que oferecemos à sociedade brasileira e à história do SUS.

O relatório final está estruturado a partir dos relatos e encaminhamentos das etapas de construção e da própria 16ª Conferência, retratando, de forma fidedigna, os

debates e os encaminhamentos aprovados na instância da Conferência. Importante se faz ressaltar, ainda, que esta Conferência foi marcada por desafios e inovações que imprimiram produtos que reafirmam e potencializam as vozes do controle social do SUS. Por isso, nosso compromisso com o registro da 16ª Conferência seguirá, com outras publicações futuras sobre o processo de sua realização e análises decorrentes do mesmo.

Nesse momento, apresentamos a síntese das etapas municipal, estadual e Conferências Livres, além das atividades realizadas na Etapa Nacional. A Comissão de Relatoria da 16ª Conferência recebeu relato de 63 (sessenta e três) Conferências Livres realizadas em diferentes regiões do Brasil, perpassando todas as etapas preparatórias.

E relatos de atividades inovadoras não deliberativas, como as 29 (vinte e nove) atividades autogestionadas, devidamente organizadas e mediadas pela sociedade civil e a tribuna livre, um espaço de livres manifestações de todos que passaram e construíram mais esse capítulo na história do controle social e do SUS. Sistematizamos aqui os relatos recebidos, que ampliam a compreensão sobre a abrangência e a relevância da Conferência.

Também registramos os relatos com alto grau de riqueza das atividades realizadas na Tenda Paulo Freire e no espaço de práticas e cuidados Neide Rodrigues, as salas, auditório e seus entorno foram adornados com música, poesia, cantos e contos, cordéis e encenações, revelando a rica diversidade do nosso povo em marcar posições e apresentar suas bandeiras de luta por meio da arte e da cultura.

O processo de trabalho da Comissão de Relatoria se ampliou durante a realização da Conferência, buscando também sistematizar dados e conhecimentos que fossem relevantes para a compreensão do contexto em que se realizou e gerassem evidências para a prospecção e formulação de políticas.

Por meio da Comissão de Relatoria, o controle social na 16ª Conferência ofertou à sociedade a primeira pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, com protocolo devidamente autorizado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), sobre o tema da participação social em saúde e políticas públicas.

Intitulada Saúde e Democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde contou com o apoio de pesquisadores, profissionais e estudantes, e o inédito objetivo de analisar a participação social no processo da 16ª Conferência, em dimensões que permitam sistematizar evidências da relevância e da abrangência deste processo participativo nas etapas e atividades que fizeram parte desta conferência. Os dados coletados indicaram o perfil dos participantes e formou uma base de dados para serem explorados pelos próximos cinco anos perpassando pela 17ª Conferência.

A programação da etapa nacional contou ainda com a realização das Mesas de Debates, relacionadas ao tema central e eixos temáticos. Após ampla discussão nas Mesas e nas atividades da abertura, a(o)s delegada(o)s e convidados foram divididos em 45 grupos de trabalhos, para a discussão e aprovação de diretrizes e propostas sistematizadas a partir das Conferências Estaduais.



10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
DEMOCRACIA E SAÚDE

CNS Conselho Nacional
de Saúde



COMISSÃO ORGANIZADORA



Os grupos elegeram seus coordenadores adjuntos e a Comissão Organizadora indicou a coordenação dos trabalhos e coube a Comissão de Relatoria indicar dois dos seus membros, na grande maioria, provenientes das relatorias das etapas estaduais. Todos os registros de votação nos grupos foram feitos no Sisconferência, sistema desenvolvido pelo DATASUS e disponibilizado para todas as etapas da 16ª CSN e em planilhas próprias.

Ao término do trabalho dos grupos, a Comissão de Relatoria se reuniu para sistematizar as propostas para a plenária final em um relatório consolidado. A Plenária Final foi pautada em dois momentos distintos, a Plenária Deliberativa e a Plenária Final Celebratória.

Na plenária final foi entregue o novo caderno com as diretrizes e propostas a serem votadas, bem como a lista das aprovadas ou rejeitadas automaticamente, nos termos do Regimento e do Regulamento da 16ª Conferência. As votações das propostas debatidas foram realizadas através de equipamento desenvolvido exclusivamente para tal, que permitiu o registro eletrônico dos votos de cada delegada e cada delegado. Na sequência aconteceu a aprovação das moções, igualmente realizada por meio do sistema eletrônico, que permitiu agilidade e precisão às votações.

Após o término da votação eletrônica, o resultado foi apropriado no Sisconferência para preparação do relatório oficial da etapa nacional, que foi aprovado pelo pleno do CNS e publicado através da Resolução nº 617 em 23 de agosto de 2019, em tempo recorde, ou seja, 15 (quinze) dias após o término da Conferência. Essa agilidade permitiu que o Conselho Nacional de Saúde

discutisse e aprovasse uma recomendação encaminhada aos Poderes Executivo e Legislativo para subsidiar o debate sobre o Plano Plurianual(PPA) 2020-2023, em tempo hábil.

A Recomendação do CNS nº 41, de 13 de setembro de 2019, materializou, pela primeira vez, a competência legal de uma Conferência de incidir sobre o PPA no quadriênio subsequente e representa uma iniciativa que fortalece o controle social e o caráter deliberativo e democrático que a Constituição Brasileira define às políticas públicas e aos órgãos do Estado.

A Plenária Celebratória aconteceu sob a mediação do Coordenador Geral, do Secretário Geral da Conferência e um representante de cada segmento do controle social. Um momento às lutadoras e lutadores sociais pela defesa do direito à saúde que pronunciaram e reafirmaram seus pactos e estratégias em defesa do SUS, da democracia e do compromisso com a instalação da 17ª Conferência. Por certo, um breve momento político, histórico de reflexão, avaliação, sucesso e relevância para o país.

O Controle Social, em continuadas análises de conjuntura, tem a visão que o SUS sofre constantes ataques por distintas frentes, mas em especial pelo desfinanciamento, o que sugere potencializar as lutas e estratégias por mais e novos recursos para a saúde; e também pela adoção de modelos públicos de gestão, visando garantir um atendimento adequado ao usuário e valorizar o trabalhador, com dignas condições de trabalho e de remuneração.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde reiterou o SUS

Constitucional e a implementação, de forma efetiva, de seus princípios e diretrizes, observando a integralidade da atenção, a descentralização da gestão, a participação social, a produção de inclusão e equidade, a relevância pública do trabalho em saúde e dos trabalhadores do setor, o pertencimento da saúde à seguridade social e a necessidade de financiamento com fontes estáveis e volume suficiente, entre outras diretrizes e propostas. Nos dias da realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde, a diversidade de vozes de delegados e delegadas e demais participantes entou em uníssono que a saúde se faz com democracia e que a democracia garante a saúde.

A Comissão de Relatoria expressa, nessa primeira publicação, uma potente ferramenta de mobilização política, social e de saúde em defesa de um país tolerante, livre, democrático, inclusivo e com ampla gestão participativa. É nesse clima de esperança que as conferências de saúde e o controle social brasileiro oferecem diretrizes, propostas, moções e luta para lidar com os antagonismos, porventura expressos na etapa nacional da 16ª Conferência (8ª+8).

Temos que aprender a viver com a adversidade, com o coletivo. E será assim que vamos construir nosso projeto, sabendo que, embora muitas vezes possamos errar, não vamos errar nunca o caminho que aponta para a construção de uma sociedade brasileira mais justa. (SÉRGIO AROUCA, 1986).

Comissão de Relatoria

2. PERFIL DOS PARTICIPANTES

PARTICIPAÇÃO NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: OS PARTICIPANTES E SUAS VOZES

Além de disposição legal, prevista na Constituição Federal (Brasil, 1988) e na Lei Federal nº 8080/90 (Brasil, 1990), a participação social na saúde, por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, compõe a arquitetura institucional do Estado Democrático de Direito e um dos sentidos mais visíveis da democracia no interior do sistema de saúde brasileiro e das demais políticas sociais. A participação direta da população, vocalizando demandas e acompanhando as políticas de saúde, foi fundamental para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e vem sendo importante para seu aprimoramento (Côrtes, 2006), estando no cerne das lutas pela consolidação do acesso universal, atendimento integral e equidade na satisfação das necessidades em saúde.

Os processos participativos na saúde vêm se consolidando desde a década de 1980, por meio da progressiva, mas tensa, institucionalização e diversificação de arranjos participativos, que incluem conferências, conselhos, ouvidorias e mesas coletivas de negociação, entre outros. Os Conselhos de Saúde aumentaram a transparência do Estado, instituíram espaços de controle da sociedade nas políticas públicas e constituíram a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa no Brasil (Moreira; Escorel, 2009).

Os debates acadêmicos sobre o funcionamento e sobre a efetividade dos arranjos participativos na saúde

no fortalecimento da democracia e na qualificação das políticas públicas tendem a ressaltar a importância dos Conselhos e Conferências (Côrtes, 2006). Entretanto, alguns estudos apontam a persistência de fragilidades sobre a qualidade da participação e a influência nos processos de deliberação (Stralen, 2005); a intensidade do envolvimento e da mobilização da comunidade nos espaços de participação (Côrtes, 2009^a); a capacidade de produzir troca suficiente de informações necessárias ao aprimoramento da gestão pública (Côrtes, 2009b); a efetividade do controle social na fiscalização das contas públicas e do funcionamento do aparato institucional (Fernandes, 2010; Labra, 2009); déficits na autonomia, na organização e no adequado desempenho em termos de acesso (Moreira; Escorel, 2009); fragilidades na articulação entre conselhos (Almeida, 2014); fragilidades em relação aos efeitos reais em termos de elaboração de políticas, com deliberações que pouco impactam a lógica da burocracia estatal e da tecnocracia (Kohler; Martinez, 2015); e refratariedade da clínica e do cuidado para incorporação de saberes do usuário e da sua cultura (Ferla, 2004; 2006). O reconhecimento legal da participação social na saúde e demais políticas públicas não exclui o desafio de superação de problemas e fragilidades, num processo de aprendizagem permanente que inclui a bagagem acumulada e os desafios e contextos de cada local e tempo.

As Conferências de Saúde vêm sendo realizadas no Brasil desde 1941, com regularidade, mudando, entretanto, o lugar de consultivas às políticas nacionais de saúde para deliberativas sobre as diretrizes de condução de todo o setor sanitário nacional e sobre o conjunto da política nacional de saúde (Brasil, 2010; 2011b). Como as Conferências de Saúde são regulamentadas por lei, diferentemente da grande maioria das demais conferências nacionais, conseguem incidir diretamente sobre as políticas públicas de saúde, seja por abertura das instâncias de formulação ou mesmo por ações mediadas pela pressão popular ou pelos poderes Legislativo e Judiciário. Ações políticas de grandes proporções, como a criação do Ministério da Saúde, nos anos 1950, e consolidação do Sistema Único de Saúde, nos anos 1990, são exemplos de deliberações pelas Conferências Nacionais de Saúde (Silva, 2010). Desde o início da década de 2000, houve investimento governamental e do controle social na realização de conferências nacionais sobre diversos temas novos, aumento no número de participantes, na abrangência geográfica e na legitimidade dada às mesmas (Machado, 2013).

Até o final daquela década, haviam sido realizadas 74 conferências nacionais sobre 40 temas diferentes que, segundo dados oficiais, “mobilizaram diretamente mais de cinco milhões de pessoas, em cerca de cinco mil municípios brasileiros” (Brasil, 2011^a, p. 38). Um modelo

¹ Dados tratados e texto elaborado por: Alcindo Antônio Ferla, André Peres Barbosa de Castro, Érica Rosalba Mallmann Duarte, Francisca Rêgo Oliveira Araújo, Francisca Valda da Silva, Frederico Viana Machado, Gabriel Calazans Baptista, Geordecio Menezes de Souza, Luciana Barcelos Teixeira, Marcia Fernanda de Mélo Mendes, Ricardo Burg Ceccim.

participativo compatível com a ideia da democracia participativa, mais do que com a representativa, foi desenvolvido no período (Brasil, 2011^a; Pogrebinski, 2010). O formato inovador é composto por três etapas, com definição ascendente de delegados e propostas: conferências municipais, estaduais e nacionais, constituindo um caráter intergovernamental que busca superar o problema tradicional de escala das políticas participativas (Duque-Brasil, 2011). Também foram realizadas as chamadas conferências livres, muito valorizadas pela juventude, e as conferências virtuais, o que denota alguma flexibilidade e uso de tecnologias na organização destes eventos. As Conferências Nacionais têm mobilizado um público de pessoas envolvidas com a vida pública e os problemas sociais em uma diversidade de temas, espaços e regiões.

Uma das inovações qualitativas nas conferências nacionais foi a diversificação das conferências específicas de “minorias”, que adquiriram um lugar de destaque neste arranjo participativo. Com exceção da Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, que é realizada desde 1997, todas as oito novas conferências de “minorias” foram inauguradas a partir de 2004 e constituem uma parcela significativa (31%) das conferências realizadas neste período (Pogrebinski, 2010). Além disso, as chamadas “minorias” também se fazem representar em outras conferências, com destaque nas



Conferências Nacionais de Direitos Humanos. O eixo principal de inovação que se destaca nesse contexto é aquele do caráter inclusivo, onde a democracia é marcada pela convivência com diversidades e, mais do que isso, pela inclusão ativa de grupos “minoritários” e questões específicas, em diálogo intensivo com a ideia da equidade e da igualdade de direitos. Na verdade, a visibilidade e a inclusão de temas e grupos é força de democracia, mas também a consolidação de uma ideia de que a sociedade é estruturalmente diversa e que a dicotomia “maioria”/“minoria” não compõe a melhor capacidade explicativa para a produção da saúde e as formas de adoecimento, uma vez que sempre se refere a perspectivas muito particulares e ao interesse pontual de hierarquizar ofertas assistenciais. Segundo Pogrebinski (2010), a inclusão ativa de grupos minori-

tários e demandas concretas da população nos Poderes Legislativo e Executivo, desafia três mitos do universo da democracia: 1) a participação só é possível ao nível local; 2) participação e representação são antagônicas, incompatíveis ou concorrentes entre si; e 3) a representação só se faz individualmente por meio do voto, lobbies ou através da formação de grupos de interesse. O processo de amadurecimento da participação social em saúde e políticas públicas, muitas vezes em tensões importantes com políticas, governantes e grupos de interesse, mostra uma construção epistêmica e política de inclusão e diversificação como concepção estruturante do viver em sociedade.

No tocante especificamente à saúde, foram expandidas as conferências temáticas, chegando-se à VI Conferência

Nacional de Saúde Indígena, IV Conferência Nacional de Saúde Mental, IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, III Conferência Nacional de Recursos Humanos da Saúde/Gestão do Trabalho e da Educação Saúde, III Conferência Nacional de Saúde Bucal, II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, I Conferência Nacional de Saúde Ambiental.

No contexto desses debates e da conjuntura política e social que acompanharam o processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde, considerou-se oportuno investigar e analisar a participação e as inovações que produz no campo da saúde, das políticas públicas e da democracia. Em parte, esse processo de investigação e documentação se constituiu em demanda do Conselho Nacional de Saúde e da organização da Conferência. A Comissão de Relatoria da 16ª Conferência Nacional de Saúde desenvolveu um debate sobre a natureza do Relatório Final e sua relevância, como síntese do processo participativo e das atividades que a compõem e como registro histórico da Conferência e do contexto em que está sendo desenvolvida. Isto mobilizou à complementar o trabalho de relatoria com o desencadeamento de uma pesquisa em uma rede ampliada de pesquisa, para ampliar a natureza do trabalho necessário à sua elaboração.

Assim, foi elaborado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde o projeto de pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, que também foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) sob o Protocolo nº 14851419.0.0000.0008. A



pesquisa tem como objetivo analisar a participação social no processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde em dimensões que permitam sistematizar evidências da relevância e da abrangência do processo participativo nas etapas e atividades que a compõem.

A preparação da 16ª Conferência envolveu uma diversidade de atividades, para fomentar a atualização dos temas que devem compor a agenda do SUS nos próximos anos, para mobilizar o controle social para a defesa do SUS e da democracia e para incluir novos olhares e grupos no processo participativo. O Conselho Nacional de Saúde desencadeou então diferentes iniciativas para fortalecer e renovar a participação social em saúde e políticas públicas. Para o CNS, seria necessário mobilizar “atores dos diferentes segmentos sociais em torno de debates fundamentais na defesa da democracia brasileira, do estado de bem-estar social, da saúde como direito humano, e do SUS como política pública brasileira (CNS, 2018, p. 3). O alargamento de iniciativas gerou, além de efeitos na participação propriamente dita, também um grande acervo de registros e documentos, que contam a história da participação social na saúde e dos modos como os processos participativos têm trilhado caminhos no tempo em que vivemos.

No período de 2017 até a etapa nacional da 16ª Conferência foram realizadas diversas modalidades de atividades formativas preparatórias: Semana da Saúde 2018, Fórum Social Mundial, atividades específicas no 13º Congresso Internacional da Rede Unida e no 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco), a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, atividades no Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/2018 e Plenárias Populares. Além disso, o Conselho Nacional de Saúde promoveu: o Simpósio Nacional de Ciência,

Tecnologia e Assistência Farmacêutica; a 1ª Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde; o 1º Seminário de Saúde Mental; o 2º Seminário Nacional de Saúde das Mulheres; o Seminário Nacional da Pessoa com Deficiência “Garantia da Assistência Integrada”; Oficinas sobre o financiamento em parceria com a CGU; o 5º Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa (ENCEP). Para a etapa nacional da 16ª Conferência, foram realizadas etapas municipal e estadual, além de Conferências Livres. No período da Conferência, a programação incluiu atividades autogestionadas, mesas de debates e grupos de trabalho.

Assim, o processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde demonstrou um grande potencial de estudo sobre a participação social na saúde nos tempos atuais, tanto em termos de ideias como de diversidade, formas de organização e motivação dos participantes, além da necessidade de registro de questões que transcendem ao conteúdo das deliberações. Mais do que esse registro, a 16ª Conferência permite análises que sejam identificadas as características dos processos de participação em tempos em que a democracia é alvo de movimentos políticos que buscam sequestrar e privatizar os sentidos construídos ao longo dos anos e registrados na Constituição Federal. O processo da 16ª Conferência é um marco na participação social na saúde na conjuntura atual e, também, um privilegiado campo empírico para compreender o modo como se dá a participação e o controle social em contextos de fortes disputas pelo conceito de democracia.

Na etapa nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde, a equipe de pesquisa foi composta por 130 pesquisadores, sendo 17 pesquisadores líderes e 113 pesquisadores de campo, das mais diversas localida-

des no Brasil. A equipe de trabalho, em envolvimento voluntário, foi composta por pesquisadores de diversas localidades do Brasil, com adesão por afinidade, principalmente atuantes no Conselho Nacional de Saúde. Para os pesquisadores de campo foram feitas uma chamada pública aberta, com 190 inscritos, em que foram selecionados 80 titulares e 20 suplentes a partir da análise das manifestações de interesse apresentadas. Também foi realizada uma segunda chamada, dirigida aos programas de residência da Fiocruz Brasília. A preparação para o trabalho de campo foi feita no dia 04 de agosto, e consistiu numa breve apresentação dos aspectos históricos e conceituais do Sistema Único de Saúde e do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, da organização da 16ª Conferência Nacional de Saúde e dos instrumentos da pesquisa que foram aplicados na etapa nacional.

Neste manuscrito, apresentamos uma análise descritiva das etapas municipal e estadual, além da caracterização dos participantes da etapa nacional e suas principais ideias. Os dados da etapa nacional foram coletados por meio da aplicação de um questionário e de entrevistas em profundidade, além da análise de bancos de dados de inscrição. Os dados das etapas municipal e estadual foram obtidos diretamente com os Conselhos Estaduais de Saúde e das Comissões Organizadoras das Conferências Estaduais de Saúde.

2.1. A PARTICIPAÇÃO NAS ETAPAS MUNICIPAL E ESTADUAL DA 16ª CONFERÊNCIA

A etapa municipal da 16ª Conferência teve grande adesão, com a realização de conferências em 4.612 (83%) dos municípios brasileiros, sendo que em alguns foram realizadas também conferências distritais. A Tabela 01 apresenta o número de conferências municipais realizadas em cada Unidade da Federação. Como se verifica, nos Estados do Ceará, Espírito Santo, Pernambuco, São Paulo, Sergipe e no Distrito Federal foram realizadas também conferências regionais.

Tabela 01 – Distribuição de Número de Conferências Municipais de Saúde realizadas em preparação à 16ª Conferência, por UF, 2019.

ESTADO	REGIÃO	TOTAL MUNICÍPIOS	CONFERÊNCIAS REALIZADAS	%
Acre	N	22	22	100,00
Alagoas	NE	102	101	99,02
Amapá	N	16	16	100,00
Amazonas	N	62	61	98,39
Bahia	NE	417	417	100,00
Ceará*	NE	184	177	96,20
Distrito Federal*	CO	1	1	100,00
Espírito Santo*	SE	78	77	98,72
Goiás	CO	246	231	93,90
Maranhão	NE	217	161	74,19
Mato Grosso	CO	141	137	97,16
Mato Grosso do Sul	CO	79	79	100,00
Minas Gerais	SE	853	545	63,89
Pará	N	144	87	60,42
Paraíba	NE	223	223	100,00
Paraná	S	399	371	92,98
Pernambuco*	NE	185	176	95,14
Piauí	NE	224	164	73,21
Rio de Janeiro	SE	92	84	91,30
Rio Grande do Norte	NE	167	167	100,00
Rio Grande do Sul	S	497	408	82,09
Rondônia	N	52	50	96,15
Roraima	N	15	14	93,33
Santa Catarina	S	295	287	97,29
São Paulo*	SE	645	342	53,02
Sergipe*	NE	75	75	100,00
Tocantins	N	139	139	100,00
TOTAL		5570	4612	82,80

Na distribuição por Região, o número de municípios que realizaram conferências é a seguinte: 448 municípios na Região Centro-Oeste (95,93% do total de municípios), 1661 municípios na Região Nordeste (92,59%), 1066 municípios na Região Sul (89,50%), 389 municípios na Região Norte (86,44%) e 1048 municípios na Região Sudeste (62,835). Considerando o total de municípios mobilizados para a etapa municipal da 16ª Conferência, as Regiões Nordeste (36%) e Sul (23,1%) somaram quase 60% dos mesmos.

Em relação à etapa estadual, foram realizadas conferências em todas as Unidades da Federação, com ampla participação. A Tabela 02 apresenta o total de participantes em cada Conferência Estadual de Saúde. Somente considerando as Conferências Estaduais de Saúde, verificou-se a mobilização direta de aproximadamente 23 mil participantes.

Tabela 02 – Distribuição de Número Total de Participantes em Conferência Estadual de Saúde, por UF, 2019.

ESTADO	REGIÃO	TOTAL PARTICIPANTES
Acre	N	505
Alagoas	NE	550
Amapá	N	340
Amazonas	N	528
Bahia	NE	1583
Ceará*	NE	1000
Distrito Federal*	CO	478
Espírito Santo*	SE	392
Goiás	CO	294
Maranhão	NE	648
Mato Grosso	CO	740
Mato Grosso do Sul	CO	712
Minas Gerais	SE	524
Pará	N	1025
Paraíba	NE	471
Paraná	S	1211
Pernambuco*	NE	1393
Piauí	NE	965
Rio de Janeiro	SE	695
Rio Grande do Norte	NE	958
Rio Grande do Sul	S	3000
Rondônia	N	696
Roraima	N	150
Santa Catarina	S	1200
São Paulo*	SE	1080
Sergipe*	NE	869
Tocantins	N	832
TOTAL		22839

A Figura 01 apresenta um comparativo do total de participantes das Conferências Estaduais no Brasil e os totais por Região. As Conferências Estaduais de Saúde, de acordo com o Regimento da 16ª Conferência, elegeram a maior parte dos delegados da Etapa Nacional. Como se descreverá adiante, a mobilização das etapas estaduais alcançou volume próximo ao total previsto no Regimento para as delegações estaduais, que projetou as delegações com base na população de cada estado.

Figura 01 – Descritivo de número de participantes nas etapas estaduais da 16ª Conferência Nacional de Saúde, por Região de Saúde, 2019.

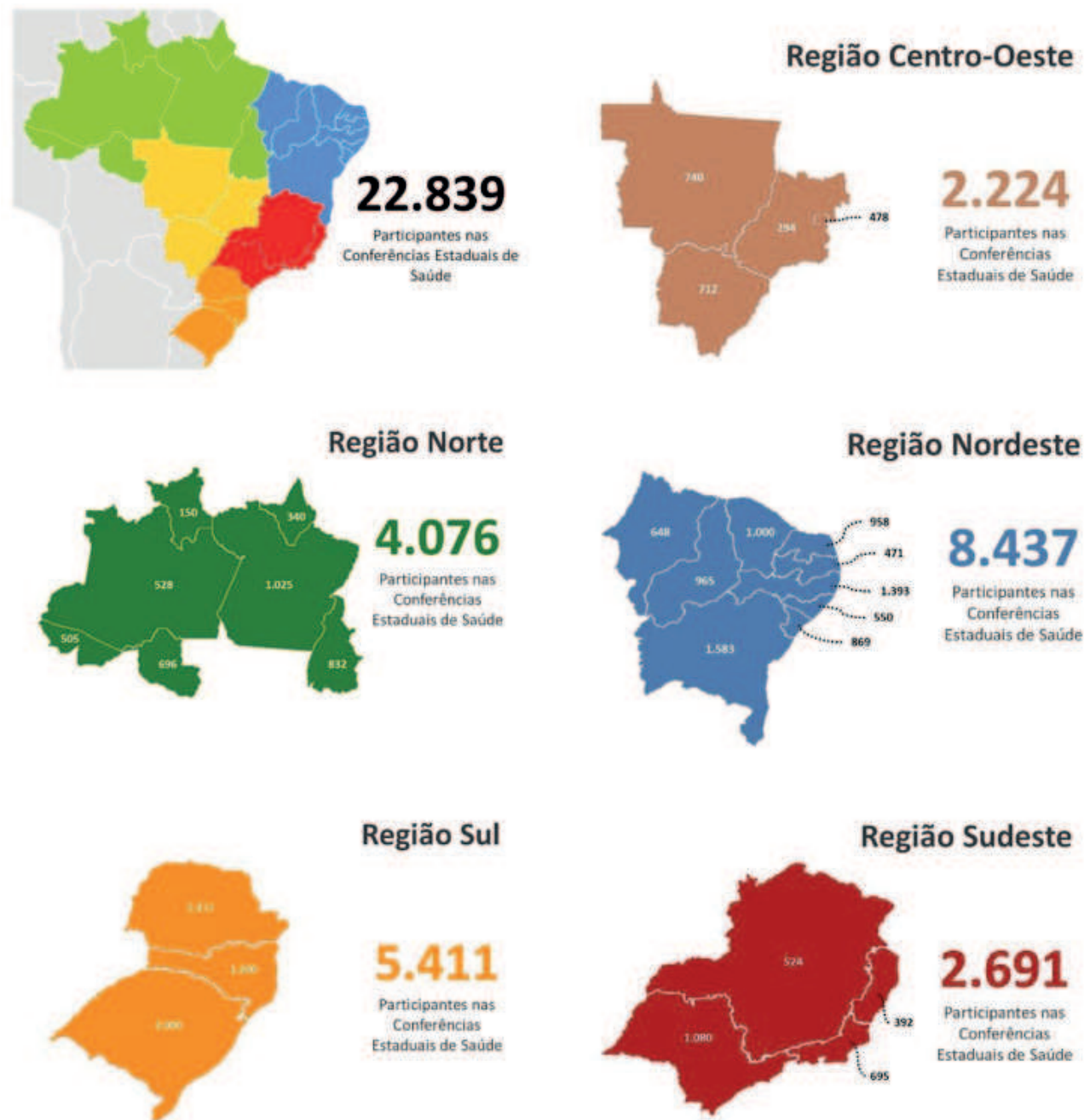


Tabela 03 – Distribuição de Delegados Estaduais Credenciados na Etapa Nacional, segundo o segmento de representação, o parâmetro projetado no Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde e o percentual alcançado, por UF, 2019.

ESTADO	REGIÃO	TOTAL CREDENCIADOS	TOTAL SEGMENTO				GESTORES/ PRESTADORES	PREVISTO REGIMENTO	% PREV/ CRED
			USUÁRIOS	TRABALHADORES					
Acre	N	47	24	12			11	48	97,92
Alagoas	NE	72	35	19			18	72	100,00
Amapá	N	38	20	8			10	48	79,17
Amazonas	N	76	38	19			19	76	100,00
Bahia	NE	160	83	43			34	180	88,89
Ceará*	NE	116	57	29			30	120	96,67
Distrito Federal*	CO	65	35	17			13	68	95,59
Espírito Santo*	SE	72	36	18			18	76	94,74
Goiás	CO	90	45	24			21	96	93,75
Maranhão	NE	95	48	22			25	100	95,00
Mato Grosso	CO	64	35	21			8	68	94,12
Mato Grosso do Sul	CO	61	32	16			13	64	95,31
Minas Gerais	SE	185	96	49			40	232	79,74
Pará	N	104	55	26			23	112	92,86
Paraíba	NE	73	38	19			16	76	96,05
Paraná	S	127	65	35			27	140	90,71
Pernambuco*	NE	118	59	30			29	124	95,16
Piauí	NE	61	32	17			12	68	89,71
Rio de Janeiro	SE	181	92	47			42	192	94,27
Rio Grande do Norte	NE	65	34	17			14	72	90,28
Rio Grande do Sul	S	139	73	39			27	144	96,53
Rondônia	N	52	28	13			11	56	92,86
Roraima	N	44	23	9			12	48	91,67
Santa Catarina	S	93	46	31			16	100	93,00
São Paulo*	SE	407	195	111			101	460	88,48
Sergipe*	NE	60	31	15			14	60	100,00
Tocantins	N	48	25	12			11	56	85,71
TOTAL		2713	1380	718			615	2956	91,78

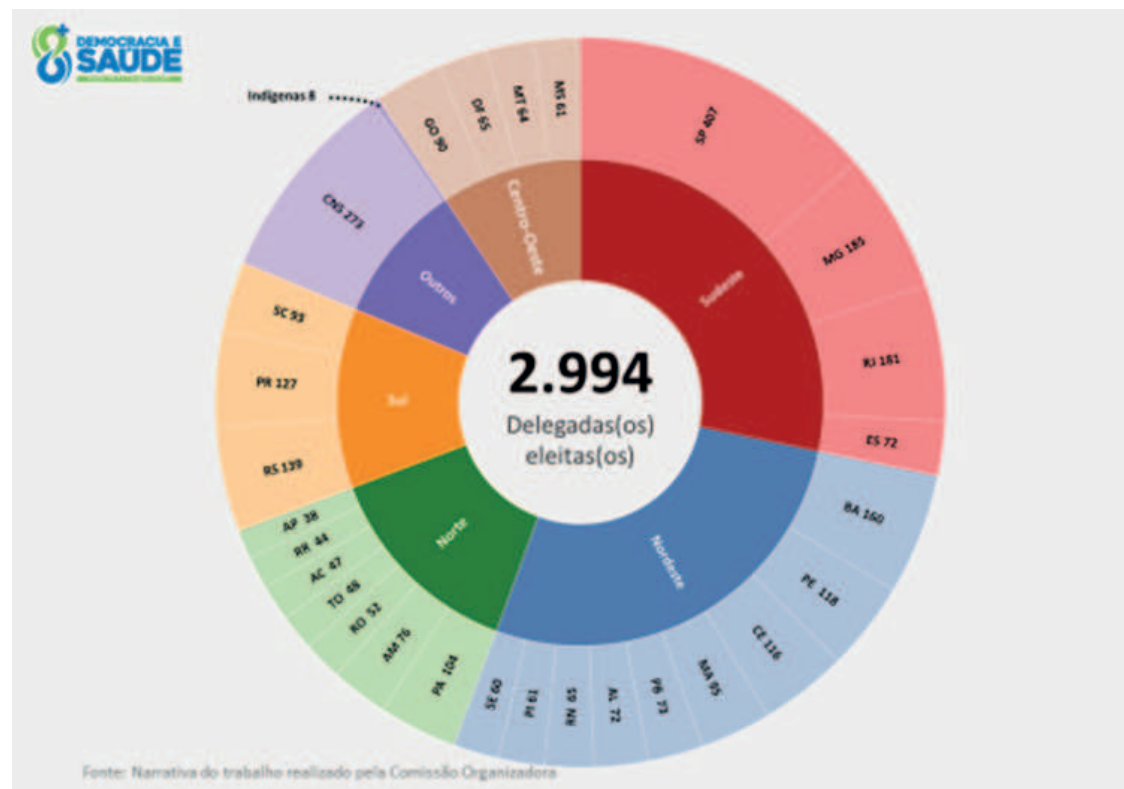
A Tabela 03 apresenta a distribuição das delegadas e delegados estaduais que foram efetivamente credenciados na Etapa Nacional, considerando o segmento de representação, o parâmetro projetado no Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde e o percentual alcançado em relação à projeção e ao credenciamento. Observa-se que aproximadamente 92% das vagas projetadas pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Organizadora da 16ª Conferência com base na população dos Estados da Federação foram ocupadas por delegados credenciados. A variação de percentuais por Unidade da Federação oscilou entre 79% (Amapá) e 100% (Alagoas, Bahia e Sergipe). Considerando a variação regional, os dados oscilaram de 95% para a Região Centro-Oeste, 94% para a Região Nordeste, 93% para a Região Sul, 92% para a Região Norte e 88% para a Região Centro-Oeste.

A previsão do número de Delegados e Delegadas eleitos nos Estados e Distrito Federal que foi prevista no Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde utilizou como critério de equidade territorial a proporção 40%-60%. Isso significa que 40% da população total do país foi dividida igualmente pelos 27 Estados, independentemente do número de habitantes, e os demais 60% de acordo com a população de cada Estado. Para garantir paridade entre usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores (50%, 25%, 25%) o resultado foi arredondado para o múltiplo de quatro mais próximo.

Além dos Delegados e Delegadas eleitos nos Estados, foi prevista e formada uma Delegação Nacional, constituída pela Conselheiras e Conselheiros Nacionais, titulares e suplentes, assim como outros eleitos pelo Pleno do CNS, constituindo, em seu conjunto, 10% (dez por cento) do

número total das Delegados (as) Estaduais e do Distrito Federal previstos no Regimento. Nessa condição, foram credenciados mais 281 delegados e delegadas da representação nacional, constituindo-se um total de 2994 credenciamentos nessa condição, conforme registra a Figura 02.

Figura 02 – Distribuição dos Delegados e Delegadas Credenciados na Etapa Nacional da 16ª CNS, por Região e UF, 2019.



A Delegação indígena, segundo o Regimento, contaria com 200 pessoas de modo a representar a maior diversidade possível do total de grupos étnicos que compõem essa importante parcela da população brasileira, sendo 50% escolhidas na 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e 50% indicadas pelo Movimento Indígena. A não realização da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena em data anterior à realização da etapa nacional da 16ª Conferência impossibilitou que essa parcela fosse eleita.

Além dos delegados e delegadas, foram credenciados também participantes indicados nas Conferências Livres, Convidados, Relatores, Pesquisadores, Acompanhantes, Pessoal de Apoio e Imprensa, com um total de 1414 credenciamentos, totalizando 4408 pessoas. Além dessas, tiveram credenciamento especial para o acesso às Atividades Autogestionadas 1020 pessoas, o que eleva o número de participantes das atividades da Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde para 5428. Não há registros das participações nas atividades satélite, que se foram realizadas no entorno do local de realização da Conferência, e dos participantes externos no Ato em Defesa do SUS, que elevaria substantivamente o volume de participantes. Entretanto, considerando apenas os registros formais de participação, eles superaram as anteriores, apontando que o processo desencadeado pelo Conselho Nacional de Saúde teve uma grande capacidade de mobilização.

Além dos dados coletados no sistema de inscrição e credenciamento da 16ª Conferência Nacional de Saúde, que foram analisados até aqui, o grupo de pesquisadores já referido anteriormente aplicou um questionário e entrevistas em profundidade, gerando dados primários que serão descritos a seguir.

O PERFIL DOS PARTICIPANTES DA 16ª CONFERÊNCIA

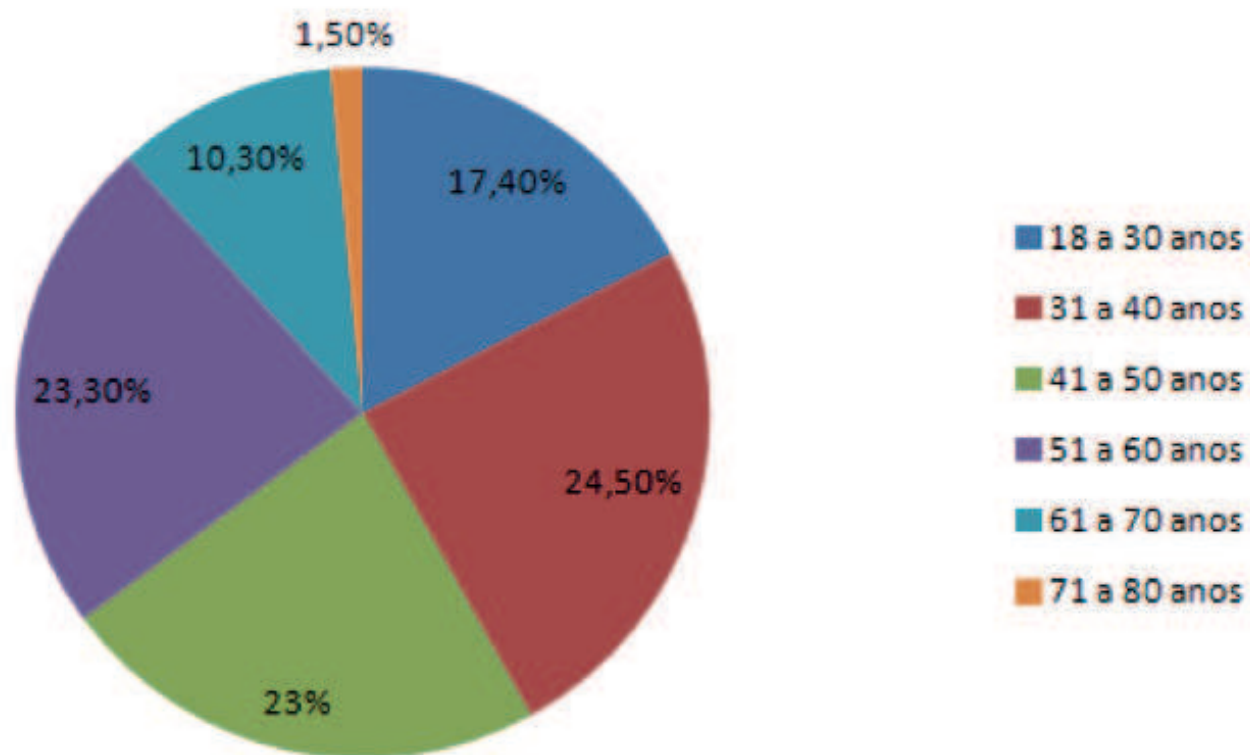
Nas atividades da pesquisa realizadas na etapa nacional da 16ª CNS foi incluída uma amostra que, do ponto de vista epidemiológico, caracteriza-se como uma amostra não probabilística, representativa dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Foram aplicados questionários em 2.853 participantes, dos quais 2.168 eram delegados (76%), 585 eram convidados (20,5%) e 100 eram do grupo de demais participantes. Importante registrar que o questionário foi aplicado aleatoriamente a aproximadamente 72% dos delegados credenciados e a aproximadamente 57% dos demais convidados, indicando uma amostra robusta dos participantes credenciados. O instrumento utilizado permite caracterizar os participantes, inicialmente em função do objetivo manifesto pelo Conselho Nacional de Saúde de produzir mais participação e diversificar o perfil dos participantes. A Tabela 04 apresenta algumas características dos participantes da etapa nacional da 16ª Conferência aos quais foi aplicado o questionário.

Tabela 04 - Descrição de características dos participantes da pesquisa, etapa nacional da 16ª CNS, 2019.

Características	Total N (%)*
Tipo de participantes	
Delegado	2.168 (76%)
Convidado	585 (20,5%)
Outros Participantes	100 (3,5%)
Raça/cor	
Branco	1.068 (37,7%)
Pardo	1.100 (38,8%)
Preto	562 (19,8%)
Amarelo	35 (1,2%)
Indígena	71 (2,5%)
Idade**	44,6 ± 13,11 anos
Renda (p25 – P75)***	3.000 (1.800 – 6.000)
Escolaridade	
Alfabetização cursando	4 (0,1%)
Alfabetização complete	17 (0,6%)
Ensino fundamental cursando	16 (0,6%)
Ensino fundamental complete	74 (2,6%)
Ensino médio cursando	27 (0,9%)
Ensino médio complete	528 (18,5%)
Ensino superior cursando	358 (12,6%)
Ensino superior complete	642 (22,5%)
Especialização cursando	82 (2,9%)
Especialização complete	570 (20%)
Residência cursando	70 (2,5%)
Residência complete	32 (1,1%)
Mestrado cursando	67 (2,4%)
Mestrado complete	199 (7%)
Doutorado cursando	43 (1,5%)
Doutorado complete	119 (4,2%)
Total	2.853 (100%)

Em relação ao quesito raça/cor, 1.100 se autodeclararam pardos (38,8%), 1.068 se autodeclararam brancos (37,7%), 562 se autodeclararam pretos (19,8%), 35 se autodeclararam amarelos (1,2%) e 71 se autodeclararam indígenas (2,5%). Houve participantes que não possuíam renda e a renda máxima registrada foi de R\$ 36 mil reais. A mediana de renda foi de 3 mil reais, ou seja, a renda de 50% dos entrevistados era de até 3 mil reais e os demais 50% possuíam renda superior a 3 mil reais (o percentil 25 foi de 1.800 reais e o percentil 75 foi de 6 mil reais). A idade dos entrevistados variou de 18 a 80 anos, e a média de idade foi de 44,36 ($\pm 13,11$) anos. Aqui um destaque relevante, que aponta uma característica de intergeracionalidade na participação, considerando a equilibrada distribuição entre as diferentes faixas etárias, e de renovação da participação, representada pelo expressivo volume de adultos jovens e de pessoas idosas, nas faixas extremas apresentadas no gráfico da Figura 01.

Figura 04 – Distribuição dos participantes da pesquisa por faixa etária, etapa nacional da 16ª CNS, 2019.



A escolaridade variou desde alfabetização até doutorado. Havia na amostra 4 participantes em cursos de alfabetização (0,1%) e 17 com alfabetização completa (0,6%); 16 cursando o ensino fundamental (0,6%) e 74 com ensino fundamental completo (2,6%); 27 cursando o ensino médio (0,9%) e 528 com ensino médio completo (18,5%); 358 cursando o ensino superior (12,6%) e 642 com ensino superior completo (22,5%); 82 cursando alguma especialização (2,9%) e 570 com algum curso de especialização concluído (20%); 70 cursando residências uni ou multiprofissionais (2,5%) e 32 com residência concluída (1,1%); 67 cursando mestrado (2,4%) e 199 com mestrado concluído (7%); 43 cursando doutorado (1,5%) e 119 com doutorado concluído (4,2%).

Entre os participantes que responderam o questionário, houve 1.341 com curso superior na área da saúde, representando 47% dos sujeitos dessa etapa da pesquisa. As profissões da saúde presentes foram: enfermagem, medicina, serviço social, psicologia, odontologia, farmácia, saúde coletiva, biologia, nutrição, educação física, fonoaudiologia, terapia ocupacional, medicina veterinária, fisioterapia, biomedicina. Entre os profissionais que participaram da conferência e possuíam nível superior fora da área da saúde, constavam as seguintes formações: direito, engenheiro atuando na segurança do trabalho, administração, história, antropologia, engenharia de alimentos, filosofia, zootecnia, biotecnologia.

Tabela 05 – Distribuição dos participantes da pesquisa por Unidade da Federação, etapa nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 2019.

Características	Total N (%)*
Unidades Federativas	
Acre	40 (1,5)
Alagoas	64 (2,2)
Amapá	38 (1,3)
Amazonas	46 (1,6)
Bahia	155 (5,4)
Ceará	110 (3,9)
Distrito Federal	251 (8,8)
Espírito Santo	68 (2,4)
Goiás	88 (3,1)
Maranhão	73 (2,6)
Mato Grosso	65 (2,3)
Mato Grosso do Sul	76 (2,7)
Minas Gerais	192 (6,7)
Pará	114 (4)
Paraíba	64 (2,2)
Paraná	104 (3,7)
Pernambuco	139 (4,9)
Piauí	69 (2,4)
Rio de Janeiro	213 (7,5)
Rio Grande do Norte	71 (2,5)
Rio Grande do Sul	163 (5,7)
Rondônia	37 (1,3)
Roraima	46 (1,6)
Santa Catarina	92 (3,2)
São Paulo	350 (12,3)
Sergipe	73 (2,6)
Tocantins	46 (1,6)
Total	2.853 (100%)

Em relação à distribuição dos participantes por Unidade da Federação, evidenciou-se representação de todas as 27 Unidades Federativas do país na amostra, conforme se identifica na Tabela 05. O total de participantes por região foi o seguinte: 823 participantes da Região Sudeste (28,91%); 818 participantes da Região Nordeste (28,73%); 480 participantes da Região Centro-Oeste (16,86%); 367 participantes da Região Norte (12,89%); e 359 participantes da Região Sul (12,61%). Para 6 (seis) participantes não foi possível recuperar a informação do Estado de origem.

No tocante à característica de portar deficiências, 187 entrevistados se declararam como pessoa com deficiência (6,6%); destes, 56 afirmaram que a deficiência dificultava a participação na Conferência Nacional de Saúde (aproximadamente 30%).

Em consonância com a Política Nacional de Saúde LGBT e as orientações do Regulamento da 16ª Conferência, também foram levantados os atributos de sexo, identidade de gênero e orientação sexual dos participantes. Quanto ao sexo, 1.267 eram homens (44,7%) e 1.569 eram mulheres (55,3%). Relativa à identidade de gênero, 1.112 eram homens cis (40,3%), 33 eram homens trans (1,2%), 1.351 eram mulheres cis (40,3%), 30 eram mulheres trans (1,1%), 2 eram travestis (0,1%), 8 se declararam não binários (0,3%) e 224 responderam não saber responder sobre sua identidade de gênero. Em relação à orientação sexual, 56 eram lésbicas (2%), 156 eram gays (5,6%), 119 eram bissexuais (4,3%), 2.428 eram heterossexuais (87,3%), 11 eram pansexuais (0,4%), 3 eram assexuados (0,1%) e 7 se denominavam outras classificações (0,3%).

O vínculo de trabalho mais frequente foi com o serviço público. Havia 1.537 servidores públicos (55,2%), 290 aposentados (10,4%), 279 autônomos (10%), 173 trabalhadores da iniciativa privada (6,2%), 166 bolsistas (6%), 145 participantes que eram estudantes (5,2%), 129 desempregados (4,6%), 36 participantes que realizavam trabalhos voluntários (1,3%), 23 empresários (0,8%) e 7 trabalhadores domésticos (0,3%).

A participação em uma Conferência Nacional de Saúde pela primeira vez ocorria para 1.800 entrevistados (63,1%) e 1.028 já haviam participado outras vezes (36,4%). Esse dado é muito significativo para demonstrar uma renovação importante neste espaço de participação social em saúde. Os participantes foram questionados quanto ao sentimento mais presente durante a participação, 2.219 responderam que se sentiam esperançosos (78,2%), 293 se sentiam céticos (10,3%) e 324 relataram outros sentimentos (11,4%). Nesta última categoria de resposta, o sentimento mais frequente foi o de preocupação com o SUS. Quanto à questão da participação social em saúde, 2.717 participantes consideraram que se trata de tema muito relevante para a saúde (95,6%), 119 consideraram que o tema é relevante (4,2%) e 6 consideraram pouco relevante (0,2%).

A VEZ, A VOZ E A PALAVRA DOS PARTICIPANTES

A pesquisa contou com uma fase de entrevistas em profundidade, que considerou a importância da compreensão dos aspectos subjetivos e singulares para a análise dos fenômenos coletivos. Como instrumentos de pesquisa, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada e um roteiro de observação. As ferramentas

metodológicas partiram do princípio que compreender os fenômenos políticos pela perspectiva dos sujeitos implica em compreender a posição social e política dos falantes e a construção dos discursos no momento da interação. Neste sentido, a pesquisa também foi intervenção que alterou a paisagem da 16ª Conferência Nacional, produzindo um espaço aberto para a fala dos sujeitos, construída em movimentos reflexivos.

Os registros observacionais buscaram captar os aspectos dinâmicos das interações sociais que ocorreram nas diversas atividades da Conferência. O roteiro de observação orientava os membros da equipe a mapearem os temas, os atores e os principais pontos de tensão discutidos nos Grupos de Trabalho e Atividade Autogestionadas, bem como o registro das situações inusitadas e dos sentimentos despertados nos participantes e nos pesquisadores.

A entrevista semiestruturada teve como objetivo registrar a diversidade dos discursos dos participantes da parada e, para tal, estimamos uma amostra inicial de 6 entrevistas por UF, sendo preferencialmente 2 gestores, 2 trabalhadores e 2 usuários. A amostra estimada não foi totalmente cumprida para essa análise, uma vez que problemas tecnológicos ainda impedem o acesso a alguns registros, mas os números foram mais que satisfatórios para atender aos objetivos dessa fase da pesquisa, com desenho qualitativo.

Foram realizadas e recuperadas 147 entrevistas, divididas entre usuários, trabalhadores e gestores, que cobriram rigorosamente as 27 Unidades Federativas do Brasil, distribuídas conforme a Tabela 06. Os homens estão mais representados (91 / 62%) que as mulheres

(56 / 38%) entre os entrevistados, ao contrário dos respondentes do questionário, que indicam a representatividade geral.

A análise sistemática deste material será realizada ao longo dos próximos quatro anos. Entretanto, podemos afirmar que estes dados ganharão importância ao longo do tempo, pois, abertos à hermenêutica do futuro, oferecem um retrato dos sujeitos que participaram da 16ª Conferência, expressando a diversidade dos afetos, das demandas, das pautas e perspectivas políticas que alicerçam o exercício do controle social no Brasil. O mais importante, é que estes registros não se restringiram às lideranças e autoridades de maior visibilidade, mas captaram a diversidade e a pluralidade dos sujeitos que são a raiz desta árvore, o controle social, e que muitas vezes tem sua existência ignorada.

Tabela 06 – Distribuição das Entrevistas por Categoria de Representação e Unidade da Federação, Etapa Nacional da 16ª Conferência, 2019.

UF \ Categoria	Gestor	Trabalhador	Usuário	Total
Acre	1	1	2	4
Alagoas	1	0	3	4
Amazonas	1	1	4	6
Amapá	2	2	5	9
Bahia	1	2	3	6
Ceará	1	2	3	6
Distrito Federal	0	1	1	2
Espírito Santo	2	0	2	4
Goiás	1	2	2	5
Maranhão	0	1	1	2
Minas Gerais	1	3	4	8
Mato Grosso do Sul	1	2	1	4
Mato Grosso	4	1	5	10
Pará	1	1	1	3
Paraíba	1	1	1	3
Pernambuco	2	2	4	8
Piauí	1	1	0	2
Paraná	1	1	1	3
Rio de Janeiro	2	2	1	5
Rio Grande do Norte	1	1	6	8
Rondônia	1	1	1	3
Roraima	0	3	1	4
Rio Grande do Sul	2	2	2	6
Santa Catarina	1	3	2	6
Sergipe	1	3	1	5
São Paulo	1	3	4	8
Tocantins	3	3	2	8
Convidados				5
TOTAL:				147

A Tabela 06 descreve a distribuição das entrevistas que foram realizadas pelos pesquisadores, orientadas por um roteiro que buscava investigar a percepção dos participantes sobre a Conferência e sobre a participação social, suas motivações para participar, opiniões sobre os conselhos e conferências de saúde, sobre os movimentos sociais, suas pautas e estratégias de luta, entre outras questões. Uma vez que o roteiro de entrevista e o questionário foram elaborados de forma articulada, estes dados nos permitirão qualificar alguns números produzidos pela pesquisa, aprofundando a compreensão sobre o tema investigado.

Durante a fase de campo da pesquisa realizada na etapa nacional da 16ª Conferência, alguns pesquisadores sentiram a necessidade de colocar em palavras a riqueza daquela experiência e naturalmente foram lançados textos e poesias que contribuíram para fortalecer o espírito de equipe e afinar nossa sensibilidade na construção das informações da pesquisa. Estas narrativas geraram a ideia de uma chamada de textos, em parceria com a Editora Rede Unida, que em breve sairá em livro e ampliará, com as demais estratégias da pesquisa, a compreensão sobre a participação social na 16ª Conferência. Importante registrar que as entrevistas foram realizadas com a Conferência em andamento, a partir do terceiro dia, e permitem captar também o efeito que ela foi produzindo entre os participantes.

O surgimento destas narrativas explicita a intensidade dos afetos despertados por participar da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Fazer história e compor a arena de lutas sociais em defesa da saúde no Brasil, nós pesquisadores também participamos, e passamos a palavra, pois a principal riqueza da participação social no SUS está na diversidade das perspectivas e dos pen-

samentos dos atores que compõem o sistema:

Aqui você vê uma multidão e percebe o quanto o SUS é bem administrado porque o povo agrega o seu conhecimento para o funcionamento do SUS. O Brasil todo está aqui, é lindo demais ... (Usuário/PR)

Eu tô super feliz, é a primeira conferência [nacional] que eu estou participando... e assim eu vou voltar bem enriquecida mesmo, isso é bem importante para mim. (Trabalhadora/RO)

A felicidade de estar nesse espaço e de ver mais de 5 mil pessoas dispostas a lutar e não entregar o país para esse novo modelo de governo que querem implementar. Fortalecer as companheiras e companheiros que estão aqui, dizendo que somos resistentes e que “ninguém solta mão de ninguém”. (Usuário/PE)

Então estou fazendo a minha colaboração para fazer a diferença na história e amanhã poder olhar para trás e dizer ‘poxa eu participei daquele momento’, assim como muitos que participaram da oitava e hoje tem orgulho de falar que participaram. (Gestora/TO)

As falas dos participantes nos permitem compreender em maior profundidade a perspectiva dos 2.717 (95,6%) sujeitos aos quais foi aplicado o questionário da fase inicial e que consideraram a participação um tema muito relevante para a saúde, pois “o SUS sem controle social não é SUS” (Trabalhador/AM), e talvez, “se não tivesse essa Conferência por exemplo eu acho que o SUS não demoraria 10 anos mais não” (Usuário, MG):

É através das conferências que a gente consegue rodar a catraca... É através das conferências que a gente

consegue dar um passo, embora muito curto, à frente de um governo que... muitas vezes tenta... tenta cortar, tenta derrubar pontes, tenta obstruir os caminhos né? Não só desse Governo, mas tantos outros que passaram que tentaram boicotar o SUS na verdade. (Gestor/RO)

Eu comecei na luta aos 17 anos, hoje eu tenho 28, então a cada vez que eu venho para uma conferência, participo de uma reunião de conselho, que eu participo de uma reunião enquanto conselho dentro de uma unidade de saúde, eu me... É como me reavivasse as minhas energias porque você fica as vezes tão baqueado com os acontecimentos e aí você se junta né, quando tem essa união é muito importante (Gestor/PB).

As razões de considerarem a participação social uma questão importante, ganha densidade quando buscamos compreender por que 2.219 participantes disseram estar esperançosos (78,2%), contra 293 que se sentiam céticos (10,3%) ou os 324 relataram outros sentimentos (11,4%). Nesta última categoria de resposta, como dissemos, o sentimento mais frequente foi o de “preocupação com o SUS”, que atravessa diversos relatos, pois a gente precisa “se abraçar para se unir ... ou a gente se une, ou a gente vai ser engolido” (Trabalhador /PB):

E aqui falando dá até vontade de chorar, a gente é lá do interior, só aprendi trabalhar, não teve muito contato com os prazeres da vida, e sou muito feliz com 64 anos poder fazer uma viagem dessas, tão satisfatória, buscando conhecimento e entendimento para eu ser um multiplicador do SUS lá na minha base. (Usuário/PR)

Eu queria que minha opinião sobre o futuro do SUS fosse a melhor possíveis... que todos, que a gente pudesse cumprir consolidado de fato o que está no papel,





mas hoje em dia as perspectivas são piores devido a ao enfrentamento que a gente tá tentando fazer e os ataques que deslegitimam toda nossa conquista. (Trabalhador/PB)

Este sentimento de preocupação com o SUS, embora também estejam presentes na fala dos esperançosos, dá lugar a afirmação de princípios e disponibilidade para a ação. Primeiramente notamos que a participação social é relatada como dispositivo que influencia na manutenção da “esperança”:

Eu vim bastante pesarosa, mas eu saio com sentimento de esperança e felicidade. Saio fortalecida para voltar para minha área de atuação. Entender que o sistema de saúde é para todo mundo e fazer com que meus colegas entendam isso e mais do que isso, representar não só os trabalhadores, mas todos os usuários, toda a minha família e amigos que utilizam o sistema e sair daqui difundindo que esse é um dos melhores sistemas do mundo. (Gestora/RS)

Isso eu venho conversando com meus colegas desde o início da Conferência, a gente está muito temeroso em relação ao futuro, porque não sabemos o que vai acontecer e não conseguimos enxergar uma luz no fim do túnel e participar da Conferência dá um gás para você continuar lutando, porque nós sofremos ataques todos os dias. (Gestor/RS)

Entretanto, uma categoria de falas nos permite sintetizar este sentimento de “esperança”, em elaboradas compreensões sobre o processo histórico. Estas perspectivas vão desde um olhar otimista, que localiza no contexto atual a possibilidade de otimização da gestão em saúde:

Como gestor, eu não vejo um futuro obscuro para o SUS no Brasil. A gente tem que priorizar por otimização (Gestor/PE).

Até uma leitura pessimista sobre a “conjuntura”, capaz de ser enfrentada com mobilização social:

É uma mistura. Sempre das Conferências, você espera aperfeiçoar o SUS. Mas nós estamos numa conjuntura muito difícil, então todo esse novo esforço coletivo, de milhares e milhares de pessoas de todos os estados, de todos os lugares, ele pode ser enterrado com uma canetada. Mas eu sou uma pessoa que tem esperança. Então eu tenho certeza, mesmo sabendo que a situação está difícil, que nós vamos conseguir aqui fazer com que o SUS possa ser aperfeiçoado” (Usuária/PE).

Eu gostaria de registrar que estou muito feliz. Essa é a minha primeira conferência, é a minha primeira participação e como delegado também, então apesar das inúmeras dificuldades que a gente vê tem que manter a esperança, um fundinho de esperança acesa, porque essa mobilização que a gente faz com o povo que vai permitir que um dia a gente tenha conquistas realmente populares (Trabalhador/SP).

Finalmente, temos leituras que comparam momentos históricos para concluir que o sistema de saúde já passou por momentos difíceis, talvez mais difíceis que o atual, e que a esperança deve sobressair, aliada a valores como democracia, cidadania, mobilização popular:

Futuro do SUS e do Brasil: o Brasil passar por um período difícil, mas não impossível, nós já passamos por períodos parecidos a esse que estamos passando, politicamente, mas eu acho que o povo brasileiro tem a

capacidade de se reerguer em momentos de dificuldade, essa conferência, por exemplo, é um reflexo disso, a gente vive vários ataques a saúde, mas ao mesmo tempo a gente teve forças de vir aqui e explicar quais são as nossas dificuldades. Então eu acho que o momento é de luta de resistência, em especial resistência pela democracia, que sem ela não vai existir SUS. Eu acho que apesar do momento ser difícil, acho que nosso horizonte é saudável, ele é bonito talvez demore um pouco mais, talvez nos entristeçamos no meio do caminho, mas acho que vai sempre existir uma esperança, e que lá no horizonte, não tão longe, a gente vai conseguir o que queremos de fato que é a manutenção da democracia e a felicidade do nosso povo brasileiro. (Usuário/SC)

Quem participou da 8ª Conferência não imaginava que estaríamos passando isto [fala do cenário político atual] em 2019. Eles certamente estavam numa situação bem pior e é por eles que estamos aqui hoje. Que não tenhamos medo e vamos à luta mesmo! E que a próxima 8+8+8 seja outro marco!”. (Usuária/ RN)

A pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde” foi proposta para adensar a compreensão sobre a participação social no processo da sua realização e o acompanhamento dos seus efeitos sobre a formulação de políticas e da organização do SUS, mas também para qualificar os registros para o futuro. De certa forma, ela também representa um efeito da 16ª Conferência, na medida em que, pela primeira vez, a proposta de investigação da participação na perspectiva do Conselho Nacional de Saúde é posta em ação. Como temática de interesse estratégico do SUS, a pesquisa representou a primeira iniciativa do CNS no campo da investigação, e estimulou a criação da Câmara Técnica de Estudos In-

tegrados do Controle e da Participação Social na Saúde, mais recentemente, por meio da Resolução do CNS nº 620, de 11 de outubro de 2019. A importância dessa iniciativa transcende o fato em si de agregar a investigação ao amplo processo de participação e aponta a preocupação de organizar registros e acervos para que a investigação aprofunde a compreensão e, mais do que isso, que não se perca nas investigações futuras a perspectiva do controle social sobre esse processo.

Nessa perspectiva, as primeiras análises demonstram um amplo processo participativo, que envolveu diretamente quase 83% dos municípios brasileiros, em todos os Estados da Federação. Considerando apenas as Conferências Estaduais, realizadas em todos os Estados e no Distrito Federal, quase 23 mil participantes estiveram mobilizados diretamente, que devem ser somados às Conferências Regionais realizadas em seis estados e Conferências Livres. Essa ampla mobilização fez chegar em Brasília, no início de agosto de 2019, quase 3 mil delegados e aproximadamente 2,5 mil participantes credenciados. Considerando a projeção realizada em agosto de 2018 pelo Conselho Nacional de Saúde, que apontava um teto de delegados por Estado da Federação com base populacional, a mobilização alcançou a ambiciosa marca de 92% de credenciamentos em relação ao teto projetado.

O estudo do perfil dos delegados e convidados mostra uma alta taxa de renovação, com mais de 63% dos sujeitos declarando ser a primeira Conferência Nacional da qual participava. Também se identificou uma variação intergeracional muito significativa, com alta participação de adultos jovens e idosos.

O movimento de indução à ampliação da participação no processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde, induzido pelo Conselho Nacional de Saúde e registrado no Regimento e no Regulamento da Conferência, também se verificou na variação étnico/racial, na diversidade de renda, no equilíbrio de homens e mulheres, na diversidade de identidades de gênero e de orientação sexual dos participantes, entre outros atributos. A etapa nacional da 16ª Conferência foi mobilizadora de sentimentos de esperança e reconhecimento da relevância da participação social na saúde. As entrevistas em profundidade permitiram identificar um efeito de intervenção mobilizadora da própria Conferência nos participantes.

Acrescentar à publicação do Relatório Final da 16ª Conferência os dados descritivos de perfil dos participantes foi um esforço para contextualizar e ampliar a compreensão sobre o conteúdo das diretrizes e propostas deliberadas, mas também para buscar evidências do efeito pedagógico da Conferência no Sistema Único de Saúde. A aposta no fortalecimento do SUS dos Conse-

lheiros e Conselheiras Nacionais que, ao longo dos anos de 2017 e 2018 planejaram o processo, parece ter sido alcançada.

O desafio agora é seguir o processo da Conferência, que não se esgota na Plenária Final, mas atravessa os quatro anos do interstício previsto legalmente. Uma Conferência não é um evento; é uma etapa de um processo contínuo. Como na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a expectativa é que seja fortalecida a capacidade do sistema de saúde de produzir saúdes, inclusão crescente, atenção integral às pessoas e coletividades, reconhecimento cada vez maior do que afeta a saúde de pessoas e grupos, práticas culturalmente embasadas ... Mais saúde e mais democracia para cada brasileiro e cada brasileira que se envolveu e tornou possível a 16ª Conferência Nacional de Saúde, um marco na participação social brasileira.

Participantes da pesquisa na etapa nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde: Adailton de Jesus Gomes Costa, Adriana Fernandes Carajá, Alcindo Antônio Ferla, Amanda Araujo Mendes, Amanda de Lucas Xavier Martins, Amrit Carvahó de Lima, Ana Carolina Xavier Esteves, André Luís Marques da Silveira, Andreia Gussi de Oliveira, Andresa Barbosa Candido, Antônio Alves de Souza, Anyelle S. Nascimento de Lima, Berenice Diniz, Bianca Coelho Moura, Bruna Gonçalves dos Reis Pinelli, Camila Fontana Roman, Camila Lima Nogueira, Carina Suzana Pereira Correa, Carolina Carvalho Ribeiro, Cássia de Andrade Araújo, Cássio Alves Coelho, Catarina de Britto Guimarães, Cecília Balbino Reis, Dagmar da Luz Oliveira, Daiane Foletto Fogaça, Daniel Marcos de Sousa Santos, Daniela Ferraz Frauches Carvalho, Danylo Santos Silva Vilaça, Dayane Aparecida Alves, Diego Gabriel de Lima, Eldon Carlos Queres Gomes, Eleuza Procópio de Souza Martinelli, Eliana Bohland, Elizabete Cristina da Silva, Elizel Monteiro dos Santos, Érica Rosalba Mallmann Duarte, Ernesto Luiz Lima da Silva, Etel Matielo, Fernanda Fernandes Costa, Flávia Cristina Silveira Lemos, Flávia Santana Lima, Franciely de Oliveira Ancelmo, Francine Santana da Conceição, Francisca Maria Carvalho Nascimento, Francisca Rêgo Oliveira Araújo, Francisca Valda da Silva, Francisco Costa da Rocha, Francisco Jadson Franco Moreira, Frederico Viana Machado, Gabriel Alves Costa, Gabriel Calazans Babbista, Gabriel Schneider Loss, Gabriela Cristina Braga Bisco, Gabriela Perin, Giovana Vito Mondado, Gislei Siqueira Knierim, Guilherme da Silva Machado, Guilherme Pereira de Lima, Gustavo Sanches Santos, Indira Silva dos Santos, Irani Santos Silva, Izabella Barbosa de Brito, Jacinta de Fátima Senna da Silva, Jamilly Katielen Machado Floriano, Jessica Almeida Pereira, Jéssica Quirino Medeiros, Jozieli Maria Sousa Barros, Júlia Chaves do Nascimento, Juliana Gonçalves Machado, Juliana Lelis Pereira, Krystal Costa Batista, Laís Marques Ramos, Lígia Maria Carlos Aguiar, Lorrany Santos Rodrigues, Luana Santos Silva, Lucas Uback, Luciana Barcellos Teixeira, Luiza Sousa de Carvalho, Lura Machado Costa, Mahéli Giovanna Amaro dos Santos Galvão, Marcelo Pereira Gonçalves, Márcia Clara de Lima, Márcia Fernanda de Mélo Mendes, Maria das Graças Alves Pereira, Maria do Socorro de Souza, Maria Goreti Lima, Maria Juliana Rocha Reis, Maria Lourdes da Silva, Maria Luiza Lemos Azevedo, Mariara da Silva Brandão Rodrigues, Marise Fernandes da Silva, Matheus Oliveira de Paula, Matheus Zuliane Falcão, Mayara Suelirta da Costa, Mônica Diniz, Natascha Kokay Nepomuceno, Nívia Tavares Pessoa, Odete Messa Torres, Otávio Ribeiro Lago Netto, Paola Gomes Ribeiro, Pedro Crepaldi Carlessi, Pedro Henrique Santos Vitoriano, Petruska Barros Alves, Philipe de Carvalho Fonseca, Rafael Fernandes Tritany, Rebeca Valentim Leite, Renata Larissa Ferreira de Carvalho, Renata Musa Lacerda, Ricardo Alexandre Araujo, Ricardo Burg Ceccim, Rodolfo Luis Almeida Maia, Rodrigo Cardoso dos Santos, Romeu Santana Borges, Ruth da Conceicao Costa e Silva Sacco, Samara Borges de Oliveira, Sonia Maria Lemos, Thais Castro Madeira, Thaylline Kellen da Silva Araújo, Thiago Von Grapp Monteiro, Valeria Cristina Gomes de Castro, Victória Helen Ribeiro Lima, Vitor Frazão Neri, Viviane Santana de Andrade, Willian Fontes, Yo Hwa Farias da Cunha.



Referências:

ALMEIDA, L. Gestão Pública e Democracia: os conselhos gestores de saúde da Região Metropolitana de Natal-RN. In Revista Democracia e Participação, v1, n1, 2014.

Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 5 de outubro de 1988. Disponível na internet: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 16/05/2019.

Brasil. Presidência da República. Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível na internet: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em 16/05/2019.

BRASIL. Conselhos Nacionais: Dados Básicos, Organização, Gestão Atual, Finalidade, Composição, Competências. 2010. Secretaria Nacional de Articulação Social da Secretaria-Geral da Presidência da República. Disponível em: www.secretariageral.gov.br.

BRASIL. Democracia Participativa: Nova relação do estado com a sociedade (2003-2010). 2011^a. Secretaria Nacional de Articulação Social da Secretaria-Geral da Presidência da República. Disponível em: www.secretariageral.gov.br.

CÔRTEZ, S.M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In FLEURY, S. & LOBATO, L. V. C. Participação,

Democracia e Saúde, p. 102 - 128. Rio de Janeiro: Cebes, 2009b.

CÔRTEZ, S.V. (org.). Participação e saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009^a.

CÔRTEZ, S.V. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. (Org.). Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde, p. 311-342. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

DUQUE-BRASIL, F. Democratização e Participação Social: A construção de avanços democratizantes nas políticas urbanas pós-1980. 2011. Tese de Doutorado. FAFICH. UFMG, 2011.

FERNANDES, A. Conselhos municipais: participação, efetividade e institucionalização – a influência do contexto político na dinâmica dos conselhos - os casos de Porto Alegre e Salvador. In Cadernos Ebape, v8, n3, 2010.

FERLA, Alcindo Antônio. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 85-108, junho 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a06.pdf>. Acesso em 16/05/2019.

FERLA, Alcindo Antônio. Clínica em movimento: cartografias do cuidado em saúde. Caxias do Sul: EDUCS, 2006.

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: Entre a utopia democrática do controle social e a práxis

predatória do clientelismo empresarial. In FLEURY, S. & LOBATO, L. V. C. Participação, Democracia e Saúde, p. 176 - 203. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

MACHADO, F. Do Estatal à Política: Uma análise psicopolítica das relações entre o Estado e os movimentos de juventudes e LGBT no Brasil (2003-2010). Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. 2013.

MOREIRA, M. & ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Ciênc. saúde coletiva, v14, n3, 2009.

POGREBINSCHI, T. Participação como Representação: Conferências Nacionais e Políticas Públicas para Grupos Sociais Minoritários no Brasil. Paper apresentado no Encontro da Associação Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais. Caxambu. 2010.

SILVA, V. As Conferências Públicas Nacionais como forma de inclusão política: alguns determinantes da capacidade inclusiva desses espaços de participação e deliberação. 2010. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais. 2010.

STRALEN, C. Gestão Participativa de Políticas Públicas: o caso dos Conselhos de Saúde. Revista Psicologia Política, v5, n10, 2005.



3. CONFERÊNCIAS LIVRES



As Conferências livres surgiram como atividades que visam ampliar o debate e a mobilização em torno das Conferências de Saúde, tendo sua primeira experiência a partir do processo da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Na mobilização para 16ª as conferências livres tiveram a inovação de indicar participantes livres a partir de critérios pré-determinados pela comissão organizadora.

Elas se caracterizaram como atividades de Debates, Encontros e Plenárias para discutir pelo menos um dos temas da 16ª Conferência (8ª+8) com o objetivo de ampliar o número quanto em grupos sociais e a participação da sociedade no processo da conferência, podendo ser organizadas pelos segmentos de usuárias (os), trabalhadoras (es) e gestoras (es)/prestadoras (es), como também, pela representação social a que pertencem, podendo ser constituídas no âmbito Municipal, Intermunicipal, Regional, Macrorregional, Estadual, Distrital e/ou Nacional.

No processo da 16ª Conferência Nacional de Saúde, tivemos o registro de 63 conferências livres que trouxeram a ampliação do debate para os mais diversos temas, ocorridas em todas as regiões do país, mas em maior número na região Nordeste (18), seguida por sudeste (15), centro-oeste (12), norte (11) e sul (6). Destas apenas 35 enviaram informações sobre o quantitativo de participantes perfazendo um total de 4.190 pessoas, com indicação de 54 participantes livres.

As conferências livres abordaram temas variados e foram propostas por entidades de trabalhadores, usuários, instituições de ensino superior, fóruns e por gestores (municipais e estaduais). Abaixo segue a listagem das conferências livres que enviaram informações ao Conselho Nacional de Saúde, seus relatórios completos estarão disponíveis a posteriori no site do CNS.

TEMA
Trabalhadores da saúde na defesa da democracia e da saúde como direito.
Os Desafios para defender o SUS no DF e no Brasil
Democracia e Saúde
Os Desafios vivenciados pelo conjunto dos profissionais da área a Enfermagem que comprometem a Qualidade das Práticas de Enfermagem no âmbito da Saúde.
Democracia e Saúde na Enfermagem
Reformas fiscal, trabalhista e previdenciária: impactos no SUS, no trabalho em Enfermagem e da Saúde.
Os desafios da Enfermagem na defesa das práticas de cuidado, do direito a saúde e da democracia.
Enfermagem na Defesa Incondicional do Direito À Saúde Para Todos: rumo à 16ª Conferência Nacional de Saúde.
1ª Conferência Livre da Academia da Saúde do CERPIS – Planaltina.
1ª Conferência Livre de Assistência Farmacêutica de Minas Gerais.
I Conferência Municipal de Atenção as Urgências do município de Castanhal-PA.
1ª Conferência Livre em Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica da Bahia.

ORGANIZAÇÃO
Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Amazonas Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas Sindicato dos Profissionais Enfermeiros Servidores Públicos no Estado do Amazonas Rede Unida no Amazonas
Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Distrito federal
Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Pará
Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Paraíba
Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio de Janeiro
Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio Grande do Norte
Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio Grande do Sul
Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Tocantins
Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS)
Sindicato dos Farmacêuticos de Minas Gerais – SINFARMIG
Prefeitura Municipal de Castanhal - SNS - Coordenação de Urgências e Emergências
Conselho Regional de Farmácia da Bahia Sindicato dos Farmacêuticos do Estado da Bahia

As coinfeções do HIV/Aids - Tuberculose e Hepatites virais - Participação social no seu enfrentamento.
Conferência Livre dos Conselhos Profissionais da área de Saúde - Recursos Humanos.
Controle Social no Sus - a importância do Conselho.
2ª Conferência Livre de Saúde do Distrito DAENT
2ª Conferência Livre de Saúde do Distrito DAGUA.
Democracia e Saúde.
Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS.
Democracia e Saúde.
Democracia e Saúde: Direitos humanos e acesso a atenção à saúde da população LGBT.
Democracia, Paz e Desenvolvimento com Justiça Social e Justiça Ambiental.
Democracia, Saúde Mental e organização sindical das/os Psicólogas/os.

Fórum ONG Aids RS. Comitê Estadual de Enfrentamento da Tuberculose RS. Parceria Brasileira contra a Tuberculose Conselho Estadual de Saúde RS.
ASCOP-SC - Associação dos Conselhos Profissionais de Santa Catarina.
Coordenadoria da Vigilância em Saúde de Monte Sião – MG.
Fórum de Educação Permanente em Saúde do Pará – FEPS/PA. Associação de Defesa e Valorização da Pessoa Idosa – ANDVPI. Movimentos parceiros integrantes do Fórum Popular de Divulgação. Fórum Popular de Mobilização da 16ª Conferência Nacional de Saúde do Pará.
Fórum Popular de Mobilização da 16ª Conferência Nacional de Saúde do Pará. Rede Feminina de Direitos Humanos – RFDH. Associação Afrodescendente Cultural OYA JOKOLOS-Y-ARFOUJY.
Núcleo de Saúde Coletiva / Centro Acadêmico de Vitória / Universidade Federal de Pernambuco.
Pastoral da Saúde da Arquidiocese de Manaus MAZON - Movimento Amigos da Zona Norte e Região Metropolitana. Fórum Permanente em Defesa do SUS.
Comunidade Acadêmica da Universidade do Estado da Bahia.
Conselho Municipal de Saúde do Recife, juntamente com o CEBES Núcleo Recife.
Fórum Brasileiro de Saúde e Seguridade Social.
Sindicato das/os Psicólogas/os de Mato Grosso do Sul

Direito à Cidade como um Direito à Saúde.	Fórum de Diretórios Acadêmicos da Saúde- UFPE: Executiva Nacional de Estudantes de Terapia Ocupacional, Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia, Executiva Nacional dos estudantes de Fonoaudiologia, Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem, Executiva Regional de Estudantes de Terapia Ocupacional, Acadêmica de Enfermagem, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais, CEBES - Núcleo Recife.
Direitos Humanos na Atenção às Urgências e no Acesso.	RBCE e Secretaria de Saúde de Goiânia e da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG).
Direitos Humanos na Atenção às Urgências e no Acesso à Atenção Hospitalar.	Rede Brasileira de Cooperação em Emergências – RBCE e seus parceiros locais
Educação e Saúde.	Centro Acadêmico de Medicina Universidade Federal de Roraima.
Educação na Consolidação do SUS.	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e diversas instituições parceiras
Conferência Livre de Educação Popular do Estado do Rio De Janeiro.	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde - ANEPS-RJ
Conferência Livre de Educação Popular em Saúde.	Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS. Movimento Popular de Saúde de Sergipe – MOPS – SE. Fundação Oswaldo Cruz Brasília. Grupo de Trabalho de Educação Popular em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - GT de EPS da ABRASCO. Movimento da População em Situação de Rua - Grupo Ritornelo. Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP. Conselho Municipal de Passo Fundo; Conselho Nacional de Saúde – CNS. Associação Brasileira da Rede Unida. Associação Brasileira de Enfermagem - Seção DF. Rede de Educação Popular em Saúde.

Conferência Livre de Educação Popular em Saúde.	<p>Articulação Nacional de Extensão Popular – ANEPOP. Comissão de Direitos Humanos de Passo Fundo Universidade de Passo Fundo - UPF Instituto de Teologia e Pastoral - ITEPA Associação Instituto Cultural e Educacional Paulo Freire – ICEPAF Pastoral da Saúde. Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST. Movimento de Mulheres Camponesas – MMC. Movimento Nacional de Luta pela Moradia – MNLM. Associação Cultural de Mulheres Negras – ACMUN. Associação de Promotoras Legais Populares – PLP's. Sindicato dos Trabalhadores da Saúde – Sindi Saúde. Sindicato dos Trabalhadores Bancários. Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias. Metalúrgicas, Mecânicas, de Material Elétrico e Eletrônico de Passo Fundo, Marau e Tapejara Diretoria Executiva Nacional de Estudantes de Medicina – DENEM – Regional Sul 1.</p>
Eliminando a Superlotação dos Serviços de Urgências e a Crise de Acesso Hospitalar como Violação Massiva e Sistemática dos Direitos Humanos.	Rede Brasileira de Cooperação em Emergências - RBCE-SP.
Conferência Livre de Estudantes da Saúde de Santarém Desafios e Perspectivas na formação profissional para o Sistema Único de Saúde.	Universidade Federal do Oeste do Pará e Universidade do Estado do Pará- Campus Santarém.
Conferência Livre de Hanseníase.	<p>Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela Hanseníase (Morhan). Liga de Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e da Sociedade Brasileira de hansenologia.</p>
Conferência Livre de Saúde da Juventude.	Conselho Municipal de Saúde de Corumbá/MS.
Conferência Livre da Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT).	<p>Articulação Brasileira de Gays. Movimento do Espírito Lilás – Conselho Municipal de Saúde. Grupo de Mulheres Lésbicas e Bissexuais Maria Quitéria. Associação das Travestis e Transexuais da Paraíba. Movimento de Bissexuais da Paraíba. Associação de Homens Trans – PETRIS. Cordel Vida – Fórum de ONG/AIDS da Paraíba. Associação das Profissionais do Sexo/APROS.</p>

Conferência Livre da Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT).
Conferência Livre de Saúde LGBTI+ do Rio de Janeiro.
Unidos por maior incidência no Sistema Único de Saúde – SUS.
Conferência Livre de Saúde do Movimento Universidade Popular da Unimeta – MUP.
Nova Política de Saúde Mental.
Conferência Livre de Saúde dos Povos e Comunidades de Terreiros e Saúde da População Negra-Consolidação dos Princípios do Sistema Único de Saúde.
I Conferência Livre com o tema Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.
2ª conferência livre no Presídio Santa Luzia.
1ª Conferência Livre das Residências em Saúde do Distrito Federal.
O respeito aos direitos humanos nos serviços de atenção às urgências do Brasil.
Saúde da Juventude Negra e Quilombola.

Movimento Negro Organizado da Paraíba.
GPV-RJ e a Frente LGBTI+ RJ.
MOPAIDS – Movimento Paulistano de Luta Contra Aids. PM de DST/AIDS São Paulo.
Movimento Universidade Popular da Unimeta - MUP/Unimeta. Universidade Federal do Acre – Ufac. Centro de Universitário – Unimeta.
Conselho Federal de Psicologia – CFP.
UNEGRO.
Movimento Popular de Saúde - MOPS Peruíbe Cuidando da Vida - Valorizando tradições nativas - Respeitando todos os povos.
Instituto Raízes de África Secretaria de estado de Ressocialização e Inclusão Social.
Coordenação da COREMU-ESCS. Residente do Programa de Gestão de Políticas Públicas – ESCS. Residente do Programa de Saúde da Família e Comunidade - ESCS.
Rede Brasileira de Cooperação em Emergências – RBCE CEBES - Recife ABRASCO FIOCRUZ
Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG). União Nacional de Estudantes (UNE). Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/MS). Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Associação Brasileira da Rede Unida (Rede Unida). Coletivo Enegrecer.

Conferência Livre de Saúde da Mulher.
Conferência Livre sobre a Saúde da População em Situação de Rua e Redução de Danos com o tema Democracia e Saúde e a Consolidação dos princípios do SUS.
Conferência Livre sobre a Saúde da População em situação de rua e usuários de Álcool e outras Drogas.
Saúde: Direito de todos e dever do Estado – Caraúbas.
Saúde: Direito de todos e dever do Estado.
Conferência livre sobre Saúde - Direito de todos e em defesa do SUS.
Conferência Livre de Saúde do Trabalhador da Trabalhadora – SP.
Conferência Livre de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.
Conferência Livre de Saúde: Saúde e Democracia.

Estado de Mato Grosso do Sul Município de Corumbá Secretaria Municipal de Saúde Conselho Municipal de Saúde
Comissão Intersetorial da Promoção da Equidade no Sistema Único de Saúde e Redução de Danos vinculada ao Conselho Municipal de Saúde de Campo Grande/MS.
Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS. ONGs Àguia Morena, Mescla. SESAU. Conselho Municipal de Saúde de Campo Grande. Subsecretaria de Direitos Humanos Consultório na Rua. ABORDA. Conselho Local de saúde da UBSF. Universitário e Centro POP.
Instituto Solidare Pernambuco. Escola dos Sertões de Fé e Política. Universidade Federal de Pernambuco.
Instituto Solidare Pernambuco. Escola de Fé e Política Pr Martin Luther King Jr. Universidade Federal de Pernambuco.
Juventude do bairro da Matriz-Pinheiro – MA.
DIESAT em parceria com a CISTT Estadual. DVST-CEREST ESTADUAL.
Fórum Sindical e Popular de Saúde e Segurança do Trabalhador e da Trabalhadora de Minas Gerais (FSPSSTT/MG). Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
Central Única dos Trabalhadores – CUT, através da Secretaria Estadual de Saúde.

Saúde é Democracia – o SUS é do Povo.
Saúde e Democracia.
2ª Conferência Livre - Saúde e Educação: Pública, Gratuita, Universal, Integral e de Qualidade.
Conferência Livre de Saúde Mental.
Saúde Mental e Democracia.
1ª Conferência Universitária de Saúde “Democracia e Saúde”
Conferência Livre “VOZES DE VOZ ÀS MINORIAS: em defesa da democracia, da liberdade de expressão e do direito de ter direitos.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES/Núcleo Rio de Janeiro).
<p>Universidade Federal do Pará – UFPA (faculdades, centros acadêmicos, hospitais). Conselho Regional de Psicologia do Pará e Amapá - CRP10. CEBES – PA. Grupo de Mulheres Brasileiras – GMB MST. União Nacional de Luta pela Moradia – UNLM. Movimento de Luta Antimanicomial – MLA. Instituto Transformar. SINDSAUDE. Movimento de Mulheres do Campo e da Cidade – MMCC. Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense- FMAP. Movimento de Saúde dos Povos – MSP. Ligas de Saúde da UFPA e Universidade do Estado do Pará (UEPA). Centros Acadêmicos da UEPA, ABEn. Usuários de saúde. Mandatos populares de Partidos. Associação de Povos e estudantes indígenas da UFPA – APYEUFPA. Associação de Estudantes Quilombolas da Universidade Federal do Pará – ADQ-UFPA. Conselho Regional de Serviço Social do Estado do Pará – CRESS-PA.</p>
<p>Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Universidade da Grande Dourados.</p>
Conselho Municipal de Saúde de Corumbá/MS.
SESMG, CRPMG, COSEMSMG, Associações de usuários da saúde mental (Associação Consciência Ativa, AFAUSAM, Associação Loucos por Direitos) e Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros.
<p>Universidade do Extremo Sul Catarinense. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPGSCOL (Mestrado profissional). Núcleo de Saúde Coletiva. Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Residência em Saúde Mental. Diretório Central dos Estudantes e Centros Acadêmicos da Saúde.</p>
Fórum Gaúcho de Saúde Mental Extremo Sul.

4. A ETAPA NACIONAL

A 16ª Conferência teve sua etapa efetivada em quatro dias, envolta por sentimentos de alegria, satisfação, realização, vitória, sucesso, oportunidade. Oportunidade de estar no maior evento de participação social do país, para viver e fazer desse momento uma potente ação em defesa do SUS e da democracia, que por meio da gestão participativa reafirme e o direito constitucional humano fundamental à saúde.

O dia 4 de agosto

O Pavilhão do Parque da Cidade abriu suas portas para receber as pessoas que chegaram de todas as regiões do Brasil e por meio dos mais diversos meios de transporte e com o firme propósito de refirmar as conquistas do SUS e (re)escrever o contrato social de saúde como direito de todos e dever do Estado e os caminhos para o modelo de atenção e gestão no Brasil.

O dia foi marcado pelos encontros, reencontros, credenciamentos, acomodações e a certeza de que a 16ª, (8ª + 8) estava acontecendo.

A noite, a partir da 18h aconteceu a cerimônia de abertura composta por uma mesa central e mesas laterais.

A Mesa Central:

- Ministro de Estado da Saúde, Luiz Henrique Mandetta
- Coordenador Geral da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) e Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Fernando Zasso Pigatto
- Coordenador-Adjunto da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), Ronald Ferreira dos Santos
- Representante da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) no Brasil, Socorro Gross Galiano
- Representante do Legislativo e Membro da Subcomissão Permanente de Saúde, Deputada Carmen Emília Bonfá Zanotto
- Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Alberto Beltrame
- Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Wilames Freire Bezerra
- Representando o Segmento Gestores/Prestadores, Allan Quadros Garcês
- Representando o Segmento dos Profissionais de Saúde, Priscilla Viégas Barreto de Oliveira
- Representando o Segmento dos Usuários, Maria da Conceição Silva

As Mesas Laterais:

Representantes do Segmento de Usuários:

- Conselheiro Nacional de Saúde, Geraldo Adão Santos - representando as Entidades Nacionais de Aposentados e Pensionistas
- Conselheira Nacional de Saúde, Nara Monte Arruda - representando as Entidades Nacionais de Estudantes
- Conselheira Nacional de Saúde, Altamira Simões dos Santos De Souza - representando as Entidades ou Movimentos Nacionais da População Negra
- Conselheiro Nacional de Saúde, Delmiro José Carvalho Freitas - representando as Entidades ou Movimentos Nacionais de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
- Conselheira Nacional de Saúde, Vanja Andréa Reis dos Santos - representando as Entidades ou Movimentos Nacionais Organizados de Mulheres
- Conselheira Nacional de Saúde, Simone Maria Leite Batista - representando as Entidades ou Movimentos Sociais e Populares Nacionais Organizados
- Conselheiro Nacional de Saúde, Jacildo de Siqueira Pinho - representando as Entidades Nacionais de Trabalhadores Rurais
- Conselheiro Nacional de Saúde, Wanderley



16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
**DEMOCRACIA E
SAÚDE**
Brasília - DF, 4 a 7 de agosto de 2019

CNS Conselho Nacional
de Saúde



SIM
PARA
SAÚDE

SIM
A VIDA DAS
MULHERES



Gomes da Silva - representando as Entidades de Associações de Moradores e Movimentos Comunitários

- Conselheiro Nacional de Saúde, Alex Gomes da Motta - representando as Confederações Nacionais ou Movimentos/ Organismo Nacionais de Entidades Religiosas
- Conselheiro Nacional de Saúde, Geordecí Menezes de Souza – representando as Centrais Sindicais Nacionais
- Conselheira Nacional de Saúde, Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello - representando as Entidades Nacionais de Defesa dos Portadores de Patologias
- Conselheira Nacional de Saúde, Marisa Fúria Silva - representando as Entidades Nacionais de Defesa dos Portadores de Deficiência

Representantes do Segmento dos Profissionais de Saúde

- Conselheira Nacional de Saúde, Sueli Terezinha Goi Barrios – representando as Associações / Comunidade Científica
- Conselheira Nacional de Saúde, Maria Laura Carvalho Bicca - representando Entidades Sindicais/Federações
- Conselheira Nacional de Saúde, Elaine Junger Pelaez - representando os Conselhos Profissionais
- Secretária-Executiva do Conselho Nacional de

Saúde, Ana Carolina Dantas Souza

- Representante da Associação Brasileira de Imprensa, Helio Doyle
- Presidente do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH), Leonardo Penafiel Pinho
- Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Nísia Trindade Lima
- Secretário-Executivo do Ministério Da Saúde, João Gabardo dos Reis
- Secretário de Atenção Especializada em Saúde, Francisco de Assis Figueiredo
- Secretário de Vigilância em Saúde, Wanderson Kleber De Oliveira
- Secretário de Ciência, Tecnologia E Insumos Estratégicos, Denizar Vianna
- Secretária Especial de Saúde Indígena, Silvia Nobre Waiãpi

Ex-Ministros da Saúde:

- José Agenor Álvares da Silva
- José Gomes Temporão
- Ademar Arthur Chioro dos Reis
- Cortejo das Bandeiras dos Estados

- Execução do Hino Nacional pela Banda do Corpo de Bombeiro Militar do Distrito Federal
- Exibição do vídeo especial preparado para a 16ª Conferência Nacional de Saúde
- Homenagem aos integrantes da Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde
- Ary Carvalho de Miranda e Paulo Marchiori Buss - representando toda a comissão organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde
- Lúcia Regina Florentino Souto, representando o presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Sérgio Arouca

gosto de 2019





DISCURSO DE ABERTURA

FERNANDO PIGATTO

Cumprimento a mesa, ex-presidentes do CNS, ex-ministros da saúde presentes, delegados e delegadas vindos de todas as regiões do país (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul); Representantes dos conselhos municipais, estaduais e nacional, dos movimentos sociais, das organizações de trabalhadores de saúde, da gestão e dos prestadores de saúde.

Homens e mulheres, jovens e idosos, negros, índios, brancos em sua diversidade cultural, religiosa e sexual, representando aqueles e aquelas que atuaram nas mobilizações de base da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) com a realização de conferências livres, conferências municipais, conferências estaduais e diversos eventos de entidades da sociedade civil que valorizam o SUS e a 8ª+8.

Gostaria de agradecer também às nossas famílias que nos apoiaram a chegar até aqui e aguardam com carinho o nosso retorno com energias revigoradas para garantir a manutenção e qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS). É isso que viemos fazer aqui, defender o sistema público de saúde universal, público e gratuito. Nosso patrimônio.

Em um momento tão importante como esse, em que estamos no maior evento de participação social do Brasil, eu pergunto a todas e todos: qual é o nosso papel

social no mundo? A gente pode escolher viver deixando o vento escrever nossa história, sem nos preocuparmos com as consequências disso, ou podemos nos situar no espaço e no tempo enquanto agentes de transformação. Esta opção é mais arriscada, às vezes dolorosa, mas, sem dúvidas, é incrivelmente mais prazerosa.

Isso porque muitas vezes ser dono de nossas trajetórias de vida vai contra o destino que os ditos poderosos escolhem para nós. Mas quem é responsável pela nossa história? Somos nós.

Podemos visualizar os trinta anos de SUS como uma vitória da sociedade brasileira que mantém a luta pela consolidação desse sistema de acesso universal de saúde, que tem como pressuposto a promoção de cidadania investindo na proteção, promoção de saúde, prevenção e cura de doenças.

Por isso, gostaria de lembrar e saudar os coordenadores das conferências que já ocorreram, mas principalmente desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986, tendo Antônio Sérgio da Silva Arouca como seu coordenador e firme articulador político. Saudar Eri Medeiros, coordenador da 9ª Conferência; Nelson Rodrigues dos Santos, coordenador da 10ª Conferência; Rita Barradas Barata, coordenadora da 11ª Conferência; Antônio Sergio da Silva Arouca Coordenação Geral (in memorian), que em 2003 iniciou a preparação da 12ª Conferência Nacional de Saúde a frente da Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, mas partiu naquele ano tendo os coordenadores adjunto, Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho, Maria Fátima de Sousa a frente da realização do evento; Francisco Batista Júnior coordenador da 13ª Conferência; Jurema Pinto

Werneck, coordenadora da 14ª Conferência; Maria do Socorro de Sousa, coordenadora da 15ª Conferência, e a todas e todos que atuaram fortemente para a realização de cada uma dessas conferências nacionais bem como aqueles e aquelas que desde 2017 estão atuando, sob a coordenação do ex-presidente Ronald dos Santos e nossa desde o final de 2018, para a realização da etapa nacional da 16ª Conferência: conselheiros e conselheiras, integrantes de comissões intersetoriais, mesa diretora, comitê executivo, comissão organizadora, comissões de relatoria, comunicação, articulação e mobilização, cultura e educação popular, infraestrutura e acessibilidade, assessoria técnica, pesquisadores, grupos de apoio, enfim, todos construtores e todas construtoras da etapa nacional da nossa 8ª+8, que se somaram com quem construiu desde antes, durante e após as etapas livres, municipais e estaduais, até chegarmos aqui hoje. Tenho uma notícia para vocês, para nós, a 16ª não acaba dia 7, somente a etapa nacional que finalizaremos, mas ela seguirá com seus desdobramentos, porque esse é um processo que vai até a 17ª, que acontecerá em 2023.

Nesta construção coletiva que fizemos até agora quero homenagear os lutadores e as lutadoras que não estão mais conosco, lembrando da nossa querida companheira Neide Rodrigues, que iniciou conosco a organização dessa conferência, partiu cedo, mas nos deixou ensinamentos de força e delicadeza para com o controle social. Devemos valorizar nossa história e quem a constrói.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, aprovou a proposta de reforma sanitária do sistema de saúde do Brasil propondo a criação do SUS, público, universal e gratuito. Desde 1986 conseguimos muitas conquistas com mobilização social e unidade:

- em 1988, aprovamos o SUS, na Constituição Federal de 1988;
- em 1990, reconstruímos o Conselho Nacional de Saúde com a participação da sociedade civil; aprovamos a Lei 8.080 que regulamentou o SUS e a Lei 8.142/1990, que garantiu a participação social por meio de conselhos e conferências de saúde dando a salvaguarda necessária para que esse sistema tivesse apoio social e sustentação de base;
- política do sangue sob domínio do estado;
- a reforma psiquiátrica por meio da qual invertemos o investimento em hospitais psiquiátricos para uma rede de base comunitária e substitutiva e criando os centros de atenção psicossocial;
- a lei de medicamentos genéricos;
- avançamos na regionalização e descentralização do SUS com a Norma Operacional Básica (NOB) 1993, NOB 1996, norma operacional de assistência à saúde, em 2000, e o pacto pela saúde em 2006;
- o desenvolvimento da estratégia de saúde da família como a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2011, interferindo positivamente no modelo de atenção e na qualificação da construção de territórios saudáveis determinando;

- a redução da mortalidade infantil que na proporção de 115 óbitos para cada mil nascidos vivos em 1970, para 14,40 óbitos por mil nascidos vivos, em 2014
- e redução da mortalidade materna
- aumento da expectativa de vida.
- criamos a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep);
- o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu);
- a política nacional de saúde bucal e o Brasil sorridente;
- tratamento e controle da Aids;
- produtos hemoderivados para hemofilia;
- ampliamos a gestão participativa;
- qualificamos a gestão do trabalho e educação em saúde;
- criamos os programas de residência multiprofissional;
- estruturamos a vigilância em saúde;
- valorizamos o papel da saúde no desenvolvimento de políticas de ciência e tecnologia e inovação em saúde.
- avançamos na regulamentação de medicamentos, com a criação da Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica (Conitec).
- criamos o subsistema de saúde indígena e mais recentemente uma Secretaria de Saúde Indígena;
- no financiamento atuamos pela regulamentação da EC 29/2000 com a aprovação da Lei nº 141/2012 que valorizou o sistema de fiscalização de recursos de saúde por parte dos nossos conselhos;
- criamos a política nacional de assistência farmacêutica e a farmácia popular;
- a política nacional de atenção integral a saúde da mulher, que adotou a os direitos sexuais e direitos reprodutivos como linha condutora.
- o Programa Nacional de Humanização (PNH/ Humanizausus);
- Política Nacional de Transplantes;
- Políticas para as redes de atenção, em especial as redes de urgência-emergência;
- Políticas para pessoas com doenças raras;
- à Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra;
- Políticas de Atenção à População do campo e da floresta;
- Política de Atenção à Comunidade LGBT;
- combate ao uso de tabaco;
- unidades de pronto atendimento 24h;
- Programa Mais Médicos;
- promovemos ações de valorização dos saberes populares dos povos tradicionais e a medicina tradicional, por meio de práticas integrativas e complementares.

Esses são alguns exemplos. Temos muitos mais e tudo isso construímos coletivamente nos nossos conselhos e movimentos e em todas as conferências Nacionais e Conferências Temáticas de Saúde. Por isso nós construímos o SUS como uma política de Estado e não de Governo. Aliás, todos os governos deram sua contribuição ao SUS e quem ousou falar em diminuir seu papel não estava à serviço do Estado Brasileiro, da Nação Brasileira, estava servindo a outros interesses não tão nobres do ponto de vista da coletividade e da saúde pública.

Queremos somar forças Ministro, na luta contra o ensino à distância de cursos na área da saúde, no enfrentamento às doenças que começam a voltar ao nosso cotidiano depois de terem sido eliminadas, no combate às fake news disseminadas por fundamentalistas que fazem diminuir os índices de vacinação em nosso país. Mas continuaremos nos posicionando e divergindo de forma democrática de todas as propostas que sejam contrárias aos princípios, diretrizes e propostas que estaremos aprovando nesta 16ª Conferência Nacional de Saúde e nos demais espaços do controle social brasileiro.

É nossa missão manter o Sistema Único De Saúde. Somos contra a proposta de cobertura universal de saúde que vem sendo defendida pelos setores que apostam que a saúde pública deve ser construída apenas de procedimentos simples para os mais pobres. Isso é voltar 40 anos na história da saúde pública no Brasil.

Somos contra as medidas radicais, como o congelamento de gastos por 20 anos proposto pela Emenda Constitucional (EC) 95/2016, a Desvinculação das Receitas da União (DRU), agravando a destruição de direitos sociais, previdenciários e trabalhistas, a criminalização dos movimentos sociais e o estímulo afrontoso às pautas de ódio, como racismo, homofobia, misoginia e todo tipo de discriminação e preconceito.

É preciso resgatar o sistema de seguridade social definido pela Constituição, com ampliação de seu orçamento global, garantindo o investimento público e financiamento exclusivo da rede pública estatal de serviços incluindo a saúde.

É preciso valorizar as trabalhadoras e trabalhadores de saúde. Valorizar o trabalho em saúde. Não podemos imputar aos trabalhadores de saúde todas as dificuldades de atendimentos insuficientes. É preciso que o Plano de Carreira, Cargos e Salários aprovado pelo CNS, em 1991, seja retomado e priorizado com concursos públicos e processos de educação permanente.

Não podemos conviver com a liberação desenfreada de agrotóxicos e pesticidas e as ameaças ao meio ambiente e à sustentabilidade que fragiliza o agricultor e a agricultura rural e a população que virá a consumir esses alimentos prejudiciais à saúde;

Devemos fortalecer e valorizar os conselhos e conferências de saúde em seu papel de formulação, fiscalização e deliberação de políticas de saúde. Quem pretenda decidir sobre os rumos da saúde sem a participação social estará trabalhando na contramão dos direitos humanos e sociais e do direito a saúde e não será vitorioso, porque nós e o SUS somos maiores.

Como disse Sérgio Arouca, em 1986, durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde:

“(...)é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo(...)”.

Por isso, precisamos da Saúde como Direito, da Consolidação e do Financiamento adequado para o SUS, sendo imperativo

“(...) que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...)”. (AROUCA, 1986 p.38)

A Democracia é um caminho de reconstrução das relações da humanidade. Do contrário, viveremos uma distopia, o contrário de utopia. Onde a minha vida vale mais que a do outro e, portanto, todos os ataques ao planeta, como os desastres ambientais, acidentes de trabalho como o de Brumadinho, o genocídio da população negra em nosso país, as crises de refugiados, tudo isso vale desde que não me atinja. Mas tudo isso atinge a humanidade, ou seja, atinge a cada um de nós e as novas gerações.

Sairemos daqui com o brilho no olho que todo dia tentam nos roubar. Assim, de forma coletiva e com ampla unidade, respeitando nossas diferenças, teremos força para enfrentar qualquer imposição que fere nossa liberdade e nossa dignidade para encontrarmos o amor capaz de estabelecer conexões, trocas e pontos de encontro.

Para nós saúde e democracia combinam com alegria, afeto, acolhimento, paz, amor, solidariedade, companheirismo, diálogo, ousadia, sonhos, lutas, utopia, vida.

A utopia de quem ousou criar sistemas de proteção aos cidadãos e às cidadãs, como o SUS, sempre foi o de valorizar a vida. #VidasValemMais #VidasValemMuito. Sim. Democracia é Saúde e Saúde é Democracia. Viva a 16ª. Viva a 8ª+8. Viva o SUS. Viva a vida!

Fernando Pigatto.

Presidente do Conselho Nacional de Saúde



DISCURSO DE ABERTURA

LUIZ HENRIQUE MANDETTA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a maior política de inclusão social do Brasil, com 31 anos recém-completados. A proposta deste ano trouxe um resgate à memória da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e considerada um marco na história das conferências e para a saúde pública no Brasil. Foi a primeira conferência de saúde aberta à sociedade e cujo relatório final serviu, inclusive, de base para o capítulo sobre a Saúde na Constituição Federal de 1988, resultando na criação do SUS.

A 16ª Conferência reuniu mais de cinco mil pessoas de todo o país a fim de propor melhorias para o SUS, resultando em 31 diretrizes com 329 propostas. O acesso à saúde passa, sem dúvida, pela transparência na gestão do SUS, pela informação em tempo oportuno, pela ampliação do atendimento do Sistema Único de Saúde; pelo fortalecimento da Atenção Primária e pelo planejamento regional de ações e serviços; e pela garantia do apoio federal na contratação de médicos em regiões mais vulneráveis; entre outros temas levantados durante a conferência.

Dentre esses pontos, já iniciamos uma verdadeira reestruturação na Atenção Primária à Saúde porque acreditamos que o caminho é agir na prevenção sobre as principais causas de problemas de saúde da população para garantir mais cuidado e o bem-estar da popula-

ção. Criamos o programa Saúde na Hora, que mais do que dobra o repasse federal para Unidades de Saúde da Família que ampliem o horário de atendimento à população para horários compatíveis com a realidade do trabalhador brasileiro.

Também lançamos uma proposta que passou por consulta pública para definição de quais são os serviços essenciais que devem ser ofertados à população em todas as unidades de Saúde da Atenção Primária e vem aí o novo financiamento da Atenção Primária, que fortalecerá a adoção e o cumprimento de indicadores de efetividade e desempenho em benefício da população.

O esforço para construir um SUS ainda melhor para os nossos cidadãos é permanente. Temos o maior sistema público de saúde do mundo. Hoje, cerca de 163 milhões (78%) de pessoas dependem exclusivamente do SUS para cuidar da sua saúde, uma vez que não possuem planos de saúde. Mas ainda precisamos avançar para garantia do acesso a rede pública. Estamos no caminho para que juntos avancemos em direção ao SUS que queremos, fortalecido, e que garanta o bem-estar a todos os que o procuram.

Ministro de Estado da Saúde, **Luiz Henrique Mandetta**



CONFERÊNCIA MAGNA “DEMOCRACIA E SAÚDE”

A Conferência Magna, aconteceu no dia 4 de agosto, às 20h, mediada pela Conselheira Nacional de Saúde, Elaine Junger Pelaez e foi proferida pela conferencista Virgínia Maria Gomes de Mattos Fontes – Historiadora. Atua na Pós-Graduação em História da UFF. Mestrado na UFF (1985) e doutorado em Filosofia - Université de Paris X, Nanterre (1992). Atua na Pós-Graduação em História da UFF, onde integra o NIEP-MARX - Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Marx e o marxismo, e na Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-EPSJV, onde também coordenou e participa de curso de Especialização. Em atuação conjunta entre Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP, a EPSJV e o Ministério da Saúde, coordenou coletivamente e atuou no mestrado profissional “Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais”. Principais áreas de atuação: Teoria e Filosofia da História, Epistemologia, História do Brasil República, História Contemporânea. Autora de Reflexões Impertinentes (2005), de O Brasil e o capital-imperialismo: teoria e história (2010), e de inúmeros artigos em periódicos nacionais e internacionais. Docente da Escola Nacional Florestan Fernandes-MST. Coordenadora do GT História e Marxismo-Anpuh. Integra diversos conselhos editoriais no país e no exterior.

Virgínia iniciou sua fala, afirmando: “Comemoramos a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando a relação entre saúde e democracia se consolidou como

referência fundamental. Em 1986, a democracia era a possibilidade concreta a investir; hoje, em 2019, o que ela significa, e qual a contribuição – e as dificuldades – do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira – MRSB? Sob o mote provocativo “Em que país vivemos?”, alinhamos algumas contradições atuais, através de matérias de periódicos de variadas procedências. A defesa explícita da tortura e de torturadores, a expansão de milícias, a recusa da compreensão da densidade da questão indígena, ataques à múltiplas formas de diversidade social, aumento de agrotóxicos, contaminação da água potável, dentre outras. À guisa de exemplo, Miguel Reale Jr., jurista de direita e um dos formuladores do impeachment de Dilma Rousseff, em entrevista recente, disse: Qual foi o primeiro ato do Bolsonaro quando assumiu? Foi eliminar os conselhos. Ele quer estabelecer uma democracia direta via virtual, uma relação entre ele e a população através dos 140 toques do Twitter, sem reflexão, sem pensamento, e elimina os conselhos. (...) Não sei se isso é pensado ou se vem do seu ímpeto, mas é um processo por via do qual se fragiliza a sociedade civil, se faz terra arrasada da democracia participativa para se estabelecer um neopopulismo virtual de ligação direta entre a figura do “mito” e aqueles desconhecidos das redes sociais. Chamo isso de fascismo cultural.

(<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2019/07/31/bolsonaro-alucinacao-impeachment-dilmatemer-miguel-reale-junior-entrevista.htm>). Ora, o que é democracia? Ela não pode ser reduzida unicamente a uma forma institucional (representação eleitoral e divisão de poderes). A democracia incorpora tensões constitutivas, que precisam estar permanentemente abertas e explícitas e seu nervo central é a tensão entre igualdade e liberdade. Desde o nascimento ateniense da

democracia, seus formatos organizativos foram muito diversos, mas ela expressa permanente reivindicação de igualdade, ao lado da exigência de liberdade, inclusive para que os desiguais possam organizar-se e lutar por sua igualdade. Em contraposição, desde as oligarquias atenienses, trata-se de bloquear a igualdade e conter a liberdade em definições tão estreitas que apenas os dominantes possam delas usufruir. A 8ª Conferência assumiu a luta pelas reformas populares que a ditadura empresarial-militar iniciada em 1964 impediu, alcançando-as a novo patamar, no qual a reforma sanitária comprometia-se com o enfrentamento das condições sociais causadoras de sofrimento social, incorporando a determinação social da saúde. Democracia e saúde precisavam da construção concreta da igualdade e da liberdade para germinar. Esta era a formulação de uma grande política, conforme os termos gramscianos. A vitória do MRSB na Constituinte, entretanto, não foi completa, pois a construção do Sistema Único de Saúde-SUS deixou enorme brecha para a iniciativa privada, cujos objetivos são a lucratividade, e não a determinação social da saúde. A implementação do SUS enfrentou tais contradições – subfinanciamento, avanço do setor privado (seguros, hospitais, indústria, etc.), destinação de recursos públicos para o empresariado – e absorveria enorme energia no cotidiano de enfrentamentos de múltiplas ordens. A grande política tendeu a ser secundarizada em nome das dificuldades imediatas, que priorizavam a defesa do Estado e não o amplo processo de transformação da vida e da saúde. Na política cotidiana, a própria institucionalização reativaria interesses corporativos, que se distanciam da grande política, e esquecem o impulso mais amplo, de fora para dentro, das classes e massas trabalhadoras capazes de estimular o processo como um todo e impedir que se estiole. Lutar

pelo SUS era e é lutar pela democracia, pela igualdade e pela liberdade amplas, gerais e irrestritas. A conquista do SUS foi um enorme avanço. Mantê-lo e aprofundá-lo exige muito mais do que capacidade técnica ou capacidade de gestão, apesar de extremamente necessárias. Exige engajamento permanente com – e nas – lutas populares. A década de 1990 – quando se implementava o SUS – foi também a do avanço de intenso ativismo empresarial, procurando converter as lutas populares para adequá-las a seus próprios interesses. Políticas universais supõem enfrentar o empresariado, que dispõe de grandes recursos e pretende apresentar seus próprios interesses como se fossem de todos. A questão da igualdade segue crucial. Somente a igualdade assegura a liberdade. Entre desiguais, reina a hierarquia, o mando e a obediência. Em parte, o horizonte ético-político do enfrentamento da produção das desigualdades geradas pela expansão do capitalismo no Brasil se diluiu. E o MRSB ficou excessivamente atado ao momento estatal, como se quisesse competir em eficiência com o privado. A implementação do SUS multiplicou as lutas no interior da saúde, que se tornaram mais renhidas, em torno de pontos fundamentais de cada norma, política, regra ou instituto a ser criado ou modificado. Mas sob o manto discreto do Estado tais lutas também se tornavam discretas, não visíveis. Só era visível o que a grande mídia proprietária decidia. O empresariado avançou sobre o próprio setor público, com intensa propaganda, impondo contratação de trabalhadores sem direitos, terceirizações, práticas gerenciais privadas, além do acesso a fundos públicos (como compras públicas e desonerações diversas, etc). Mesmo durante governos com maior sensibilidade popular, esse ativismo empresarial se aprofundou. Foi facilitado pela concepção angelical da sociedade civil que tais governos assumiram, em lu-

gar de percebê-la como tenso espaço de lutas sociais e de classes. Seguindo uma já longa tradição no Brasil, empresários integraram a convite os mais importantes conselhos estatais (como o CDES). Conselhos derivam de reivindicações populares democráticas, mas se converteram também em espaço estratégico para resolução de conflitos intra-empresariais, de definição de políticas, além do esvaziamento de eventuais resistências populares. Uma enorme quantidade de entidades 'sem fins lucrativos' financiadas pelo empresariado disputou palmo a palmo a formulação das políticas e as verbas públicas, estimuladas pela contra-reforma levada a efeito por Bresser-Pereira e cristalizadas em numerosas Organizações Sociais. Quanto à formulação de políticas e formação de lideranças empresariais na saúde, vale observar a atuação do ICOS – Instituto Coalizão Saúde, que congrega uma miríade de poderosas empresas estrangeiras e brasileiras (Abbot, AbbVie, Amil, EMS, Dasa, Grupo Fleury, Grupo Sabin, Healthways, Interfarma, Johnson & Johnson, MSD, Grupo Oncoclínicas, Sanofi e Unimed), além de um significativo grupo de treze entidades empresariais sem fins lucrativos, associações que defendem desde hospitais privados até planos de saúde e administração de benefícios - dentre elas o Colégio Brasileiro de Executivos em Saúde, que pretende ser o formador de excelência em gestão de saúde. O ICOS reúne, ainda, hospitais que se apresentam como filantrópicos (Hospital Israelita Albert Einstein, Sírio Libanês, além da associação que congrega inúmeras Santas

Casas). Apesar do intenso hegemonismo empresarial nas últimas décadas, o horizonte ético-político de não desapareceu, pois as contradições aprofundadas pela expansão do capitalismo são dolorosas e repetidas. Vivemos uma situação sem precedentes: as entidades empresariais silenciam diante da violência, pois seus financiadores lucram com as políticas de retirada de direitos. Em alguns casos, parecem discordar dos encaminhamentos governamentais, como na educação e na questão ambiental. Abre-se espaço de contradições internas, como o expoente da direita Miguel Reale Jr alertando para o 'fascismo cultural', porém sem a retirada dos privilégios empresariais. Entramos mais uma vez na luta, vendo conquistas populares desmanteladas e instituições públicas operando como cascas vazias, desprovidas de sua potência (Funai, Pronera, direitos humanos, mulheres, cidadania, lutas contra racismo e homofobia, etc.). Frente a esse espectro, lutamos pela democracia, por nenhum direito a menos, e defenderemos ardorosamente o SUS, pois ele é a promessa do SUS que queremos. Lutamos por conselhos com amplo espectro popular. Nossa resistência precisa apontar para além dela própria e nos educar firmemente no sentido ético-político da grande política - não haverá democracia se não enfrentarmos, também, os ávidos interesses do capital e do lucro. Não estaremos simplesmente defendendo o Estado em abstrato – que, por seu turno, assegura a reprodução do capital. Estamos defendendo a vida. A vida para além do capital!"





4.1. MESA DE DEBATE 1 - “SAÚDE COMO DIREITO”

No dia 4 de agosto, às 14h30, em clima de grande emoção, ocorreu a mesa de debate “Saúde como Direito” composta por três grandes representantes da defesa do SUS. O debate foi mediado pelo Conselheiro Nacional de Saúde, Neilton Araújo de Oliveira, que teceu breves considerações sobre a relevância da 16ª Conferência (8ª+8), a dinâmica das atividades e apresentou os integrantes:

Emerson Elias Merhy - Professor Titular de Saúde Coletiva da UFRJ. Médico. Mestre em Medicina. Doutor em Saúde Coletiva. Livre-docente em Planejamento e Gestão em Saúde. Professor do Mestrado Profissional em APS da UFRJ. Professor Permanente da Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da UFRJ - EICOS. Experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase nos processos de Avaliação da Produção do Cuidado, Mundo do Trabalho em Saúde e Educação Permanente, Processos de Subjetivação e Construção dos Territórios Existenciais. Coordenador dos Grupos de Pesquisa Micropolítica, Cuidado e Saúde Coletiva, e Rede de Observatórios de Políticas Públicas, Educação e Cuidado em Saúde.

Merhy iniciou sua fala, dizendo: “Esse momento, vivido aqui na 16ª Conferência, é profundamente emocionante pelo simbolismo e pelo fato de que será a 8ª conferência, depois da 8ª conferência, além de ter em sua concretude, nesse momento no Brasil, a demonstração do esforço heroico de milhares e milhares de cidadãos e cidadãs brasileiras. Quando vivemos, hoje, um governo que não valoriza a construção democrática das políticas sociais e que advoga que o direito social pleno

é um empecilho, sou um daqueles que traz na minha própria história o quanto a construção do Sistema Único de Saúde, efetivamente, representa a própria produção da democracia brasileira, nesses últimos 40 anos. Não poderia deixar de registrar que sou de uma geração, também, de milhares e milhares de cidadãos e cidadãs brasileiras, que lutou muito antes da existência da 8ª Conferência, muito antes de termos a Constituição de 88, em prol da libertação do nosso povo e do nosso país, de uma ditadura militar que teve toda sua expressão cruel na eliminação de vários ativistas sociais e políticos, impondo autoritariamente seus projetos de Brasil. Desde sempre, muitos brasileiros e brasileiras se levantaram contra a implantação desse regime ditatorial com bandeiras de quê tirar o país da sua longa história de violência e desigualdade implicaria a construção de um estado de direito, que contivesse uma ampla e irrestrita rede de proteção social no campo da Seguridade Social, dentro da qual estaria a construção da política de saúde. Nessa luta, que juntou movimento social, sindicatos, trabalhadores de saúde e políticos de diferentes matizes foi se forjando uma construção que acabou por congrega a concretização da proposta de um sistema universal de saúde, que tomasse a saúde de qualquer um como direito social, partindo da noção de que a vida de qualquer um ou qualquer uma vale a pena ser qualificada, vale a pena ser Viva e, como tal, deveria ser defendida pelo conjunto da sociedade e pelo próprio estado brasileiro de direito. Na memória do médico sanitário David Capistrano da Costa Filho, amigo e colega de profissão e de ativismo, com quem pude partilhar vários destes momentos, trago o que significa para mim o sentido do SUS e a necessidade da sua defesa. Maior sistema, no mundo, que defende a universalização do Direito à Saúde dentro dos princípios da equidade e da integralidade, ao mesmo tempo que

vê limite em um sistema de saúde isolado em si mesmo, biomedicalizado, pois esse não teria a capacidade de enfrentar os problemas de saúde que acometeram e acometem as vidas, nesse país. Davi, quando Secretário de Saúde da cidade de Santos, em São Paulo não mediou esforços para considerar como sujeitos de direito os grupos sociais profundamente excluídos do exercício da cidadania. Defendeu sem trégua loucos/as, os drogados/as e os marginalizados/as em geral como efetivos/as cidadãos e cidadãs, que mereciam ter suas vidas defendidas e qualificadas pelo campo da saúde e pela rede de proteção social, da Seguridade Social. Mesmo tendo que enfrentar ameaças dos setores conservadores do Judiciário, da Polícia, da Política e da igreja, que procuravam puni-lo por suas posições, Davi em sua gestão efetivou a primeira grande intervenção antimanicomial desse país. Distribuiu seringas para que não houvesse contaminação cruzada entre usuários de drogas. Construiu uma ampla rede de serviços para acolher e cuidar dos usuários que não tinham acesso, ao que de melhor um sistema de saúde poderia oferecer. Lutou para que o Sistema Único de Saúde fosse amplamente gerido pela participação conjunta dos Gestores, dos Trabalhadores e dos Movimento Sociais apoiando de uma maneira incansável a construção de amplas redes do Controle Social. Junto com milhares de outros foi forjando, ali no dia a dia, uma nova realidade e possibilidade para construção, nesse nosso país, de um presente que pudesse afirmar o contrário da nossa tradição, de um presente constituído pela maior riqueza que podemos ter: a defesa incansável do viver, do bem viver. Tratar e respeitar os loucos, os drogados e os marginalizados em geral, como cidadãos e cidadãs, é expressão máxima do que entendo ser o espírito na Constituição de 1988, na concretude de uma política de saúde que universaliza os direitos sociais. Isso traz uma expressão vital, nes-

se momento da 16ª Conferência, para que nós todos possamos compreender de uma maneira efetiva que a possibilidade de continuar construindo e sustentando o Sistema Único de Saúde, passa necessariamente pela relação que a 8ª Conferência tomou como seu eixo central: saúde e democracia, democracia e saúde. Nessa direção, esse tem que ser o espírito que nos mobilizará nesses dias, aqui nesse encontro, onde mais de 5.000 pessoas se avolumam, da mesma maneira que os que estiveram presentes na Oitava e que tem o mesmo tamanho de responsabilidade, em um momento em que alguns setores da sociedade tem a pretensão de destruir a ideia de que qualquer brasileiro, de que qualquer brasileira seja efetivamente um cidadão e uma cidade cidadã. Vamos ao trabalho reafirmar que a construção de um país democrático passa pela construção de sustentação do nosso SUS, defendendo os princípios constitucionais de 1988. ”

Jandira Feghali - Deputada Federal /RJ. Médica cardiopediatra. Foi presidente da Associação de Médicos Residentes do Rio de Janeiro de 1981 a 1982; presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes de 1983 a 1984; e diretora do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro de 1984 a 1986. Em 1987, foi eleita deputada estadual constituinte pelo Rio de Janeiro. Na eleição seguinte, em 1991, elegeu-se deputada federal pelo Rio, sendo reeleita três vezes consecutivas até 2007, quando foi secretária do Desenvolvimento, Ciência e Tecnologia da prefeitura de Niterói. Entre 2009 e 2010, foi secretária de Cultura da prefeitura do Rio. Em 2011, voltou ao Congresso para mais um mandato como deputada federal. Foi reeleita nas eleições de 2014 e 2018. Como deputada federal, Jandira presidiu a Comissão Especial

do Ano da Mulher em 2004, foi autora da lei que obriga os planos de saúde a oferecerem cirurgia reparadora de mama em casos de mutilações causadas por tratamento de câncer. Também foi relatora da Lei Maria da Penha.

Jandira iniciou sua fala, enfatizando que: “O Brasil enfrenta um período de intenso retrocesso democrático em 2019. Nos últimos meses que antecederam a abertura desta 16ª Conferência Nacional de Saúde, o país tem sido assistido governantes negando mazelas como a fome, impondo censura a filmes e um desrespeito inaceitável a mortos e desaparecidos políticos pela Ditadura Militar. Não se pode falar em democracia num país em que o Governo nega a fome, aplica a censura ou debocha da História. Não há democracia plena nesta conjuntura. O capitalismo contemporâneo, espertamente, se aproveita desta ultradireita alojada no Palácio do Planalto. É desta forma que amplia a polarização política e a restrição de direitos na sociedade brasileira. Contra direitos básicos, como o acesso à saúde, o Mercado aposta no desmonte valorizado por Governos como o de Bolsonaro. Para o Mercado, ou a mudança é no dedo, com articulações por debaixo dos panos junto ao poder público, ou por asfixia, impedindo investimentos estruturantes pelo Estado. Um exemplo disso é a emenda constitucional 95, aprovada ainda na gestão Temer. Sob ela, o Governo pode arrecadar, mas não pode investir. Hoje, para gastar em saúde tem que tirar da educação, e vice-versa. Um desastre. Para piorar, o Governo Bolsonaro encara as políticas universais como terreno inimigo. Isso pode ser visto não só na saúde, como na educação e cultura. Inaceitável! O Estado brasileiro tem que ser responsável pelas políticas universais para todo o povo brasileiro – e o mercado não fará isso, certamente. A própria Reforma da Previdência, por exemplo, que tramita no Parlamento, tem como meta quebrar o con-

ceito da seguridade social, grande conquista do texto constitucional de 1988. Com isto, destaco dois tópicos importantes a serem debatidos. Primeiro, a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) pleno e do direito à saúde devem ser as nossas maiores bandeiras. Um SUS integrado, com sua unidade, integralidade e universalidade. E este SUS precisa abranger todas as áreas de atendimento, como de saúde mental, bucal e da integralidade da atenção básica, assim como outros problemas mais complexos. E o Estado deve, sim, ser o garantidor disto. A meta da Saúde deve ser o desenvolvimento soberano, e este desenvolvimento é também um direito. Quando afirmamos que a soberania brasileira está xeque com este Governo, é porque os laboratórios oficiais, a inovação e tecnologia estão em risco. Sem recursos, sem investimentos, na mira da sanha do Mercado. O segundo é a democracia brasileira. Esta que, para mim, é a mãe de todas as batalhas. O país precisa entrar em ebulição política ampla e unitária. Precisamos ir além da esquerda unida. Devemos juntar todos os democratas desse país, mesmo com algumas divergências, para que a ultradireita seja isolada. Não se pode aceitar que autorização da tortura e a flexibilização das armas, ideias deste Governo, fique por isso mesmo. De um presidente que debocha da história de mortos pela Ditadura! É preciso vencer essa política do ódio, da morte e do desmonte. Só assim poderemos alcançar as metas de uma Saúde pública ao alcance de todos e todas, com qualidade, recursos e eficiência. Muito obrigada!”

Ao final de seu discurso, a deputada Jandira Feghali fez um chamado para a manutenção da Democracia através de pressões contínuas e corajosas, sem medo e com esperança, reinventando-se modos de manter viva a voz em defesa da Democracia Brasileira: “Covardia se enfrenta com coragem, a desunião se enfrenta com o

esforço coletivo, a maldade se enfrenta com resistência e com a exigência da preservação dos direitos e especialmente da defesa do SUS e seus princípios, pois enquanto eles falam morte, nós falamos VIDA, enquanto eles falam prisão, nós falamos LIBERDADE, enquanto eles falam doença, nós falamos SAÚDE e enquanto eles falam em ditadura, nós falamos DEMOCRACIA... VIVA O SUS!!!!”

Josefa da Guia - Líder Comunitária e Religiosa Quilombola da Serra da Guia - Poço Redondo/SE. Desenvolve trabalho de dedicação à saúde do povo quilombola, através de seus trabalhos com as ervas; à vida da mulher, por meio de seu ofício de parteira, e aos direitos do povo quilombola, através de sua luta no movimento social e no trabalho comunitário.

Josefa iniciou falando sobre o que é ser quilombola e seu papel em trazer a paz e conta a experiência vivida em seus 55 anos como rezadeira e parteira. Também se refere à conjuntura nacional, mas reforça a importância da luta para manter ideais conquistados em todos estes anos. Fala de enfrentamento, de manutenção de esforços no bem e afirma que as Forças Divinas não vão permitir que o Mal vença.

Fala sobre sua missão e insistência em atuar no auxílio a todos e no hábito de praticar ações de paz e união. Recomenda que todos mantenham a fé, estudem e persistam com firmeza em sua luta pois serão vitoriosos, finalizando com a benção: “Que confiemos nas Forças Divinas que no momento certo virão em direção ao povo brasileiro.”



4.2. MESA DE DEBATE 2 – “CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)”

O dia 5 de agosto

A manhã do dia 5 de agosto foi marcada pela continuidade das mesas temáticas a partir das 08h, a Mesa 2 foi moderada pelo Conselheiro Nacional de Saúde, Moysés Longuinho Toniollo de Souza, que contextualizou o tema e apresentou os palestrantes:

Jussara Cony – Delegada na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Farmacêutica. Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas. Servidora de carreira aposentada da UFRGS. Poeta. Membro do Grupo de Poesias “Viva Palavra” do Rio Grande do Sul. Membro da Associação Gaúcha de Escritores Independentes. Membro da Academia Estância da Poesia Crioula. Autora de legislações estaduais na área de cultura e literatura, com destaque ao “prêmio Lila Ripoll de poesias”. Mandatos parlamentares. 2007 a 2010 - Diretora Superintendente do Grupo Hospitalar Conceição. Secretária de Estado de Meio Ambiente, governo Tarso Genro. Membro fundadora da União Brasileira de Mulheres. Atual coordenadora da comissão de direitos humanos e políticas públicas UBM-RS. Vice-presidente nacional do CEBRAPAZ, filiado ao conselho mundial da paz. Presidente da Associação dos Farmacêuticos do Rio Grande do Sul, dois mandatos: 1978 a 1982, tendo sido a representante da entidade no movimento da reforma sanitária. 1986 - Eleita delegada, pelo sindicato dos farmacêuticos do RS à 8ª. conferência nacional de saúde. De 1986 a 1988 como secretária geral da união dos vereadores do Brasil, por

delegação de congresso nacional de vereadores em Brasília, coordenou a participação da UBM no processo da assembleia nacional constituinte, destacadamente nos temas da seguridade social, da Saúde (sus) da questão urbana, da reforma tributária e do estado democrático de direito. Participou, como delegada, de todas as conferências nacionais de Saúde - da 8ª. a 15ª. 2017-2017 - integrante do curso de formação e capacitação para o controle social do sus - projeto Opas-CNS-CEAP, como formadora e capacitadora.

Jussara iniciou sua fala, enfatizando: “Mas se você achar que eu estou derrotado, saiba que ainda estão rolando os dados. Porque o Tempo não pára. O Tempo não para não!”. Cazusa. Porque no Tempo corre o processo histórico da humanidade! E, assim, não podemos nos dar o direito de estar inertes no contexto da construção dessa 8ª + 8, numa demonstração política, organizativa e de forjar unidade, num processo cujo elevado elemento é a Participação Popular, cerne da construção do SUS em seus Princípios e Diretrizes, doutrinários e organizativos! Ainda mais no momento de uma investida ao desmonte de conquistas, paridas do ventre da luta do povo! Há como que um “compasso de espera”, porque o absurdo, o imprevisível tomou conta do país. Mas esse “compasso” não é inércia! Porque está em jogo o futuro da Nação e o que estamos a construir: o SUS! Assim, somos trabalho, ausculta, reflexão, prospecção para o forjar de Unidade, Amplitude e Resistência! E as suas históricas consequências!!! Chegamos a essa 16ª Conferência! Atravessando uma conjuntura a mais desfavorável do processo histórico de séculos, permeado por conquistas de direitos dos trabalhadores. E o SUS é uma dessas conquistas! Mas não isolada! Ele surge de dois pilares básicos: O Estado Democrático de Direito e a Seguridade Social. E os podemos relacionar, hoje,

no entendimento de uma disputa entre civilização e barbárie! E que se agudiza quando estamos a viver um Estado Nacional ultraneoliberal na economia, fascista na política, retrógrado nos costumes e entreguista na soberania e das conquistas populares. Assim, é momento de fazer da História nossa aliada para forjar, aqui, a amálgama de sermos os protagonistas pra garantia da manutenção de nossas conquistas e do avanço em sua implementação, como os Princípios e Diretrizes do SUS, na compreensão da Tese Central de que “SUS é Democracia e Democracia é SUS! Pois, na luta pela re-democratização de nosso país, nela estava inserida a luta pela Reforma Sanitária, a retomada da participação popular: na inesquecível 8ª Conferência, na Assembleia Nacional Constituinte, nas jornadas nas ruas, nas instituições democráticas pelas legislações subsequentes, nos processos de implementação do controle social, como forma radical e consequente na construção cotidiana do SUS e da resistência que hoje se agudiza contra todas as tentativas de desmonte da maior política pública desse país e na introdução de variadas e ardilosas formas rumo à privatização da saúde. Nessa história, o fio condutor: A Participação Popular e o Controle Social! Esta Conferência traz o sentido de forjar a Unidade e a Amplitude - Bandeiras da Esperança, Chaves da nossa Vitória e a responsabilidade de garantir a centralidade de nossa luta contra toda e qualquer tentativa, venha de onde vier, da morte vencer o direito à vida! Pois Saúde é um Direito Humano! Portanto, não há como abstrair a necessidade de garantia concreta dos Princípios e Diretrizes do SUS, da defesa do EDD, da Seguridade Social, dos Direitos Humanos e do Direito do Brasil retomar seu rumo na construção de uma nação que tenha, como elemento fundante, a qualidade de vida de seu povo. Eis, portanto, o processo da construção dessa Conferência, feita sob a liderança do nosso Conselho Nacional de

Saúde e por milhares de nossos que nos delegaram a honra de aqui estar, lutar, unificar, ampliar e resistir! como guardiões da Constituição cidadã de 88 e seus desdobramentos que consagraram “Nenhum direito e menos, muitos direitos a mais!” Nesse momento é nosso dever reverenciarmos e sermos gratos a muitos que já não mais estão nesse plano e foram esteios cuja memória devemos preservar e deles nos iluminar: Sergio Arouca, David Capistrano, Gilson Carvalho, Elias Jorge. Que os valores universais que permearam suas vidas nos desafiem e dimensionem em que medida de unidade e compromissos daqui sairemos para nosso lugar de trabalho, vida, participação e luta a travar em nossos territórios. Assim, elencar alguns de nossos principais desafios no tempo do agora, oriundos de todo o processo nacional de nossas conferências distritais, municipais e estaduais, é preciso! Em Defesa do SUS, da Democracia, do EDD, da Seguridade (Saúde, Assistência e Previdência) mas, também, da Educação Libertadora, da Cultura Popular, de um Projeto Político, Econômico e Social sustentáculo da dignidade nacional. Pois a Saúde é uma Produção Social, o que nos faz refletir que um projeto de nação se constrói interagindo com as diversidades que conformam o território e aliando desenvolvimento com humanização e em simbiose com a efervescência dos protagonismos políticos, econômicos, sociais, culturais e espirituais de um povo herdeiro de sabedorias milenares, da historicidade de seus lugares, pra podermos passar da Resistência à Transmutação para a construção do novo que tem de ser, necessariamente, humano por excelência em contraponto a uma sociedade, por excelência, desumana. Alguns elementos para reflexão:

Humanização da Saúde como parte do processo de libertação, destacando 3 pilares. Primeiro – De susten-

tação à Humanização: com a valorização dos protagonistas históricos do SUS, seus usuários e trabalhadores; Humanos e civilizatórios, como a Ciência e Tecnologia no questionamento de qual o humano na produção e evolução da C & T se não servir para o progresso material e espiritual da humanidade; Componente do cuidado: no encontro nos lugares reconhecidos como o espaço de trabalho em saúde, “Preciso de Cuidado” - “Eu cuidarei de ti”. Momento em que se forja o sentido do trabalho e da vida. Eis a produção do novo que buscamos no SUS! Segundo – Organizar um sistema de comunicação que leve à população e aos setores transversais à Saúde, o conhecimento e o valor da saúde como componente de um Projeto Nacional de Desenvolvimento, com destaque ao significado do SUS para a saúde e a geração de emprego e renda, de ciência e tecnologia num país com a maior biodiversidade do mundo e o SUS como um Sistema Universal e como Patrimônio Imaterial do Povo Brasileiro. Terceiro – Defesa intransigente do SUS como modelo de atenção que traz, em si, a mudança de atuar na doença para a garantia da saúde através de componentes essenciais como: Equipe Multiprofissional em contraponto à hegemonia de uma profissão; Atuação no Território como contraponto a hospitalização desnecessária; A indissociabilidade entre promoção, proteção e recuperação da saúde e a responsabilidade do Estado não só em reformular o sistema mas em executar a Política Nacional de Saúde. Para tanto, há que: Reformular políticas pra superar gargalos, com integralidade de atenção em contraponto à justificativa do mercado sobre o extermínio do SUS e a privatização da saúde, pari passo com democratização das decisões, protagonismo dos usuários e trabalhadores e dos gestores e prestadores comprometidos realmente com o SUS; Investir, como decisão política inadiável, no Conceito de Atenção Básica: necessidades básicas de saúde atendidas no

território, Atenção Básica como ordenadora das Ações da Rede de Atenção, Promoção, Produção e Recuperação da Saúde, firmando o contraponto à proposta da “NOVA PNAB”. Uma estratégia nefasta a ser enfrentada em disputa concreta e necessária, do conceito de saúde e do modelo de atenção; Forjar Unidade e amplitude em integração do Controle Social do SUS com amplos Movimentos Sociais, Populares e Democráticos para enfrentamento e resistência aos violentos ataques aos Princípios e Diretrizes do SUS, que devemos considerar “cláusulas pétreas da Vida!”; Investir na Formação e Capacitação do Controle Social do SUS, sua inserção e organização na definição das políticas que materializem na vida os Princípios, Regulamentações e o Financiamento do SUS; Priorizar implementação de Polos de Formação, Pesquisa e Inovação a estudantes e profissionais, orientando o Modelo de Atenção à Saúde e a qualificação para construção do SUS com visão estratégica do papel do estado enquanto ente público na implementação de políticas públicas. Com Planos de Cargos, Carreira e Salários Único aos Servidores; Elevar a patamar mais avançado as experiências exitosas, com implementação dos Pontos de Cultura e Saúde nos Territórios - Saúde par além do biológico, Cultura para além do espetáculo; Defesa intransigente dos direitos conquistados, entre outros: Constituição de 88; Retomada do EDD; Seguridade Social; Princípios e Diretrizes do SUS; Legislações que regulamentam o SUS; Financiamento do SUS, nos moldes das lutas travadas sob a liderança e coordenação do CNS. Não a PEC da Morte! Finalizando, como estratégico, assumirmos que os corpos dos usuários e trabalhadores do SUS, do povo brasileiro, tem muito mais que pele, ossos, órgãos. Tem sensibilidades, sentimentos, afetos, pensamentos. Tem potência. Tem produção histórica, social, cultural, política. Por isso é que, também, estamos aqui! A finalizar e, não por acaso,

citando da Peça Morte e Vida Severina, de João Cabral de Melo Neto com música de Chico Buarque: “E difícil defender só com palavras a vida, ainda mais quando ela é essa que se vê, Severina” Que nossas palavras sejam sustentáculo de nossas ações! E Spínosa, em “A grande Saúde ou Ética: “O maior problema da saúde da humanidade é a inapetência ou a diminuição das potências, das alegrias de viver, cuja expressão mais eloquente é a verdadeira epidemia de quadros de depressão que flagela as sociedades modernas, intensivamente irradiados!” O que estamos a viver - do tempo histórico do processo da construção do sonho do SUS ao tempo do agora pesadelo na tentativa de sua desconstrução - senão tudo isso? Assim, Princípios e Diretrizes do SUS - forjadas a ferro, fogo, repressão, opressões, sangue, suor e lágrimas, abraços, sorrisos, trabalho, união nessa construção no “chão de nossas fábricas”, estão na mira dos que pregam a barbárie em contraponto à civilização. Nosso lado - histórico - é o da civilização! E, se preciso for, de novo, radicalizar ampliando e ampliar radicalizando! A 16ª, assim como a 8ª, dará o rumo de Vida ao SUS e a seus Princípios e Diretrizes, esteios do Controle Social, da Democracia, da retomada da nação pelos que a constroem. Nas Bandeiras da Unidade, nossa Esperança e da amplitude, nossa vitória, a responsabilidade de todos nós pra que, na ponta, no território, no controle social, a Vida seja a grande vencedora!”

Alcindo Antonio Ferla - Professor na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rede Unida. Médico. Doutor em Educação. Professor Associado da Escola de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atuando no Curso de Bacharelado e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Pes-

quisador no Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS. Professor no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará (UFPA). Atua como professor no Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), como pesquisador visitante do Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane da Fundação Oswaldo Cruz/FAPEAM e como pesquisador visitante na Alma Mater Studiorum - Università Di Bologna / Centro de Saúde Internacional e Intercultural. Líder do Grupo de Pesquisas Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Rede Interstício). Rede Unida.

Alcindo iniciou sua fala enfatizando que: “Para abordar o tema, serão sistematizadas ideias em três eixos: o SUS como política de Estado e como processo civilizatório; questões epistemológicas associadas à consolidação do SUS; e a formação e o trabalho em saúde e a consolidação do SUS. No primeiro eixo, algumas ideias associadas ao processo da Reforma Sanitária Brasileira e à 8ª Conferência Nacional de Saúde. Na década de 1980 vivemos o esgotamento da Ditadura Militar, com uma combinação de crises política, institucional, sanitária, ética e econômica, com consequências nefastas sobre a saúde e a vida de brasileiros e brasileiras. Nesse contexto é que se realiza a 8ª Conferência, cujo tema central foi “Saúde é Democracia”. A participação cidadã imprimiu à Conferência um conjunto de encaminhamentos que viabilizou a inserção na Constituinte e na Constituição de 1988 de ideias e consensos com potência de transformação institucional. Vivemos atualmente crises perigosamente próximas àquelas e a consolidação do SUS inclui lembrar e retomar ideias e propostas. Sérgio Arouca, no seu discurso de abertura da 8ª Conferência, registrou que a

reforma da saúde não poderia ser apenas setorial. Que havia “um projeto civilizatório” associado à reorganização necessária do sistema de saúde, com valores que não poderiam ser perdidos, como a vida, a liberdade, o acesso a bens e serviços, a inclusão social, políticas públicas e sociais garantidoras de direitos. Constituindo as bases epistemológicas do “conceito ampliado de saúde, Arouca afirmava que “o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira”. A Consolidação do SUS, no tempo em que vivemos, precisa reafirmar a relação de determinação entre Democracia e Saúde, entre a liberdade e a institucionalidade democrática e a produção de saúde para todos e todas. A saúde é direito de todos e todas e esse direito se articula com as liberdades democráticas e o regular funcionamento das instituições, pautadas na Constituição Brasileira. O sistema de saúde, além de mobilizar o melhor do cuidado para responder às necessidades de saúde das brasileiras e dos brasileiros, precisa se constituir também como observatório do processo civilizatório que vivemos, denunciando violências de gênero, raça, etnia, opção sexual, entre outras, e também as iniciativas de governos e de grupos da sociedade civil que não respondem ao direito à saúde, à alimentação, à moradia, à segurança, ao saneamento e os demais condicionantes e determinantes da saúde no seu conceito ampliado. Na 16ª Conferência precisamos resistir à pasteurização de ideias da base ética e epistêmica da Reforma Sanitária e que visam comprometer a consolidação do SUS. Dois exemplos, que tem consequências catastróficas para o futuro do SUS. Com base numa pretensa atualização conceitual, a base organizativa da atenção à saúde tem sido denominada de atenção primária em saúde. Ora, a Reforma Sanitária Brasileira optou por utilizar a expressão atenção básica em saúde justamente para fazer um contraponto às tendências internacionais, afirman-

do a integralidade como diretriz e, portanto, rompendo com ideias racionalizadoras que também relativizavam a responsabilidade dos Estados com o direito à saúde de homens e mulheres. Inicialmente utilizada como sinônimos, nos últimos anos vimos as consequências da compreensão distinta, com a desvinculação de recursos financeiros da adscrição territorial e da população que o habita, com a redução de agentes comunitários, de ações de promoção e prevenção, do rol de procedimentos e de práticas integrativas e complementares, com o desmonte de iniciativas de operação em rede para a atenção integral. É preciso reafirmar a atenção básica com integralidade, com descentralização e com participação social, como determina a Constituição, com responsabilidade do poder público. Não é possível alcançar a mudança de modelo de atenção sem a prioridade à atenção básica, concebida como o foi desde a implantação do SUS. Outra defesa conceitual necessária é a universalidade do acesso, que vem sendo substituída no discurso oficial por “cobertura universal”. O SUS deve garantir acesso universal, indistintamente, e produzir equidade. Porque atende – e deve atender – a toda a população, articulando a assistência com ações de promoção e prevenção, em todo o território nacional. O SUS não pode ser fragmentado ao sabor dos interesses do mercado e de oscilações na opinião dos governos, porque é política de Estado. Por fim, lembrar que ao SUS também compete a participação no ordenamento da formação dos trabalhadores. O SUS precisa ser uma escola, porque a saúde é mais complexa do que os conhecimentos acadêmicos e são necessários a formação e o trabalho interdisciplinares para que funcione no cotidiano, em diálogo com os saberes tradicionais. É preciso fortalecer a interferência do SUS na formação profissional, induzindo maior contato com a rede de atenção, da atenção básica aos serviços mais especiali-

zados. É preciso fortalecer a educação permanente em saúde, no cotidiano do trabalho e na articulação com as instituições formadoras. Também é preciso que os trabalhadores da saúde tenham políticas de estabilidade e de valorização, reconhecendo a relevância pública e a singularidade da saúde, que se traduz bem na expressão “gente cuidando de gente”. Por fim, registrar que precisa haver esperança. Mesmo em tempos difíceis como os que vivemos e que vivíamos na proximidade da 8ª Conferência, é preciso acreditar e lutar pela retomada do nosso processo civilizatório e na potência da saúde para produzi-lo. Para consolidar o SUS, precisamos de muita luta e muita resistência; muitas alianças e muita participação. Salve a 16ª Conferência e a coragem de cada participante desde as primeiras reuniões do Conselho Nacional de Saúde, desde a primeira conferência municipal, desde a primeira conferência livre e desde o primeiro delegado ou delegada que chegou aqui para a etapa nacional!”

Maria do Socorro de Sousa - Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília. Educadora. Filósofa e Historiadora (Universidade Católica de Pernambuco). Mestre em Política Social (Universidade de Brasília). Doutoranda Educação em Ciências e Saúde (NUTES/UFRJ). Atua desde 1992 nas áreas das Ciências Humanas e Sociais, com destaque para a Educação e Saúde Coletiva. É pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília e docente da Escola de Governo Fiocruz Brasília desde 2015, atualmente integra a equipe do Colaboratório Ciência, Tecnologia e Sociedade e a Coordenação do Curso de Especialização em Saúde Coletiva vinculado ao programa de Pós-graduação da EGF/Brasília. Participa de projetos para promoção da saúde, gestão

e governança de políticas públicas e saúde, territórios saudáveis e sustentáveis, populações e equidades, democracia participativa e controle social, movimentos sociais e redes sociais. Em 2013 foi eleita presidente do Conselho Nacional de Saúde, a primeira mulher a presidir o CNS (2013-2015). Atuou anteriormente como indigenista (Educação e saúde indígena), assessora parlamentar (Direitos Humanos e Cidadania), pesquisadora sindical (Emprego e Desemprego) e assessora sindical (Desenvolvimento rural territorial sustentável, Políticas de gênero, políticas públicas sociais - Educação do campo, Educação em Saúde, Movimentos sociais, Democracia participativa e controle social). Exerceu ainda a função de docente da educação básica da Rede Estadual de Ensino de PE e educadora da Escola Nacional de Formação da Contag. Coordenou projetos nacionais de pesquisa-ação e formação-ação nas áreas citadas.

Socorro iniciou sua fala, dizendo: “Primeiramente, parabéns aos conselhos de saúde pela grande mobilização em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde – 16ª Conferência. Foi graças à ousadia e à capacidade de resiliência de todos atores sociais e políticos que conseguimos fazer conferências convocadas e conferências livres em cerca de 90% dos municípios brasileiros e 100% das unidades federativas, incluindo o Distrito Federal. Quero ainda agradecer o convite do Conselho Nacional de Saúde feito a minha pessoa para discorrer a temática Construção do SUS. Expresso, emocionada, a grata satisfação de hoje estar aqui na condição de pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, uma vez que a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi presidida por Sérgio Arouca, então presente desta secular instituição de Ensino, Ciência e Tecnologia em Saúde. A estratégia política de associar a 16ª Conferência à 8ª+8 deu certo. Muita gente está numa conferência nacional

de saúde pela primeira vez. Vejo daqui a renovação de sujeitos. São jovens estudantes, jovens trabalhadores e jovens militantes que veem no SUS um espaço público de participação social. Em todas as conferências municipais e estaduais em que falei como convidada, procurei ressaltar que o sucesso da 8ª Conferência Nacional de Saúde – Saúde é democracia, ocorrido em meados da década de 1980, se deu graças à capacidade de seus organizadores, que conseguiram articular diversos e diferentes produtores de saberes e práticas em saúde. Buscou-se mobilizar os produtores da ciência, da técnica em saúde, da gestão pública e uni-las às forças sociais e políticas. As 49 deliberações aprovadas foram focadas na solução das questões sociais brasileiras que incidiam, naquele momento, sobre a saúde e sobre a democracia. Desejava-se a redemocratização do Estado e da sociedade, visando superar o contexto de crise econômica, política, social e sanitária. Em 1986, a inflação extrapolava as casas dos 80% e acarretava perdas crescentes ao poder aquisitivo da classe trabalhadora. Somava-se ainda o ambiente político autoritário, com desemprego elevado e crise sanitária, com registro de surtos de meningite e de outras doenças contagiosas. Havia, contudo, um movimento ascendente de transição democrática onde a sociedade civil tinha papel essencial. O momento em que ocorre a 16ª Conferência é de movimento descendente e nos exige entender o que está acontecendo no mundo, no país e identificar qual o impacto dessas mudanças na vida das pessoas. A saúde das pessoas é uma das primeiras dimensões afetadas em momentos de crise. Alguns teóricos (Valverde, 2019) denominam a atual crise neoliberal global, sobretudo a força com que afeta os países em desenvolvimento, de necropolítica. Esta política deixa desprotegida as pessoas mais pobres por meio da promoção da barbárie, do individualismo, da meritocracia, da intolerância, do

aumento do desemprego, da queda de renda, do menor poder aquisitivo dos salários, da escalada da violência, da negação das desigualdades e das diferenças entre sujeitos, da negação dos direitos humanos pelo Estado. Os mais afetados por esta política são os pobres, os negros, as mulheres, os indígenas, as pessoas LGBT, os camponeses. Se o Brasil seguir este receituário de desastroso, teremos o aumento da fome, da pobreza, da mortalidade de pessoas, sobretudo de crianças e idosos. Fazer um balanço crítico-reflexivo sobre o SUS 30 anos após sua criação, exige uma abordagem ampla, que resgate, reafirme e ressignifique os valores éticos e os princípios democráticos. Precisamos sair daqui sabendo que nossa tarefa é ressimbolizar a vida de forma prospectiva e propositiva, articulada a um projeto de Estado, de sociedade e de país. Para isto, a 16ª Conferência precisa reafirmar o papel e o poder do SUS enquanto política pública social. Sua força está, dialeticamente, na democratização da relação Estado-sociedade, capital-trabalho, liberdades-igualdades. Devemos dizer para todos setores políticos, sociais e econômicos brasileiros que o pacto que nos move é o da Constituição Federal de 1988. A carta magna tem um valor imensurável na construção de nossa jovem e híbrida democracia. Ora serve de contestação, ora de conciliação, ora de desconfiguração, ora de desconstrução. Em outras palavras: o pacto firmado em 1988, de desenvolvimento econômico com inclusão social e participação cidadã, foi conquistado graças à participação da sociedade. As mudanças ao texto constitucional - que já conta com mais de 100 emendas constitucionais ao texto original desde sua promulgação -, tem sido feita sem participação social. No Brasil, o controle social da saúde não é o mesmo nos últimos 30 anos. Houve a ampliação da representação social dos atores por cada um dos segmentos – Governo e sociedade; foram redefinidas e

ampliadas as atribuições dos conselhos de saúde (Lei nº 8.142/1990; LC nº 141/2012), que passou a atuar em todo o ciclo das políticas de saúde; inovou-se nos tipos e nos mecanismos de participação social na saúde; com destaque para aqueles que vinculam suas deliberações aos poderes Executivo e Legislativo, como os conselhos, as conferências e as iniciativas legislativas populares à exemplo do projeto de emenda popular Saúde + 10. Mas, principalmente, cresceram os tipos e os mecanismos não vinculantes, como as comissões, os comitês técnicos, os fóruns e redes sociais, a ouvidoria, a consulta pública, dentre outros. Estes têm se mostrado necessários, pois desde a institucionalização da participação social no contexto constitucional que vem ocorrendo distorções que podem enfraquecer a atuação do controle social. A fragmentação da concepção e do Sistema de Seguridade Social, por via do seu orçamento e suas fontes de financiamento, é uma realidade e demonstra esta distorção. Continuam sendo formuladas e implementadas políticas públicas de caráter compensatório, de focalização nos pobres, concebidas como mínimos sociais visando fortalecer o mercado, o terceiro setor e a filantropia. Ocorre também maior transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade, dificultando fazer justiça social por meio da redistribuição de renda e da ampliação de bens e serviços. A Emenda constitucional 95/2016 é o mais evidente instrumento desta nefasta necropolítica. Neste ambiente democrático e popular que é a 16ª Conferência, temos muitas proposições para defender, construir e consolidar o SUS e a saúde pública brasileiras. Mas temos também muitas propostas para desconstruir o projeto de Sus. Estas, vem num movimento espiral constante. Por isto, mais do que reiterá-las aqui no final de minha fala nesta mesa, entendo ser importante ressaltar e ressimbolizar os valores éticos e políticos, de cidadania e de democra-

cia, de 30 anos atrás. Essa foi a grande capacidade da 8ª Conferência. Ela mobilizou quem produzia saúde, quem produzia conhecimento, quem fazia a gestão pública e quem fazia as lutas sociais por direitos nas fábricas, nos sindicatos, nas comunidades, no teatro, na tv, nas igrejas, nos movimentos sociais. Foi a capacidade gigantesca de construir consensos e propostas para as questões sociais brasileiras que deu legitimidade e credibilidade à 8ª CNS. Que esta seja também a força e a mensagem da 16ª CNS, a 8ª + 8, pois sozinho o SUS não terá condições de melhorar a condição de vida das pessoas. É necessário que o povo e os governantes entendam que o SUS é uma política pública de redistribuição de renda, de garantia da qualidade de vida, de cidadania. Não é que a CF 1988 não caiba no orçamento da união, mas é o povo brasileiro – heterogêneo e diverso plural e desigual – que não cabe no projeto das elites. Vamos ressimbolizar a vida e seguir em marcha até a 17ª Conferência. Grata! ”



4.3. MESA DE DEBATE 3 – “FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SUS”

A terceira e última mesa de debate da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), realizou-se no dia 5 de agosto, às 10h30in, foi mediada pela Conselheira Nacional de Saúde, Vanja Andréa Reis dos Santos e produziu uma intensa discussão sobre os efeitos do desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) na vida da população brasileira. Foram debatidas as principais consequências do financiamento insuficiente do sistema público de saúde na realidade local, regional e nacional, bem como as principais ações possíveis para a superação do subfinanciamento da saúde. A Sra. Élide Graziane, Procuradora do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo, apresentou os principais aspectos da legislação, pareceres e debates sobre o tema do financiamento da saúde; Sr. André Luiz de Oliveira, Coordenador da COFIN/CNS – Conselheiro Nacional pelo segmento de usuários destacou o levantamento de dados e entendimento da Comissão de Orçamento e Finanças (Cofin) que subsidiam o entendimento do controle social que

o Brasil passa de uma situação do subfinanciamento ao desfinanciamento da saúde; Sr. Ronald Ferreira dos Santos, Presidente Federação Nacional dos Farmacêuticos, Ex-presidente do Conselho Nacional de Saúde e Coordenador do “Movimento Saúde +10” reafirmou a necessidade de financiamento adequado e sustentável e da necessidade da unidade na defesa da Democracia, do SUS e dos Direitos do povo brasileiro; e o Sr. Arinaldo Bonfim Rosendo, Subsecretário de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde apresentou dados de recursos indicando evolução nos valores previstos e efetivamente aplicados na saúde pela União.

Élide Graziane - Procuradora do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo. Possui graduação em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG (2001), graduação em Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro (2001), doutorado em Direito pela UFMG (2006) e pós-douto-

rado em Administração pela Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas - EBAPE/FGV (2010). Foi Professora de Direito Administrativo e Direito Financeiro da Faculdade de Direito da UFMG, do Centro Universitário de Sete Lagoas - UNIFEMM e da Escola Superior Dom Helder Câmara - ESDHC, bem como integrou - como servidora ocupante de cargo efetivo - a carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental (EPPGG) do Estado de Minas Gerais no período de 2002 a 2012. Atualmente é Professora do Curso de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV) e Procuradora do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo (MPC-SP), titular da 2ª Procuradoria de Contas. Tem experiência na área de Direito e Finanças Públicas, com ênfase em Direito Financeiro, cuja linha de pesquisa é desenvolvida nos seguintes temas: financiamento de direitos fundamentais, orçamento público, políticas públicas, dívida pública e controle da Administração

Pública. É autora dos livros “Financiamento de direitos fundamentais: políticas públicas vinculadas, estabilização monetária e conflito distributivo no orçamento da União do pós-Plano Real” e “Financiamento dos direitos à saúde e à educação: uma perspectiva constitucional”.

Élida Graziane Pinto iniciou sua fala, defendendo o custeio constitucionalmente adequado aos direitos fundamentais. “Chamou, preliminarmente, a atenção do plenário da 16ª Conferência para o fato de que há importante tendência de incremento na receita patrimonial decorrente da exploração de recursos naturais, dentre os quais estão os royalties e as participações especiais do pré-sal. Na comparação entre a estimativa da receita de 2018 (R\$ 57,067 bilhões) e a arrecadação prevista para 2019 (R\$ 85,442 bilhões), a expectativa de crescimento dessa espécie de receita patrimonial alcança projeção de crescimento de quase 50% (R\$ 28,375 bilhões). Élida defende que parte do recurso do leilão do pré-sal deve se destinar ao SUS, sendo necessário “controlar até que ponto não haverá mudanças de regime jurídico da destinação desses recursos para outras finalidades”. Sob o título “Trajetória Errática do dever de custeio adequado do direito à saúde na Constituição Federal/88”, Élida apresenta a seguinte questão: “A Constituição não cabe no orçamento ou é o orçamento que só é legítimo se for aderente à Constituição?”. Segundo Élida é uma falácia argumentar que a CF 88 não cabe no orçamento, pois esse só é legítimo à luz daquela. A Procuradora estimula o controle social para que se ocupe da fiscalização sobre a destinação constitucionalmente adequada das receitas e despesas do Estado. Em sua avaliação, o art. 110 do ADCT trazido pela EC 95 precisa ser declarado inconstitucional, especificamente

no que se refere ao congelamento dos pisos de custeio da Saúde e da Educação. Afirma Élida: “Assim como é inconcebível mitigar ou revogar o direito fundamental à saúde, sua garantia instrumental (verdadeiro remédio constitucional) de gasto mínimo em ações e serviços públicos de saúde é igualmente irrevogável”, ou seja, a Constituição Cidadã de 1988 protege o financiamento juridicamente estável e fiscalmente progressivo dos direitos sociais à saúde e à educação, em consonância com o nível da arrecadação estatal. Na sua opinião o financiamento da saúde deveria ter a mesma proteção, tempestividade e higidez constitucional que os duodécimos dos órgãos de controle, como o são, na prática, as dotações dos Poderes Judiciário e Legislativo, bem como do Tribunal de Contas e Ministério Público. A ADI nº 5595, que questiona alguns dispositivos da Emenda Constitucional 86/2015, visa garantir o custeio constitucionalmente adequado do SUS em tempos de crise fiscal, na medida em que a cautelar concedida ali pelo Supremo Tribunal Federal fixou o alcance do princípio da vedação de retrocesso no piso federal em saúde. Segundo a decisão do Ministro Ricardo Lewandowski na ADI 5595, citado por Élida, “a ocorrência de reforma constitucional que vise ao aprimoramento dos direitos e garantias fundamentais é medida desejável de atualização dos fins e preceitos da CF, mas alterações que impliquem retrocesso no estágio de proteção por eles alcançado não são admissíveis, ainda que a pretexto de limites orçamentário-financeiros.” Para a Procuradora, nesse sentido, a mudança de indexador dos pisos em educação e saúde empreendida pelo art. 110 do ADCT, na forma da EC nº 95/2016, acarreta risco fiscal e insegurança jurídica. Isso ocorre porque haverá a expansão da judicialização, sem correspondente custeio. Vale lembrar que o dever estatal na consecução das políticas públicas de saúde e educação é processado

na justa fronteira da proporcionalidade entre receitas e despesas que os pisos constitucionais asseguram. Os cidadãos, por sua vez, possuem direito subjetivo público à educação básica obrigatória e ao acesso universal, integral e igualitário às ações e serviços públicos de saúde. Pensar em sentido diverso levará a sociedade brasileira a experimentar, em curto espaço de tempo, a paulatina conversão dos pisos constitucionais que amparam tais direitos fundamentais em volumes cada vez mais significativos de precatórios judiciais. Ainda em relação à Emenda 95, para a Procuradora, existe um limbo jurídico relacionado ao cômputo dos restos a pagar no teto global de despesas primárias, porque ali só está assegurada a correção monetária das despesas pagas, enquanto o Ministério da Saúde continua considerando no piso federal despesas empenhadas. Daí decorre que os restos a pagar se comportam de maneira análoga aos precatórios, dada a sua tendência de postergação/ adiamento da efetiva realização da despesa, mas os restos a pagar não têm a garantia sequer da correção monetária que os precatórios possuem. A esse respeito, Élida destaca a relevância da Recomendação nº 58/2017 do Conselho Nacional de Saúde. Quanto ao dever de gasto mínimo contábil em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), a Procuradora questiona a insuficiência desse parâmetro estritamente formal, na medida em que ele desconhece a força normativa do planejamento setorial, não cumpre plenamente as obrigações constitucionais e legais de fazer, tampouco incorpora o aprendizado oriundo das ressalvas do controle externo e do controle social. É preciso ampliar o foco do piso em saúde para que ele seja considerado como um dever de gasto material, que leva em conta a pactuação na CIT e na CIB, bem como retoma a série histórica de demandas judiciais, cumpre as ressalvas ao RAG do controle social e respeita o planejamento setorial da saúde. Nesse

contexto, Élide apresenta os desafios mais prementes para a macro justiça da política pública de saúde, para enfrentar o subfinanciamento e também para aprimorar a sua gestão federativa, como o são, por exemplo, a necessidade de questionar incidentalmente o retrocesso no piso dado pelo art. 110 do ADCT; a busca em sede de ações coletivas da força vinculante da pactuação na CIT e CIB; a pretensão de resguardar tempestividade dos duodécimos da saúde, bem como a responsabilidade do Secretário de Saúde pela gestão dos recursos e disponibilidade financeira real no Fundo de Saúde; o controle da terceirização e do acompanhamento das metas físicas e financeiras do planejamento setorial e aperfeiçoamento do SIOPS. Segundo Élide, a partir do legado do Acórdão TCU nº 2888/2015, faz-se necessário reclamar o acesso à informação sobre volume total de repasses pactuado para cada município e para cada Estado, na forma do art. 17, § 3º da LC nº 141/2012, com base em duas premissas: (1) a pactuação induz planejamento federativo e gera obrigações recíprocas no custeio do SUS, até para que seja possível a previsão orçamentária realista dos entes subnacionais acerca da disponibilidade de recursos para consecução da política pública e (2) a transparência ativa é dever inafastável dado pela Lei do Acesso a Informação em consonância com o princípio da publicidade fixado na Constituição Federal/1988. Encerrando sua apresentação, a Procuradora Élide Graziane retomou a centralidade de três grandes desafios para a macro justiça do direito à saúde e para o seu financiamento federativamente equilibrado, a saber: (I) o chamamento à lide e direito de regresso dos Estados e municípios contra a União pelo quanto suportaram isoladamente de demandas judiciais, no âmbito da responsabilidade solidária que rege a matéria, em casos de medicamentos, produtos e procedimentos não incorporados às diretrizes tera-

pêuticas e aos protocolos clínicos do SUS, bem como não incluídos nas listas oficiais (RENAME e RENASES); (II) fixação da justa interpretação do art. 30, VII da Constituição Federal/1988 (cooperação técnica e financeira da União e dos Estados para a execução dos serviços de saúde pelos municípios) e do art. 35, VII da Lei Orgânica do SUS e, por fim, mas não menos importante; (III) exigência dos critérios de rateio para a progressiva redução das disparidades regionais (no que se incluem os “impactos desalocativos” da judicialização da saúde), de que trata o artigo nº 198, § 3º, inciso II da Constituição Federal/1988. “

Ronald Ferreira dos Santos - Presidente Federação Nacional dos Farmacêuticos e Coordenação do “Saúde +10”. Farmacêutico. Mestre em Farmácia. Iniciou sua militância. Foi diretor de Biomédicas da União Nacional de Estudantes –UNE. Presidiu o Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina. Coordenou o Movimento em Defesa da Saúde Pública – Saúde +10. Presidiu o Conselho Nacional de Saúde. Presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos.

Ronald iniciou sua fala apresentando a campanha “Cuidar de quem cuida!”, uma campanha pelo direito à vida, à saúde, ao trabalho e à organização sindical da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR). É para enfrentar as ameaças do atual momento no país que a Fenafar lançou esta campanha objetivando resgatar os valores humanitários, para fortalecer a luta pelo direito à vida, a saúde, ao trabalho e à organização sindical. Discorreu sobre os ataques ao estado democrático de direito como risco para a saúde, onde a Constituição Federal de 1988 (CF 88) vem sendo atacada desde sua

promulgação, com a imposição de barreiras para efetivação de políticas públicas de garantia do Direito à Saúde e ao bem-estar social. Segundo Ronald, o que está em disputa é como vivemos e como morremos, quem vive e quem morre e as consequências podem ser o avanço civilizacional ou uma tragédia humanitária, ou seja, a defesa da vida tem um caráter civilizatório na contemporaneidade. Assim, lutar pela saúde é lutar pela democracia e as disputas precisam ser travadas num amplo processo de construção do Estado Democrático de Direito, proporcionando avanços e conquistas. O processo de construção do SUS e a consolidação da democracia são comprometidas quando existem ameaças a direitos, redução de investimentos e retração das políticas públicas sociais. Ronald reforça os princípios fundamentais da CF 88, que precisam ser resgatados como a criação de um sistema de proteção social entrelaçando previdência, saúde e assistência, diversifica as fontes de financiamento, sendo o único sistema do mundo que tributa o capital, democratiza e gera solidariedade na previdência social, universaliza o direito à saúde, hierarquiza, descentraliza e democratiza a gestão e a assistência social independe de contribuição. Nunca foi tão importante destacar que o Estado Democrático de Direito no caso do Brasil não são palavras ao vento, e a nossa contratação social que se fundamenta na soberania; na cidadania; na dignidade da pessoa humana; nos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; no pluralismo político e que todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos da nossa Constituição. Destaca, de 1920 a 2019, os fatos políticos de relevância, em especial a discussão da reforma da previdência, para reiterar a importância de defendermos a saúde como direito de todos e dever do Estado, uma rede, um sistema único, a descentralização, o atendimento integral, com

prioridade para as atividades preventivas e participação da comunidade. Apresentadas essas considerações iniciais, entra no debate do financiamento do SUS destacando o produto interno bruto em 2018, na ordem de seis trilhões de reais, lembrando que a seguridade social deve ser financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. O SUS precisa de mais recursos para aprimorar a gestão e melhorar a qualidade do atendimento a partir da atenção básica como a ordenadora da rede de atenção à saúde, pois o investimento não é maior que três reais e cinquenta centavos por pessoa/dia para manter também vacinas para pessoas e animais, consultas básicas e especializadas, exames de sangue e de imagem, medicamentos, cirurgias simples a transplantes, fiscalização aos estabelecimentos que produzem e vendem alimentos, entre outros. Demonstra que no Brasil ocorre um esgotamento da capacidade municipal de compensar a queda da participação federal e também se aplica um percentual inferior do PIB em saúde, comparado ao parâmetro mínimo internacional da Organização Mundial de Saúde, para países com sistemas públicos de acesso universal, deixando de aplicar cerca de R\$ 256 bilhões de reais a menos que a referência internacional estabelece, e ao longo dos anos vem-se reduzindo o que já é insuficiente, caracterizando o desfinanciamento do SUS. Em síntese, não é necessário “inventar a roda”, afirma Ronald, pois tem-se os dispositivos construídos para a efetivação do SUS, como a própria Constituição, a Lei nº 8080/1990, a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, a Lei Complementar nº 141/2012. Lembrou que a responsabilidade pelo financiamento do SUS deveria ser uma relação de direito e não de consumo. “É necessário alimentar o coração, enfrentar o ódio, a crueldade e a desumanidade”.

Traz a fala do presidente do Itaú, que refere alta taxa de desemprego como um fator econômico favorável, ilustrando a desumanidade e soma-se a essa informação, o aumento em 17% da desigualdade de renda nos primeiros meses desse ano, retratando a dura realidade vivida nos tempos atuais, onde boa parte do orçamento federal executado (40,66%) em 2018 foi para pagamento de juros e amortizações da dívida, e a EC 95 veio para garantir esses pagamentos e menos investimentos em políticas públicas, sendo prejudicial para o financiamento das despesas sociais, especialmente a saúde. A EC 95 desconsidera: o crescimento demográfico, entre 0,8% e 1% ao ano, ou seja, resultando na queda da despesa per capita nos próximos 20 anos; a mudança do perfil demográfico com aumento mais que proporcional da população idosa, ou seja, aumento das demandas sociais; os custos crescentes da incorporação técnica e tecnológica do setor saúde, ou seja, o setor público ficará defasado em relação ao privado; os efeitos positivos dos gastos sociais para o crescimento econômico e a redução dos custos da reprodução da força de trabalho e o aumento da produtividade do trabalho. As lições da história econômica e da teoria keynesiana são bem estabelecidas, em tempos de recessão econômica, os gastos públicos devem compensar a queda dos gastos privados em consumo e investimento. Finalizando, propõe impedir o desfinanciamento do SUS com a revogação da EC 95, aprovação da PEC nº 01/2015, novas fontes de financiamento, exclusivas para o SUS e reforma fiscal. Ronald afirma que “a grande contribuição que nossa geração pode dar para o futuro do Brasil e do SUS é constituir força social e política em torno da Defesa da Vida, do Trabalho e da Nação, que hoje se expressa na unidade de três palavras: DEMOCRACIA, SOBERANIA E DIREITOS!”

Arionaldo Bonfim Rosendo - Subsecretário de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde. Subsecretário de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde. É formado em Administração de Empresas pela Associação de Ensino Unificado do Distrito Federal, possuindo especialização em Execução Orçamentária e Financeira, em Contabilidade Pública e em Orçamento Governamental. Atuou no INAMPS como Coordenador de Programação Orçamentária. No Ministério da Saúde, foi também Coordenador-Geral de Orçamento e Finanças e Diretor Executivo do Fundo Nacional de Saúde. Arionaldo Rosendo iniciou falando da admiração aos membros da mesa, mesmo que discorde de alguns posicionamentos em relação à interpretação do cenário. Ressalta que a Emenda Constitucional nº 95/2016 instituiu um novo regime fiscal que vigorará por 20 anos, ou até 2036. No âmbito da aplicação mínima constitucional em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), o novo regime antecipou para 2017 o patamar de aplicação de 15% da RCL que, pela EC nº 86/2015, seria alcançado apenas em 2020. De 2018 em diante, o piso será calculado a partir do valor do exercício anterior corrigido pelo IPCA apurado para o período de doze meses encerrado em junho do exercício anterior a que se refere o piso. Além disso, a EC 95/2016 mantém o percentual de 50% das emendas individuais obrigatórias em ASPS. Sendo assim, a evolução do piso, a partir de 2017, vai de R\$109,1 bilhões a R\$ 121,2 bilhões em 2020; e a efetiva aplicação em ASPS vai de R\$ 114,7 bilhões, em 2017, à R\$ 120,4 bilhões em 2019 (não inclui o valor da Fonte 142 (R\$ 392,8 milhões) além da reposição de RAP cancelados (R\$ 1.469,8 milhões). Destaca que a aplicação da União comparado o valor de piso apurado versus a aplicação em ASPS efetiva/LOA foi acima do mínimo,

de R\$ 5,6 bilhões em 2017, R\$ 4,4 bilhões em 2018 e R\$ 3,1 bilhões em 2019. Entre 2000 e 2018, a aplicação da União em ASPS passa de R\$ 20,4 bilhões para R\$ 116,8 bilhões e, como proporção do PIB, oscila em todo o período em torno de 1,7%. Considerando as três esferas de governo, em 2018, foram aplicados em ações e serviços públicos de saúde R\$ 266,2 bilhões, sendo 44% aplicados pela União, 25% pelos Estados e Distrito Federal, e 31% pelos Municípios. No período de 2000 a 2018, houve crescimento da participação dos Estados, DF e Municípios no financiamento da saúde, o que era esperado em decorrência da EC 29/2000. Desde 2013, a participação da União oscila em torno de 43%. As emendas de execução obrigatória têm um papel relevante na área da saúde, especialmente as individuais, já que metade delas devem ser aplicadas em ASPS, conforme determina a EC 86/2015. A partir de 2016 são previstas emendas de bancada obrigatórias, com parcela cada vez maior aplicada em ASPS. Na LOA 2019, são R\$ 7,2 bilhões previstos em emendas obrigatórias que contam para o mínimo da saúde. Em 2020, a EC 100/2019 prevê 0,8% da RCL em emendas de bancada obrigatórias para União. A tendência é que percentual expressivo delas sejam alocadas em ASPS. Sendo assim, observa-se uma evolução das emendas de execução obrigatórias na saúde, tendo-se em 2019 no valor de R\$ 5,3 bilhões em emendas individuais e R\$ 1,9 bilhão em emendas de bancada. Arinaldo reconhece a importância das manifestações em relação ao tema e a importância do debate e do contraditório e garante que o documento final da 16ª Conferência será referência para o Plano Nacional de Saúde. Encerra afirmando que “a subsecretaria de planejamento e orçamento é a unidade do Ministério da Saúde responsável pela construção do Plano, e ele vai ser construído a partir dos relatórios extraídos da 16ª Conferência Nacional de Saúde”.





4.4. ATO EM DEFESA DO SUS

Após longas horas de debates, os participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) realizaram o ato em defesa do SUS, na praça do Museu da República, em Brasília. Cerca de cinco mil manifestantes participaram do evento, que contou com parlamentares, representantes de categorias e movimentos sociais, comunidade acadêmica, a juventude e a sociedade em geral, com o forte propósito de defender o SUS e criticar o desmonte das políticas sociais no Brasil.

Na ocasião, seis ex-ministros da Saúde lançaram um manifesto, motivados especialmente pela Emenda Constitucional 95/2016, que congelou investimentos em Saúde e Educação por 20 anos. O documento também destaca questões como segurança no trabalho, morbimortalidade por mudanças na legislação de trânsito, ataques ao Estatuto da Criança e Adolescente, ataques à educação pública, ameaças à ciência nacional e liberação sem critérios ao uso de agrotóxicos, dentre outros. Foi assinado por Humberto Costa, José Saraiva Felipe, José Agenor Alvarez da Silva, José Gomes Temporão, Alexandre Padilha e Arthur Chioro.

Fernando Pigatto, presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e coordenador da 16ª Conferência, defendeu a importância dos conselhos e da participação social para a efetivação da democracia, ressaltando a relevância da presença dos ex-ministros na luta pelo SUS. “Essa carta é um potente instrumento de luta para enfrentarmos o que teremos pela frente. É importante termos a sustentação dos ex-ministros, que garantiram a construção de uma política de Estado no Brasil, que é o SUS”, disse.

“O CNS hoje está na rua, na luta pela saúde!”, exclamou Vanja dos Santos, conselheira nacional de saúde representante da União Brasileira de Mulheres (UBM). Durante o Ato Unificado Saúde, Democracia e Direitos Sociais, organizado pelo CNS, ela explicou que o objetivo da 16ª Conferência é garantir a defesa e o aprimoramento da maior política pública do mundo a partir da participação social.

O ato representou todas as regiões do país, com suas diversidades, já que a 16ª Conferência é o resultado de mais de três mil etapas preparatórias espalhadas por todos os municípios do país. Além disso, o protesto contra retrocessos expressou pautas de diferentes organizações sociais, como sindicatos, centrais sindicais, partidos políticos, confederações e os segmentos que fazem parte dos trabalhadores(as), usuários(as) e gestores(as) da saúde. O local onde ocorreu a manifestação passa diariamente por intenso fluxo de veículos. Transitam mais de 700 mil pessoas pela região todos os dias.

A deputada federal Jandira Feghali refletiu. “Somos tudo o que eles não gostam: diversos em religiões, orientações sexuais, um povo bonito, com música, poesia e alegria, guerreiras e guerreiros”. Ela acentuou a necessidade de pressão para a manutenção das características do SUS. “A rua é nosso território de luta, e não podemos perder a capacidade de indignação”.

O deputado federal Paulo Pimenta também se manifestou. “Estamos lutando diariamente pela democracia”. Deputados distritais, que representam o Legislativo no Distrito Federal e em diversos estados, como Bahia, Mi-

nas Gerais, Paraíba, e de Câmaras Municipais também fizeram falas contundentes. O governador do Maranhão, Flavio Dino mandou uma mensagem em áudio para ser ouvida pelos participantes, falando sobre a importância da democracia para a saúde brasileira.

Juventude na rua em defesa do SUS

“A saúde é um direito que defende todas as formas de vida”, acredita Jéssica Farias, jovem arte-educadora do Ceará. E, por acreditar nisso, ela foi uma das centenas de jovens que se uniram ao ato ampliado em defesa do SUS. A necessidade de renovação dos movimentos sociais, a preocupação com o futuro dos direitos sociais no país e a defesa da democracia foram outras razões para estar na rua citadas por estudantes e recém-formados(as) que empunhavam cartazes e faixas no ato.

As estudantes de enfermagem Paula, Beatriz, Viviane e Isabela consideram que a EC 95/2016 agrava um processo de desmonte do SUS, cujas consequências elas percebem no dia a dia da assistência em Brasília. Atenderam ao chamado para a manifestação com a esperança de que a mobilização social possa transformar esse cenário.





4.5. CARTA DOS EX-MINISTROS DE SAÚDE

SUS, SAÚDE E DEMOCRACIA: DESAFIOS PARA O BRASIL

**Brasília 5 de agosto de 2019,
ano da 16ª Conferência Nacional de Saúde.**

Nas três últimas décadas foram desenvolvidos imensos esforços para organizar e colocar em funcionamento o Sistema Único de Saúde, a partir dos princípios constitucionais que o conformam: universalidade, equidade e integralidade.

O SUS pressupõe um projeto de sociedade que se expressa em valores civilizatórios, como igualdade, justiça social e democracia.

Nesse contexto, a saúde é um valor que envolve cuidado, sustentabilidade e produção de saúde para a cidadania, articulando cuidados individuais e coletivos ao desenvolvimento econômico e aos direitos humanos.

O SUS, que é uma política de Estado e não de governo, é resultante de uma construção da sociedade brasileira e vem resistindo tenazmente a severos ataques de ordem política e econômica ao longo de sua existência. A saúde como valor solidário, direito de cidadania e dever do Estado, contudo, nunca esteve tão ameaçada como agora.

São expressivos e, objeto de reconhecimento internacional, os avanços na atenção primária consubstanciada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), na Política Nacional de Imunização (PNI), na redução expressiva da mortalidade infantil, na Vigilância Epidemiológica e Sanitária, na política de Assistência Farmacêutica, de transplantes de órgãos, no SAMU, na política de Aids/

Hepatites, na Reforma Psiquiátrica, no combate ao uso de tabaco, na política do sangue, entre outras políticas públicas exitosas.

O campo da pesquisa e da inovação se fortaleceu, assim como a implantação de uma política industrial voltada para a produção nacional de tecnologias estratégicas para o país, a política de fortalecimento do Complexo Produtivo da Saúde, mediante parcerias entre laboratórios públicos e empresas privadas.

Todo esse processo permitiu que o país construísse uma ampla rede de atenção à saúde que hoje atende às necessidades da maior parte da população brasileira, com importante impacto no aumento da expectativa e na melhoria das condições de vida e na redução de iniquidades e desigualdades.

A magnitude e a relevância dessas realizações sem dúvida teriam sido mais expressivas, de maior alcance e de resultados mais profundos, não fossem os impasses estruturais, que impuseram ao longo dessa trajetória, fortes limites organizacionais e financeiros que impediram a plena realização de seus fundamentos.

Isso se expressa com clareza quando se analisa a estrutura do financiamento da saúde. Investimos cerca de 9% do PIB em saúde, mas desse valor apenas 46% corresponde ao gasto público, ou seja, a maior parte das despesas em saúde onera o orçamento das famílias e empresas.

Nenhum sistema universal tem investimentos públicos tão baixos como o nosso, e quando se acresce a isso uma renúncia fiscal e tributária expressiva a cada ano, o quadro de subfinanciamento se agrava.

É nesse contexto que incide a EC 95 que, ao colocar a

austeridade como princípio constitucional, congela os gastos por 20 anos e subjuga as necessidades de saúde da população às metas fiscais, impondo ao SUS o status de sistema desfinanciado, colocando em risco até a sua sobrevivência.

Essa política de aprofundamento de cortes dos gastos sociais, em um contexto de negação de direitos e de desvalorização das políticas universais, intensifica retrocessos e ameaça descaracterizar o SUS.

A fragilização do SUS se soma ao ataque a várias políticas públicas fundamentais no processo saúde-doença e no conceito ampliado de saúde que envolve a natureza simultaneamente biológica, subjetiva e social dos problemas de saúde.

Essa base constitutiva das políticas de saúde está sendo desconstruída por mudanças em políticas de grande impacto na saúde, sem que o Ministério da Saúde e o parlamento sejam ouvidos, entre as quais podem ser destacadas:

- * os retrocessos nas normas de segurança nos ambientes de trabalho e legislação referente a acidentes de trabalho e doenças profissionais;
- * propostas referentes à legislação do trânsito que impactam na morbimortalidade por acidentes envolvendo veículos automotores (velocidade nas estradas, normas e regras para condução, “cadeirinha das crianças”, número de pontos para ter a carteira cassada);
- * os ataques ao Estatuto da Criança e do Adolescente;
- * as restrições ao amplo acesso à educação e informação e a fragilização das políticas voltadas aos direitos sexuais e reprodutivos;

* as reiteradas ameaças ao estatuto do desarmamento;

* o aumento dos benefícios fiscais para a indústria de refrigerantes, indo na contramão do que se faz em todo o mundo;

* o ataque à educação pública e a ameaça à ciência nacional com o drástico contingenciamento do orçamento setorial;

* a liberação sem critério de agrotóxicos e pesticidas e as ameaças à saúde, ao meio ambiente e à sustentabilidade;

* a nova política de drogas, que possibilita a internação involuntária de usuários, prioriza as comunidades terapêuticas e a abstinência como objetivo do tratamento da dependência, ao invés das políticas voltadas ao tratamento de saúde de usuários, focadas na redução de danos;

* a proposta do Ministério da Justiça para redução do preço do cigarro que fragilizará a exitosa política de prevenção e controle do tabaco.

Da mesma forma é preciso atenção redobrada para os riscos da fragilização da regulação do setor privado na saúde.

As constantes iniciativas do mercado com a intenção de flexibilização de regras de cobertura, da introdução de planos populares e de reajustes dos planos de saúde, devem ser combatidas.

A visão hegemônica no governo e no parlamento, asentada sobre uma falácia, é a de que a saúde, ao invés de investimento, é gasto e que a gestão em moldes empresariais, mesmo em um contexto de redução dos

gastos, permitirá fazer mais com menos, ainda que isso comprometa a qualidade de vida e ameace a segurança dos cidadãos e famílias.

Daí também decorre a visão largamente disseminada – e da qual divergimos frontalmente – de que o SUS não pode ser universal, pois “não cabe no orçamento” e deve se destinar apenas a prover cuidados mais simples aos mais pobres.

Essa visão equivocada desconhece, para além dos benefícios diretos do SUS sobre a saúde da população, que as atividades relacionadas ao setor saúde – serviços, medicamentos, vacinas e equipamentos –, respondem por cerca de 8,5% do PIB e incorporam setores estratégicos de inovação – tecnologia de informação, biotecnologia, microeletrônica, química fina, nanotecnologia, entre outros – com ampla repercussão em todos os setores da economia, e responderam por 10% dos postos formais de trabalho qualificado, empregando em torno de 9,5 milhões de brasileiros em 2015.

A disseminação da imagem de um SUS precário, refém de trocas político-partidárias, atendendo a interesses privados e insustentável com recursos públicos, apaga da percepção pública os importantes avanços obtidos e fragiliza sua sustentação social.

O SUS precisa e pode ser aperfeiçoado, pois é um patrimônio da nação brasileira e uma política social a ser preservada e valorizada como bem comum de valor inestimável, como ocorre em outros países com sistemas universais de saúde, a exemplo do Inglaterra, Canadá e Portugal entre outros.

Assim, a reafirmação de um sistema público e universal no campo da saúde fundamenta-se, em primeiro lugar, em princípios civilizatórios e de justiça, mas também em

evidências sobre as vantagens dos sistemas públicos universais em termos de custo-efetividade nas comparações com outros modelos, baseados no setor privado, planos e seguros de saúde.

É preciso, mais do que nunca, fortalecer e ampliar a participação social na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas de saúde em todas as esferas de governo.

Respeitar e implementar as decisões das conferências e dos conselhos de saúde, aprimorando e garantindo a democratização do Estado e a participação cidadã é fundamental para os destinos do SUS e do país.

O SUS é uma conquista do povo brasileiro. Sua consolidação e aperfeiçoamento são eixos fundamentais para a sobrevivência do Estado de Direito Democrático e na afirmação de políticas públicas de inclusão social.

Por ser a expressão real desses valores, a defesa de uma saúde pública moderna, de qualidade e respeitada pela sociedade deve ser baseada em uma ética do cuidado e na sustentabilidade política, econômica e tecnológica do SUS, o que exige a reafirmação do SUS – universal, equânime, integral e gratuito – como o sistema de saúde para todos os brasileiros e brasileiras.

Brasília, 5 de agosto de 2019.

Humberto Costa
José Saraiva Felipe
José Agenor Alvarez da Silva
José Gomes Temporão
Alexandre Padilha
Arthur Chioro



4.6. GRUPOS DE TRABALHO

Ainda no dia 5 e dia 6 de agosto

Os Grupos de Trabalho (GT) foram realizados simultaneamente a partir do dia 5 à tarde e se estendeu por todo dia 6 de agosto, com prerrogativa de deliberar sobre o Relatório consolidado dos Estados e do Distrito Federal. Os 45(quarenta e cinco) GT foram divididos pelos três eixos temáticos, onde cada 15(quinze) GT discutiram e deliberaram sobre um mesmo eixo. Os 4.588 participantes, delegados (com direito à voz e voto), convidados e participantes por livre credenciamento (com direito à voz), foram distribuídos a fim de garantir a paridade, ou seja, 50% de delegados do segmento de usuários, 25% do segmento de trabalhadores/profissionais de saúde e 25% do segmento de gestores e prestadores de serviços de saúde.

Dentre os delegados, 2.956 eram delegados estaduais (Usuários 1.478 – Gestor / Prestador 739 – Trabalhadores 739); 296 eram delegados nacional (usuários 148, Gestor / Prestador 74 – Trabalhadores 74) e Outros (Índigena/Convidado/Participante Livre 1.248).

Durante o credenciamento cada participante pode escolher o tema de preferência e o sistema identificou a existência da vaga adequada ao seu perfil. Cada um dos GT teve um número limite de até 100 (cem) participantes, conforme Regimento da Conferência e foram distribuídos da seguinte maneira:

- Do 1 ao 15 – 1.500 delegados discutiram o eixo 1 “Saúde como Direito”;
- Do 16 ao 30 – 1.500 delegados discutiram o eixo 2 “Consolidação dos Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)”;

- Do 31 a 45 – 1.500 delegados discutiram o eixo 3 “Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)”.
- Todos os 45 GT’s discutiram o eixo transversal “Saúde e Democracia”.

Para que os trabalhos fluíssem de maneira tranquila e profícua os coordenadores, coordenadores adjuntos e secretários de mesa desenvolveram suas atividades conforme o regulamento da Conferência. A referida atividade contou com participantes indicados previamente e indicados entre os participantes, o que possibilitou maior mobilização e envolvimento dos participantes. E mais uma vez o exercício de colaboração, participação efetiva e de democracia se deu para melhor reafirmar diretrizes e propostas estruturantes em defesa da garantia de direito à saúde. Para tanto, contamos com o apoio das seguintes pessoas:

Coordenadora(e)s dos GTs:

Alex Gomes da Mota, Ana Emília Moreira Santos, Antonio Lacerda Souto, Aurean D’Eça Júnior, Beatriz Luiza dos Santos Coreia de Oliveira, Blenda Francilda Silva do Carmo Oliveira, Carlos Alberto Eilert, Casemiro dos Reis Junior, Claudio Ferreira do Nascimento, Elisangela de Souza Santos, Eugiane Lago, Eurídice Ferreira de Almeida, Fernanda Lou Sans Magano, Gabriela Tonon Colepicolo, Samuel José Cabral da Silva / Vera Lúcia Leão Ramos, Renato Almeida de Barros, Ginalvo Silva de Santana, Glaucia Tamoio, Jacildo de Siqueira Pinho, José Arnaldo Pereira Diniz, José Ivo dos Santos Pedrosa, Juliana Guimarães Rosa, Karina Magrini Carneiro Men-

des, Laís Alves de Souza Bonilha, Lígia Cardieri, Luciana Carrupt Machado Sogame, Luís Aníbal Vieira Machado, Luisa Ivana Almeida da Silva, Luzia de F. da S. Abadias, Madalena Margarida, Manuelle Maria Marques Matias, Maria Ângela da Mata Santos, Maria Antonia Conceição de Souza Kuendig, Maria Cristina Angelo Passos, Maria Cristina Pedro Biz, Maria Isabel de Oliveira Panario, Maria Luiza Rodrigues de Aquino, Masurquede de Azevedo Coimbra, Michele Neves Meneses, Moysés Longuinho Toniollo de Souza, Nelson Luis Lopes Khalil, Pedro Henrique Pereira de Lucena, Regina Célia Fante Garcia Próspero, Rejane Rocha da Silva. Roberto Rodrigues Moraes, Rosa Godoy, Sebastião Ferreira Nunes, Shimene Cristina Scheid Dias, Sueli Guerra, Sueli Terezinha Goi Barrios, Tadeuma Claudia Campos, Valéria Cristina Marques, Venerando Leme de Jesus, Vera Lúcia Perutch, Viviane Haddad Silva Higuchi,

Secretária(o)s:

Antonio Alves Pitombeiro Neto, Bruno Beltrame Medeiros, Carla Monclar, Cassio Eduardo da Silveira Têndolo, Celso Pedro Scolari, Charles B. Freitas Júnior, Claudia Maria Hartmann da Silva, Cristina Cavalcante, Divina Fernandez Silva Barbosa, Edna Mota, Elizabeth Paz, Elizeu Moreira Silva, Elza Domingues de Lima, Emanuel Paulino Souza Moraes, Evalcilene Costa dos Santos, Flavio da Conceição Costa, Francielly Damas Albino, Geridice Norma Andrade de Moraes, Giancarlo de Montemor Quagliarello, Gracielle Pampolin, Grazielle Helen Godin, Guilherme Rodrigues dos Santos, Heldon Alves da Silva, Ieda Leal de Souza, Iris Maria da Silva, Israel Diniz, Israel Kennedy da Silva, Jamaica Argeu dos Santos, Jane Carla

Silva Ferreira, Jarles Nardi da Silva Chaves, Jerry Silvio Tristoni, Joilda Gomes, José Carlos Tavares da Silva, José Nazareno Lima Tavares, Júlio Cesar Billerbeck dos Santos, Gladys Maria Almeida Santos, Kelly Leny Ferreira França Aguiar, Lenilma Bento de Araújo Menezes, Letícia Silva Martins, Lucivaldo Pereira da Silva, Luiz Edmundo da Silva, Mansour Cadaís Filho, Manuela Cristina de Alencar Silva, Marcelly da Silva Barbieri, Marcia Maria Quintino Silva, Marcos Antonio Trajano Ferreira, Maria Auxiliadora Chaves da Silva, Maria Cristina Strausz, Mariana Almeida de Novaes Souza, Marilene Ferreira, Marília Ferraro Rocha, Marisa Helena Alves, Marlene Salete Massaro, Myrian Coelho Cunha da Cruz, Priscilla Victoria Rodrigues Fraga, Rafael Lima Falcão, Rafaela Mirelly Rodrigues Silva, Regina Riba, Elaine Novaes, Ricardo Herculano Bulhões de Mattos, Ronan Kezonazokemae, Rosane de Souza, Roseli Fabrícia de Melo Arantes, Rubenslei Rodrigues Lima, Sabrina Guisand de Freitas, Sandra Helena Correa Longuino, Sandra Oliveira Silva, Sebastião Savio Ferraz dos Santos, Sheila Saint Clair da Silva Teodósio, Sílvia Alore. Silvio Marcos Oliveira Lima, Silvio Nascimento Ferreira, Sofia Regina Gonçalves, Tania Maria Viana, Vitória Bernardes Ferreira, Viviane Ayumi Leite Agari da Silva, Wagner André Johansson, Zilda Carlos dos Santos Bernardi, Zulmira Maria dos Santos Barroso,

Coordenadora(e)s de Eixo:

Alcindo Antonio Ferla, Débora Raymundo Melecchi, Eduardo Bonfim da Silva, Francisca Rêgo Oliveira Araújo, Valdevir Both.

Relatora(e)s dos Grupos de Trabalhos (GT):

Adélia Benetti de Paula Capistrano, Adelina Maria Melo Feijão, Adriana Maria Feijão de Carvalho, Adriana Nascimento Santos Cartaxo, Adriano Ferreira Martins, Afonso Ribeiro Alves Filho, Afonso Ribeiro Alves Filho, Aíde de Souza Campagna, Alan Sampaio de Brito, Ana Carolina Silva Martins, Ana Maria Afonso Libório, André Peres Barbosa de Castro, Andresa Barbosa Candido, Antonio Rêgo da Silva Júnior, Arthelúcia Maria Amaral da Silva, Asevedo Quirino de Sousa, Beatriz Garcia de Toledo, Berenice de Freitas Diniz, Carina Suzana Pereira Correia, Carla Baltazar da Silveira, Carmencitta Ignati, Carolina Angélica de Brito, Catarina Andrêza Quixabeira Alves, Cláudia Franco, Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá, Daniela Ferras F. Carvalho, Daniele Correia, Danielle Monteiro Câmara, Davi Vital do Rosário, Dayane Aparecida Alves, Dayanna Mary de Castro, Delany de Pinho Rodrigues Fiusa, Denise Anjos de Oliveira, Duemmic Garcia Moreno Resende, Elaine Martins Pasquim, Eldon Carlos Queres Gomes, Eliana Costa Guerra, Elias Melo de Oliveira, Eni Carajá Filho, Etna Kalliane Pereira da Silva, Felipe Puerezon, Francimar da Silva Rodrigues, Francisco Jadson Franco, Gabriel Loss, Gabriel Perdigão Walcher, Gabriela Costa de Jesus, Gabriela Maciel dos Reis, Gisela Andrea Ferreira Garcia, Grazielle Helen Coradini, Guilherme Augusto Pires Gomes, Hayssa Moraes Pintel Ramos, Humberto Costa, Iara Campos Ervilha, Igor de Assis Rodrigues, Ivone Martini de Oliveira, Jany Welma de Sá Albuquerque, Jaqueline Miotto Guarniere, Jéssica Soares Miranda, Joelma Aparecida de Souza Carvalho, José Carlos Ribeiro Gimenes, Josilene Lucia dos Santos, Juliana Acosta, Kátia Crestine Poças, Kelly Poliany de Souza Alves, Klebya Hellen Dantas de Oliveira, Lenise Apa-

recida Martins Garcia, Loic Hernandez do Amaral e Aragão, Luciana Figueiredo Menezes de Freitas, Luiz Vitor L. Pereira, Luiza de A. Dutra, Cynara Azevedo, Manuela C. de Alencar Silva, Márcia Beghini Zambrim, Marcia Lotufo, Marclia de Oliveira, Marcos Aguiar Ribeiro, Maria Aline da Silva Ribeiro, Maria Anita de Medeiros, Maria da Conceição de Almeida França, Maria das Graças Alves Pereira, Maria do Carmo Raposo. Maria Francisca Santos Abritta Moro, Mariana Ferreira Bicanto, Mariana Resende, Marta Rodrigues Portirio, Mary Anne Araújo Delgado, Maurício Silva, Mayara Teixeira Lauentino Acipreste, Miranice Nunes dos Santos Crives, Moacir Tavares Martins Filho, Natalia Fernandes de Andrade, Nayane da Cunha Nascimento, Nívea Tavares Pessoa, Otávio Maia dos Santos, Patrícia Magna de Araujo, Paulo Eduardo Alves Camargo-Cruz, Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, Pedro Vinicius Falcão Paiva dos Santos, Quennia Garcia Moreno Resende, Rafaela Fabiane Gomes, Ralf Amaral Santos, Randolph Antonio Pinheiro da Silva, Raquel Barroso Borges Nunes, Rayanne Cristine Máximo França, Renata Barbosa Vilaça Marques de Carvalho, Rodrigo de Souza Barbosa, Ronaldo Teodoro dos Santos, Rosália Pereira Matos, Rosiane Dantas Pacheco, Sacha Saboia, Sandra Schmitt, Seduoslen Guelir Cavalcanti Costa, Silvana Suely de Araújo Andrade, Soraya Vjekoslav, Stephanie Abreu Braz, Talita Abi Rios Timmermann, Tereza Neuman de Andrade Torres Portugal, Thalita Milo Simões Ferreira, Valéria Silva Paranaguá, Vanderleia Laudete Pulga, Vera Lúcia Peruch, Wagner dos Santos Januário, Wigor da Silva Alves, Willian Fontes.

Finalizando as atividades do dia 6 de agosto.

Tribuna Livre

Tribuna Livre consiste numa sessão não deliberativa, de livres manifestações das delegadas, delegados, convidadas, convidados, participantes por credenciamento livre e outros participantes nas atividades não deliberativas, com direito à voz. A atividade foi coordenada pelo Conselheiro Nacional Wanderley Gomes da Silva e foi marcada pela participação de diversos conferencistas que expressaram sua opinião, sobre temas do SUS, controle social, democracia, direitos do povo, soberania nacional, dentre outros. Foi um momento para abrir o coração e falar...

A Tribuna Livre é uma inovação incorporada pela 16ª Conferência com o forte propósito de garantir a escuta, o diálogo e exercício da democracia participativa, resultando em aprendizado, trocas de saberes e vivências estratégicas para qualificação da capacidade propositiva dos que constroem a militância em defesa do SUS.

Cada participante em sua singularidade contribuiu e enriqueceu com o momento e para melhor expressar como aconteceu trouxemos a voz em poema de Chico Antônio.

“Peço a você permissão para eu me expressar em forma de poesia, da cultura popular. Dos trinta anos do SUS, em rimas poder falar. Não poderia calar, na atual situação, falar do sistema que acolhe jovem, ancião, homem, mulher e criança, do litoral ao sertão. Merece comemoração aquilo que já deu certo. E o que ainda não deu, para conseguir o resto, devemos lutar e não deixar em aberto. Devemos

ficar espertos, nossa nação padecia, antes de criar o SUS era só o que existe, epidemia sem controle, povo pobre é que morria. Um movimento se acendia no Brasil, antes do SUS, reforma sanitária, dando para a saúde a luz. Sérgio Arouca era o líder da Fundação Oswaldo Cruz. O ano que se produz a oitava conferência, mil novecentos e oitenta e seis, foi tomada a providência para os rumos da saúde gratuita e de excelência. Foi com muita competência debatida no congresso nacional constituinte, aprovada com sucesso em nossa constituição, uma saúde de progresso. Tivemos alguns retrocessos no decorrer da história. Mas, firmes nós marcharemos. Quem acredita na vitória de um sistema de saúde que mereça nossa glória. Uma lei regulatória necessária e urgente, depois de oitenta e oito, para regular legalmente o nosso Sistema Único de Saúde competente. Esse SUS inteligente tem a norma que o sustenta, lei orgânica da saúde, chamada de oitenta oitenta, entrando em vigor em mil novecentos e noventa. Só não vence que não tenta ultrapassar as barreiras que o lado inimigo impõe, delimitando fronteiras, negando nossos direitos à saúde verdadeira. A saúde verdadeira é ter acesso à educação, lazer e saneamento, qualidade em habitação, ter transporte e ter emprego que nos dê sustentação. Na nossa constituição tudo isso está contido, saúde como direito nosso já é garantido, e um dever do estado, tudo está constituído. De todos ela é sabida que o SUS é universal, acesso com equidade e assistência integral, integrando seus princípios à participação social. Para a saúde é essencial promoção e proteção, estando na morbidade, tentar recuperação, e a doença se afastar com a sua prevenção. A descentralização dá responsabilidade aos

entes federativos para o campo e a cidade, integral em seus serviços, qual seja a complexidade. E o viés da qualidade do serviço a ser prestado, desde o seu acolhimento com o dever humanizado por todo servidor, efetivo ou contratado. É de um grande legado o programa do agente, comunitário e de saúde, que está sempre na frente, tendo como sigla PAX, para atender nossa gente. Uma tarefa pendente para efetivação nas políticas de saúde, é a regionalização em redes organizadas numa hierarquização. Falamos da implantação do SUS em suas esferas, município, estado e União, nessas trinta primaveras, mas, para consolidação, só com medidas severas. Só as decisões sinceras, austeras, podem fazer princípios e diretrizes nas ações prevalecer, com financiamento largo para o SUS fortalecer. Temos sim que aprender com o que já obtivemos, programas como o Mais Médicos, entre outros que tivemos, SAMU, Brasil Sorridente, esses nunca esqueceremos. É preciso que cuidemos da AB ou APS, PSF ou SF, UPA MAC ou UBS, as siglas vocês já sabem, se não, não se estresse. Bom mesmo é que se interesse saber da saúde do idoso, saúde da mulher eu até fico orgulhoso, pessoa em situação de rua, eita que SUS cuidadoso. Nenhum é tão oneroso, comparado à sua importância, mais benefício que custos, pela significância para a saúde que só tinha hospital e ambulância. Sabemos da relevância da atenção psicossocial, também da rede Cegonha e, de forma especial, da saúde das pessoas no sistema prisional. O cartão nacional é a identidade no sistema, para quem foi acolhido, consultado no esquece, ou seja, utiliza o SUS seja qual for o problema. Ainda outro tema que não podemos deixar, saúde do povo indígena, seja qual for o lutar, merece sua atenção no SUS

em seu bem-estar. Atenção domiciliar, é a estratégia do serviço, melhor em casa seu programa, que passa até passado, para atender a família em um lugar fronteiriço. Eu aqui não desperdiço expressões na poesia, o SUS é nosso tema, para dizer com maestria, que não existe saúde sem haver democracia. Sei que há pouco existia cooperação tripartite, Brasil, Cuba, Haiti, porque nenhum se omite a salvar quem precisa, seja qual for o limite. Foi nenhuma dinamite, foi desastre natural, que abalou o Haiti, nossa ação fundamental para salvar aquele povo, um SUS transnacional. A estratégia digital da saúde para o Brasil, DIGISUS é saúde para adulto ou infantil conhecer esse patrimônio céu corte de anil. Cuidado no Rivotril, olha a farmacopeia, farmácia popular do Brasil também foi uma boa ideia, de um SUS para que não pode pagar por uma geleia. No nosso sistema estreia as práticas integrativas e complementares à saúde, dentre outras assertivas, as plantas medicinais, fitoterápicas, extrativas. As ações afirmativas ampliam a inclusão de quem esteve distante em outra ocasião, das políticas de saúde, que nunca chegavam não. Agora, tem orientação PMAC, HUMANIZA SUS, programas de qualidade e, muitos aqui já expus, academia da saúde dá energia igual cuscuz. Nos acendeu essa luz de um SUS que é um show de bola, tem o programa também da Saúde na Escola e, até países que, do SUS, quer fazer uma cola. É sagrado como estola o nosso SUS Brasileiro, para se consolidar, melhor gestão, mais dinheiro, para se constituir um sistema altaneiro. Não é apenas financeiro, sei que há a reticência, uma ação coletiva será nossa resistência para fazer valer as propostas da décima sexta conferência.”



4.7. TENDA PAULO FREIRE – SUS EMCENA E ESPAÇO DE CUIDADOS NEIDE RODRIGUES

As Tendas de Educação Popular em Saúde têm se configurado em um espaço de diálogo e troca de experiências com o objetivo de questionar e transformar as relações ainda bastante hierarquizadas na área da saúde, seja no espaço do cuidado, seja nos espaços da produção do conhecimento, como os próprios eventos onde elas acontecem.

Nesse sentido, tanto a Tenda Paulo Freire – SUS EmCena - como o Espaço de cuidados Neide Rodrigues foram pensados a partir da integração das vozes da Participação Popular e do Controle Social, para além dos delegados e delegadas e convidados da 16ª Conferência. O objetivo foi articular os saberes das classes populares e a construção democrática e compartilhada do conhecimento em conexão com os debates do tema da 16ª Conferência – Democracia e Saúde. A organização desses espaços ficou sob a responsabilidade da Comissão de Cultura e Educação Popular composta por 14 pessoas de várias entidades que compõem o Conselho Nacional de Saúde e representantes do Ministério da Saúde.

Neste contexto, a Tenda de Educação Popular em Saúde e o Espaço de Cuidados foram espaços aglutinadores que garantiram ambiente propício para a liberdade de expressão, diálogo entre saberes populares e técnico científicos, contemplando além do bom debate, a diversidade do povo brasileiro e de expressões da arte popular, cultural, crenças, de vivências e práticas realizadas no cotidiano. Esses espaços constituíram enquanto lugar de afeto e cuidado, ampliando as reflexões da educação popular no campo da Saúde e sua inserção

no Sistema Único de Saúde (SUS).

Trazer a educação popular e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) para um plano institucional é de grande relevância para a construção do SUS em termos de universalidade, integralidade, equidade e participação social.

As atividades desses espaços, confirmaram a sua importância na prevenção de doenças, na promoção da saúde, no fortalecimento da democracia e dos direitos sociais. Vale lembrar ainda a integração da Tenda Paulo Freire e das PICS com os serviços do Posto de Atendimento de Urgência e Emergência - medicina convencional - de forma paralela e complementar de cuidados com a saúde dos participantes da 16ª Conferência.

A programação da tenda contou com várias atividades: homenagem a Paulo Freire e Neide Rodrigues; mística e ancestralidade; contação de história; música; poesia; teatro; exibição e debate de documentário; atividade lúdica; roda de benzimento, exibição de curta metragem, performance, psicodrama, debate, paródia, oficina de bonecas Abayomis e dança circular sagrada, encontros terapêuticos.

Além das atividades descritas anteriormente, ocorreram inúmeras rodas de conversas sobre: “Educação Popular em Saúde e Promoção da Equidade da Saúde da População do Campo e da Floresta”; “Corpo Negro em Questão: saúde mental e perspectivas do cuidado”; “Mulheres na Atividade Sindical”; “A importância do lúdico para a

promoção da saúde”; “A Boneca Lince e o Buyllyng nos espaços de saúde e educação”; “Resgate dos Saberes e Práticas Populares no Amazonas”; “Saberes Tradicionais e Populares na Saúde”; “A importância da Comunicação Popular em saúde Social”.

Portanto, a Tenda Paulo Freire contou com uma extensa programação compreendendo rodas de conversa, benzeduras e várias manifestações culturais. Circularam aproximadamente 1.000 pessoas durante a realização da conferência e a participação de 30 colaboradores voluntários de vários Estados do Brasil.

O Espaço de Cuidados ofereceu práticas individuais e coletivas, compreendendo aproximadamente 15 modalidades de PICS, 2103 atendimentos e 70 profissionais voluntários, atendendo diariamente a centenas de pessoas. Além disso, várias oficinas e rodas de conversas foram realizadas com temas relacionados as PICS e a saúde. As modalidades oferecidas foram Automassagem, Auriculoterapia, Benzedura, Massoterapia, Meditação, Musicoterapia, Reflexologia, Reiki, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia Floral, Theta Healing e Tai Chi Chuan.

Tais atividades foram viabilizadas pela participação efetiva de pessoas que foram essenciais no desenvolvimento das mesmas, com as quais garantiu a oferta de cuidado e acolhimento aos participantes. Deixamos aqui nossos mais sinceros agradecimentos a todas e todos pela relevante contribuição na 16ª Conferência.

“

Ninguém educa ninguém,
ninguém se educa a si mesmo,
os homens se educam entre si,
mediatizados pelo mundo.”

(Paulo Freire)





A 16ª Conferência Nacional de Saúde contou com várias atividades culturais que aconteceram dentro e fora do Pavilhão do Parque da Cidade. A Tenda Paulo Freire, a Praça de Alimentação, as salas e os corredores do espaço foram palco de encenações da cultura do povo brasileiro. A cultura é inerente ao ser humano, nela encontramos força nas identidades para resistir, saberes e experiências que nos alimentam a alma e, consequentemente o bem-estar.

Em clima de verso, prosa e poesia, tanto a Tenda Paulo Freire – SUS EmCena - como o Espaço de cuidados Neide Rodrigues foram pensados a partir da integração das vozes da Participação Popular e do Controle Social, para além dos delegados e delegadas e convidados da 16ª Conferência. O objetivo foi articular os saberes das classes populares e a construção democrática e compartilhada do conhecimento em conexão com os debates do tema da 16ª Conferência – Democracia e Saúde. A organização desses espaços ficou sob a responsabilidade da Comissão de Cultura e Educação Popular.

No domingo 4 de agosto de 2019, primeiro dia da conferência, tivemos oficinas, místicas, cantos e danças que visibilizaram a importância da diversidade religiosa, dos povos indígenas, saberes tradicionais para a Educação Popular em Saúde, Equidade e a Saúde da População do Campo, da Floresta, e das Águas.

Na segunda-feira dia 5 de agosto de 2019, abrimos os trabalhos com homenagem a Paulo Freire e a Neide Rodrigues com a presença do presidente do Conselho

Nacional de Saúde, educadores populares e lideranças religiosas que ampliaram o diálogo sobre o respeito à diversidade, a cultura de paz, a valorização das tradições, a convergência de diferenças, os distintos saberes e fazeres que brotam do fazer e da luta pela saúde brasileira.

As rodas de conversas trouxeram experiências exitosas de representação dos segmentos do controle social, dos distintos povos e de todos que por lá passaram. As experiências dos movimentos sociais na luta pela saúde também apareceram por meio de atividades lúdicas e trouxeram reflexões sobre população em situação de rua, controle social, as manifestações culturais e artísticas e os diferentes grupos discriminados como mulheres, população negra e LGBT, pela ampliação do acesso, a eliminação das iniquidades e o respeito ao princípio da equidade.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde chegou ao seu terceiro dia, com dinâmicas de relaxamento e técnicas de respiração e alongamentos, falando da importância da interligação entre o humano e o animal, a sustentabilidade, o cuidado com saúde mental, física e hábitos de vida saudáveis, a diminuição de medicamentos farmacológicos para tratar a saúde da população, a contribuição da medicina de família e da ciência moderna, o esporte, a arte e aspectos geracionais, lembrados como possibilidades de promoção da saúde ofertados pelo SUS. Ainda na perspectiva do cuidado em saúde tivemos apresentação de curta-metragem-cinema e a palhaçaria.

A arte e a cultura foram mobilizadoras de temáticas caras à sociedade, onde as violências e violações de direitos das minorias, o preconceito, a precarização do trabalho, as privatizações dos serviços, dentre outros, deixaram reflexões que fortaleceram o protagonismo

desses coletivos por meio de sugestões e estratégias materializadas nas moções e documentos produzidos, devidamente referendados na Conferência.

O último dia da conferência foi agraciado com cordéis que falavam sobre a maternidade, as consequências do tabagismo e a importância do vínculo das famílias com as equipes de saúde na atenção primária, a ordenação do cuidado e a prevenção aos agravos que acometem populações em situação de vulnerabilidade. Os princípios do SUS, comunicação popular em saúde, os saberes populares e tradicionais em saúde, bem como a cultura negra, a vivência LGBTQI e a discriminação, as experiências de curandeiras e a história dos 30 anos do SUS serviram de mote para produção de arte cantada, escrita e encenada.

No encerramento, os participantes, que representaram as cinco regiões do país, expressaram de alguma forma o que sentiu na 16ª Conferência Nacional de Saúde e a importância da mobilização popular para a defesa do SUS.

Por fim, o Espaço de Cuidados ofereceu práticas individuais e coletivas e, acolheu quem por lá passou, a exemplo de atividades autogestionadas, compreendendo aproximadamente 15 modalidades de PICS, 2103 atendimentos e 70 profissionais voluntários. A Tenda Paulo Freire contou com uma extensa programação por onde circularam aproximadamente 1.000 pessoas durante a realização da conferência e a participação de 30 colaboradores voluntários de vários Estados do Brasil.

“

Cultivar estados mentais positivos, como a generosidade e a compaixão, decididamente conduz a melhor saúde mental e a felicidade.”

(Dalai Lama)

4.8. ATIVIDADES AUTOGESTIONADAS

Uma inovação na etapa nacional da 16ª Conferência foi a realização, de maneira simultânea à programação oficial, das “Atividades Autogestionadas”, de caráter não deliberativo. Ao todo, promovidas 29 atividades, que possibilitaram a participação de um público de mais de 1.500 pessoas nos dois dias em que foram realizadas e que se cadastraram na qualidade de participante autogestionado

Para a seleção dessas atividades o Conselho Nacional de Saúde-CNS realizou chamada pública a partir de critérios como: a relação dos temas propostos com o temário da conferência; a promoção de diversidades regionais, populacionais, identidade de gênero e orientação sexual; representatividade rural e urbana; participação de entidades ou movimentos de jovens e idosos, de pessoas com deficiência e com necessidades especiais.

Conforme enunciado no título – autogestionadas - a organização dessas atividades estavam sob a responsabilidades de movimentos sociais, entidades e instituições diversas. Contando com a infraestrutura de sala, som e projetor de imagem disponibilizada pela 16ª, os organizadores tinham a autonomia de propor objetivos, temáticas e encaminhamentos à luz do temário da Conferência e das suas naturezas institucionais e agendas de atuação.

O caráter de autogestionamento permitiu a ampliação da participação na etapa nacional, tanto de conselheiros e conselheiras, mas também, de pessoas que não estavam inscritas nessa condição. Essas representaram

entidades e espaços como plataformas de movimentos sociais, confederações, federações, associações de portadores de patologias, sindicatos, instituições de pesquisa, organismos internacionais, institutos, serviços do SUS e áreas técnicas do Ministério da Saúde, Câmaras Técnicas do CNS, além do Conselho Nacional de Direitos Humanos. Além disso, permitiu também a abordagem de temas com múltiplas interfaces com a saúde.

Ao lado de outras iniciativas que aconteceram no processo de construção e realização de 16ª, as atividades autogestionadas enriquecem e potencializam as diretrizes, propostas e moções aprovadas pelos delegados e delegadas nos Grupos e na Plenária Final. A avaliação muito positiva dos promotores e participantes das atividades autogestionadas indica que as mesmas cumpriram com o objetivo proposto e contribuíram para a qualificação da participação e controle social. Sugere, ainda, que esta experiência seja repetida em Conferências futuras e inspire também outros formatos e processos inovadores em eventos correlatos. Afinal, o SUS exige uma permanente coragem de ousar e inovar!

No quadro a seguir, segue a lista de atividades autogestionadas realizadas e as respectivas entidades organizadoras. Os relatórios completos serão divulgados em instrumento próprio em data posterior, na página do Conselho Nacional de Saúde.





TEMA	ORGANIZAÇÃO
O papel da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa na garantia dos direitos dos participantes de pesquisa	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep
Articulação entre gestão e sociedade civil no enfrentamento da tuberculose no Brasil	Coordenação Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas – CGDR/DCCI/SVS/MS
Avanços e desafios do trabalho intersetorial, Saúde – Justiça, na atenção às pessoas privadas de liberdade com enfoque na tuberculose	
Você está a um Click de promover uma mudança saudável de hábitos	Instituto Lado a Lado pela Vida
Construindo articulações em busca da cidadania e saúde coletiva na Amazônia: diálogos e construção de agendas para as mulheres do campo e da Floresta	FAPSI; MMCC; UFPA; ADQ-UFPA; MAB/PA; MST/PA; CEDENPA; SEJUDH; MQCB/PA
Democracia e saúde	Plataforma dos Movimentos Sociais pela Reforma do Sistema Político, Plataforma DHES-CA Brasil e Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP
Desafios da Atenção Primária à saúde no âmbito do SUS em uma conjuntura de desmonte de direitos: a universalidade está garantida?	Câmara Técnica de Atenção Básica do Conselho Nacional de Saúde - CTAB/CNS
Direito à acesso	Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama - FEMAMA e Instituto Oncoguia
Educação Popular em Saúde - EDPOPSUS: avanços e perspectivas	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde – ANEPS/PE
Acesso a medicamentos no SUS, um direito Constitucional	Escola Nacional dos Farmacêuticos/ Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR, Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos – CNPURM e Coordenação Geral de Monitoramento das Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e Medicamento – CGMPAF/DAF/SCTIE/MS
Encontro de trabalhadores, usuários e familiares de Centros de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude - CPASIJ do Brasil	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude de Ouro Preto – CAPSIJ/Ouro Preto

Painel dialogado com roda de conversa: Assédio Moral e Depressão. Por que a Enfermagem está adoecendo?	Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE
Saúde, Assistência, Previdência: a garantia de Proteção Social no Brasil	União Brasileira de Mulheres – UBM
Integração da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS e Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS
Violência e Direitos humanos. Impactos e enfrentamentos Nas interfaces da Saúde e Políticas Públicas & Democracia Na Agenda ODS 2020-2030	Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS
O desmonte da Seguridade Social e seus impactos na saúde dos/as trabalhadores/as	Central Única dos Trabalhadores – CUT
Oficina de avaliação e execução do Aplicativo “Onde está o dinheiro da Saúde?”	Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/PE
Populações do Campo, Floresta e Águas: modelo de desenvolvimento na determinação social do seu processo saúde-doença	Grupo da Terra
Práticas Indígenas de Produção de Cuidado e Saúde	Núcleo de Cultura Indígena
A defesa do SUS e estratégias de luta conta a privatização da saúde	Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde – FNCPS
Promoção da saúde e o diagnóstico precoce do câncer	Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia - ABRALE, ACT Promoção da Saúde, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama - FEMAMA
Fake news, democracia e saúde	Fundação Oswaldo Cruz/DF
Cenário sindical e seus desafios frente a conjuntura	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde – ANEPS/PE

Banimento do Amianto: A história de luta pela saúde	Associação Brasileira dos Expostos ao Amianto – ABREA/RS
Direito à saúde na perspectiva da Vigilância em Saúde Ambiental	Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental - CGVAM/DSASTE/SVS/MS
Saúde Mental e Direitos Humanos	Conselho Nacional dos Direitos Humanos – CNDH
Trabalho e educação na turbulência do cotidiano da saúde: enfrentando adversidades para fortalecer o SUS	Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN, Fórum de Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde - FENTAS, Organização Panamericana da Saúde – OpaS, Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT
Violência Obstétrica: Realidade ou Mito?	Confederação das Mulheres do Brasil – CMB, União Brasileira de Mulheres – UBM, Rede Feminista de Saúde
Impactos da EC 95 na saúde e na vida das mulheres	

5. PROPOSIÇÕES E DELIBERAÇÕES

As proposições e deliberações da 16ª Conferência (8ª+8) podem e devem ser apreciadas, consultadas, estudadas e utilizadas como potente ferramenta de articulação social e política. Para este item do relatório, apresenta-se a Resolução do CNS nº 617/2019, a Recomendação do CNS nº 041 (PPA), o Documento Orientador e as Moções.

RESOLUÇÃO Nº 617, DE 22 DE AGOSTO DE 2019.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 22 e 23 de agosto 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; 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 a “saúde como 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 Lei Federal nº 8.080/1990 define, em seu Art. 2º, §1º, que o “dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção

e recuperação”;

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;

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 o CNS tem por finalidade atuar, entre outras coisas, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º do Regimento Interno do CNS);

considerando que compete ao Plenário do CNS dar operacionalidade às competências descritas no Art. 10 do seu Regimento, como previsto no Art. 11, I da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008 (Regimento Interno);

considerando que é atribuição do CNS o papel de fortalecer a participação e o controle social no SUS (Art. 10, IX do Regimento Interno do CNS) e o processo de articulação entre os conselhos de saúde;

considerando o disposto no Art. 1º, incisos I, II, III, IV, V, VI e VII da Resolução CNS nº 594/2018, segundo o qual o objetivo da 16ª Conferência Nacional de Saúde foi “Debater o tema da Conferência com enfoque na

saúde como direito e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS); Pautar o debate e a necessidade da garantia de financiamento adequado e suficiente para o SUS; Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade brasileira acerca da saúde como direito e em defesa do SUS; Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8); Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes do Plano Plurianual - PPA e dos Planos

Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, no contexto dos 30 anos do SUS; Aprofundar o debate sobre as possibilidades sociais e políticas de barrar os retrocessos no campo dos direitos sociais, bem como da necessidade da democratização do Estado, em especial as que incidem sobre o setor saúde; e

considerando o processo ascendente da 16ª Conferência Nacional de Saúde, com etapas municipais, estaduais, conferências livres e etapa nacional, com o Relatório Final expressando o resultado dos debates nas diferentes etapas e as diretrizes e propostas aprovadas na Plenária Final.

Resolve

Art. 1º - Publicar as 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 e a garantir ampla publicidade, até que seja consolidado o Relatório Final.

Parágrafo único. Em conjunto com as diretrizes, propostas e moções, publica-se anexo a esta resolução o documento da Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde intitulado “Saúde é democracia”.

Art. 2º - Designar as Comissões Intersetoriais e as demais comissões e instâncias do Conselho Nacional de Saúde para incorporar as diretrizes e propostas estabelecidas no Relatório Final nas suas análises e debates, buscando sua implementação nas políticas do SUS.

Art. 3º - Remeter as diretrizes e propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde às entidades, órgãos e movimentos que participaram da conferên-

cia, especialmente aos Conselhos de Saúde para, num processo de “devolutiva”, ampliar e dinamizar o debate e a implementação de medidas com vistas à defesa, ao fortalecimento e aprimoramento do SUS.

Art. 4º - A Mesa Diretora apresentará ao Pleno do CNS, mecanismo de acompanhamento e execução do processo de sistematização da pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”.

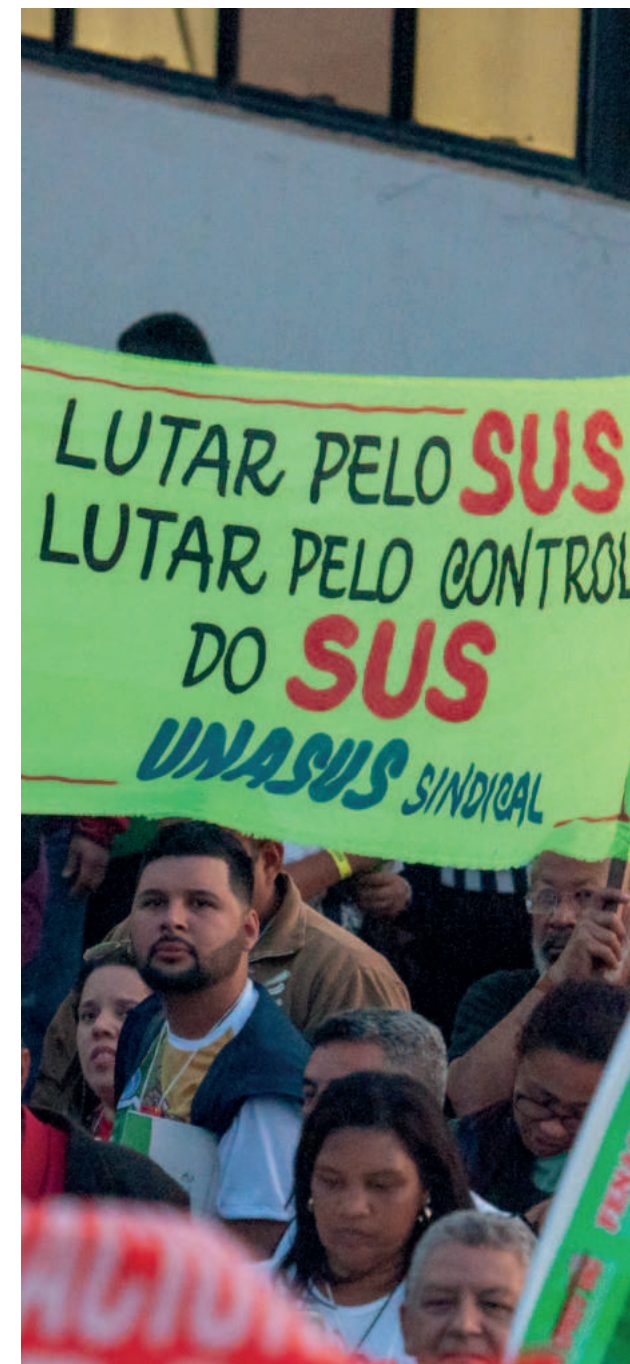
FERNANDO ZASSO PIGATTO

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 617, 23 de agosto de 2019, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

LUIZ HENRIQUE MANDETTA

Ministro de Estado da Saúde



SAÚDE É DEMOCRACIA!

Pelas liberdades democráticas e pelos direitos sociais: em defesa do direito à saúde.

Os graves ataques à democracia e aos direitos do povo brasileiro que caracterizam a atual conjuntura exigem uma ampla mobilização que aponte para a construção de um processo de lutas nas suas mais diversas expressões, ampliada para além da via institucional.

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem passando por um processo de desmonte que ameaça o direito à saúde. O comprometimento de seu financiamento e intensificação dos processos de privatização colocam em risco seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, comprometendo a vida de milhões de brasileiras e brasileiros.

A luta pela saúde se inscreve na defesa da Seguridade Social e de todos os direitos sociais. A revogação da EC 95, que inviabiliza financeiramente as políticas sociais, a revogação da Reforma Trabalhista e o enfrentamento à Reforma da Previdência e aos ataques à Educação Pública são essenciais à defesa da saúde da população.

As participantes e os participantes da 16ª Conferência conclamam todos e todas para a construção de uma jornada de lutas em defesa das liberdades democráticas, dos direitos sociais e do SUS, contra todas as formas

de privatização, pelo acesso universal, financiamento adequado, carreira de Estado para as trabalhadoras e os trabalhadores da saúde e fortalecimento da participação popular.

Nesse sentido apontamos uma Jornada de lutas para o enfrentamento do projeto conservador e ultraliberal em curso, integrando:

- Marcha das Margaridas;
- Dia Nacional de mobilização pela Educação;
- Grito dos Excluídos;
- Marcha das Mulheres Indígenas;
- Ato junto ao Congresso Nacional pela revogação da EC 95;
- Ato junto ao STF pela inconstitucionalidade da EC 95.
- Saúde não é mercadoria! Nenhum direito a menos!

5.1. DIRETRIZES E PROPOSTAS

Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS

5.1.1. eixo transversal: saúde e democracia

Diretrizes:

1) Defesa e garantia da democracia brasileira, respeitando a soberania da vontade popular, promovendo o bem-estar social, a saúde como direito humano e o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública e patrimônio do povo brasileiro.

2) Defesa do Estado Democrático de Direito, do exercício da cidadania, da solidariedade, da justiça, da participação popular e democrática, considerando que “Saúde abrange o direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo” (Sérgio Arouca, 1986).

3) Fortalecimento da democracia e do Sistema Único de Saúde (SUS) como condição necessária para uma saúde pública, universal, integral e equânime para todos os brasileiros e brasileiras, promovendo a participação e o

controle social, visando um sistema que garanta acesso democrático à saúde, com foco na promoção, prevenção e atendimento humanizado em saúde.

4) Promoção da manutenção constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo as conquistas com participação popular, defendendo o caráter público e universal do direito à assistência à saúde de qualidade e segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção.

5) Luta em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios, garantindo os direitos humanos e constitucionais, a manutenção e o acesso democrático à saúde, com revogação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016.

6) Fortalecimento da participação da comunidade e do controle social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), aperfeiçoando os conselhos de saúde, garantindo a transparência e a moralidade na gestão pública, melhorando a comunicação entre a sociedade e os gestores, de forma regionalizada e descentralizada, e mantendo seu caráter deliberativo.

Propostas:

1) Revogar a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que congela os repasses para as políticas públicas (saúde e educação) por 20 (vinte) anos, de forma a garantir o

financiamento tripartite suficiente para a manutenção, consolidação e ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS) e demais políticas públicas.

2) Promover, juntamente com a sociedade civil organizada, o judiciário, o legislativo, os conselhos de saúde, as universidades, os conselhos profissionais e demais instâncias administrativas e de governo, o debate amplo e informado a respeito da importância de assegurar o direito à saúde e a necessidade de revogação da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que congela recursos da saúde e educação por 20 anos, cabendo ao Ministério da Saúde apresentar os custos da saúde para que se possa demonstrar a inviabilidade da fixação do teto.

3) Garantir o 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.

4) Revogar a Emenda Constitucional (EC) 95/2016 a partir do previsto na Constituição Federal, no Art. 196/88, do direito à saúde, criando uma frente parlamentar, com a participação dos conselhos de saúde, a fim de garantir o aumento do financiamento público para a saúde, educação e assistência social, provenientes da regulamentação do Imposto sobre as Grandes Fortunas (IGF), previsto no Art. 153, inciso VII, da Constituição de 1988.

5) Articular a Secretaria de Vigilância em Saúde com os órgãos competentes para a intensificação da fiscalização nos afluentes dos rios, diante da crescente mineração, que está causando grandes agravos à população e ao meio ambiente, em consonância com a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

6) Atender a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), com o intuito de preservação do meio ambiente, e revogar a Medida Provisória (MP) 867/2018, que desestrutura o Código Florestal Brasileiro (Lei 12651/12) e que teve a constitucionalidade reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2018.

7) Instituir políticas públicas de incentivo ao uso de produtos orgânicos, bem como ao uso racional de agrotóxicos, responsabilizando as empresas pelos agravos à saúde dos usuários e trabalhadores, em decorrência do uso contínuo dos mesmos, criando Comitê para o acompanhamento e fiscalização dessas ações nas três esferas.

8) Reivindicar, junto ao Congresso Nacional, a não aprovação do Projeto de Lei (PL) 6299/2002, que dispõe sobre a modificação do sistema de registro de agrotóxicos, seus componentes e afins.

9) Agilizar os processos de reavaliação dos registros e cadastros de agrotóxicos, visando à proibição de agrotóxicos perigosos e de maior risco à saúde e ao meio ambiente, além de:

a) Reafirmar a proibição da importação, produção e uso dos agrotóxicos já proibidos nos países de origem;

b) Fortalecer as fiscalizações, promovendo punições mais severas ao contrabando de agrotóxicos que entram no Brasil, em especial por zonas de fronteiras;

c) Acompanhar os trabalhadores que manuseiam estes produtos, efetuando monitoramento clínico e laboratorial, bem como conscientizando-os sobre os riscos à saúde provenientes de agrotóxicos e sobre a forma correta de utilização (uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) etc.);

d) Garantir que as intoxicações por agrotóxicos sejam notificadas e promover mais pesquisas acerca dos danos provenientes de seu uso;

e) Exigir o fim do financiamento público à aquisição de agrotóxicos, proibindo seu subsídio e a exigência de utilização dos mesmos na agricultura como condição para financiamento e empréstimos rurais;

f) Obrigar que as licenças ambientais, relativas a agrotóxicos, sejam aprovadas pelo controle social, conselhos de saúde e de meio ambiente;

g) Manter a regra de que a liberação de agrotóxicos seja feita pelos três entes: Ministério da Agricultura, Ministério do Meio Ambiente e Ministério da Saúde;

h) Exigir o cumprimento da legislação sobre o descarte correto das embalagens de agrotóxicos (logística reversa);

i) Fortalecer a fiscalização ao armazenamento de agrotóxicos e lavagem de pulverizadores na área urbana, incentivando as denúncias e aplicando as penalidades cabíveis;

j) Coibir a venda de agrotóxico sem receituário de profissional devidamente qualificado, com a respectiva fiscalização e punição;

k) Fomentar um maior envolvimento dos conselhos de classes das áreas de medicina veterinária e engenharia agrônoma, no que tange à fiscalização das atividades de prescrição de produtos agroquímicos;

l) Capacitar os profissionais de saúde em urgências/emergências toxicológicas e fortalecer a promoção de residências multiprofissionais em toxicologia;

m) Propiciar capacitação e campanhas informativas e práticas, para uso alternativo de agrotóxicos e pelo consumo consciente, fomentando a produção orgânica em grande escala e prestando assessoria técnica para tal;

n) Fortalecer e incentivar cooperativas;

o) Implantar programa de antídotos que contemple uma Central Regional para distribuição e armazenamento.

10) Garantir às usuárias, aos usuários e aos órgãos de controle, por meio dos recursos tecnológicos, a transparência nas filas de espera de atendimento em saúde, evidenciando o tempo real de atendimento, horário de funcionamento dos serviços e tipo de atendimento de cada unidade, inclusive para consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos, zerando assim a fila de espera pelo atendimento das demandas em até seis meses, seja por meio de aplicativo específico e/ou uma rede de atendimento para retirar dúvidas – Tele Dúvidas – e permitindo o acesso fácil e rápido da cidadã e do cidadão à Ouvidoria SUS em todas as unidades, conduzida e executada por servidores efetivos e com

resolubilidade, encaminhando respostas aos usuários em, no máximo, 5 dias.

11) Realizar campanhas publicitárias para divulgar os direitos dos usuários, bem como orientar sobre o fluxo das Redes de Serviços para o fortalecimento e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), com publicização de informações concernentes à participação popular, para divulgação nos canais de ouvidoria e nos sistemas de comunicação, tais como: TV, rádio, redes sociais e visuais em grandes eventos.

12) Garantir que a população se aproprie de seus direitos e deveres individuais e coletivos em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo acesso a informações de qualidade e atualizadas em relação aos gastos com a saúde de forma clara, simples e objetiva, estabelecendo relação entre gastos e serviços prestados, inclusive com possibilidade de comparação com períodos anteriores, também no Portal da Transparência. Ofertar capacitação às equipes de saúde quanto ao financiamento do SUS, proporcionando às cidadãs e aos cidadãos, especialmente aos mais vulneráveis, conhecimentos sobre os seus direitos e deveres, o SUS e as formas de acessá-lo, por meio da mídia (escrita, falada, plataforma digital, redes sociais) e dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias.

13) Ampliar, em todos os níveis de controle social (CNS, CES, CSDF, CMS e CLS), a Política de Formação Continuada de Conselheiras e Conselheiros como espaço permanente de educação, favorecendo a participação de todos os segmentos para que entendam a importância do controle social, melhorando sua atuação com a fiscalização dos recursos e contemplando a participação

direta da população no controle e elaboração de políticas públicas de saúde.

14) Lutar pela derrubada do Decreto nº 9.759/2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal.

15) Garantir as condições de funcionamento e fortalecimento do Conselho Nacional de Saúde, como órgão deliberativo e de fiscalização, com autonomia e independência política de gestão, através de:

a) Eleição democrática e representativa dos membros do Conselho Nacional de Saúde;

b) Estabelecimento de critérios objetivos para possibilitar que entidades e movimentos sociais representativos dos diversos setores sociais participem do processo eleitoral;

c) Execução pelo gestor do Sistema Único de Saúde (SUS) das deliberações aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde;

d) Autonomia política, financeira e administrativa;

e) Infraestrutura física, administrativa e financeira para exercer as suas atribuições;

f) Democracia interna, sem interferência indevida do gestor;

g) Eleição direta e livre para a mesa diretora ou coordenação, com a vedação de que a presidência ou coordenação possam ser assumidas por gestor, ocupante de

cargo em comissão ou de funções gratificadas;

h) Prioridade nas auditorias e fiscalizações financeiras solicitadas pelo Conselho Nacional de Saúde;

i) Fazer cumprir as punições quando constatados atos irregulares e ilegais;

j) Definição de abrangência e do conceito dos segmentos que compõem o controle social no Conselho Nacional de Saúde;

k) Qualificação dos conselheiros.

16) Garantir e fortalecer o controle social para manutenção e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi concebido com a participação democrática e popular como premissas básicas, cuja prestação deve ser exclusivamente pública, assegurando o efetivo cumprimento de toda legislação para fortalecimento do controle social em saúde. Respeitar os instrumentos de gestão com a garantia de políticas públicas de Estado e não apenas de governo, de forma a assegurar a continuidade de programas bem-sucedidos.

17) Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde (nacional, estaduais, distrital, municipais e locais), oferecendo estrutura, capacitação e financiamento e ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

18) Estimular a participação da comunidade na organização do sistema de saúde local, microrregional e regional, bem como assegurar recursos para a imple-

mentação da educação em saúde para os conselheiros e comunidade em geral, como uma ferramenta potente de qualificação da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estimulando a participação da comunidade em ações intersetoriais, de modo a incentivar a promoção e prevenção em saúde.

19) Elaborar e executar o Plano Nacional de Saúde de maneira participativa e ascendente, com envolvimento da sociedade organizada, ouvindo seus anseios, seja por rodas de conversas, fóruns de debates, audiências públicas, consulta pública, plebiscitos, buscando parcerias com entidades como Associações, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Profissionais, Entidades Estudantis, Sindicatos e outras promovendo o acesso da comunidade à gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a fortalecer seu protagonismo e atuação fiscalizadora e co-gestora.

20) Efetivar nos moldes do artigo 198, da Constituição Federal, a participação e controle social na administração pública, fortalecendo o empoderamento da população quanto aos seus direitos e deveres como cidadãos, utilizando estratégias de divulgação nos meios de comunicação e instancias de controle social (ouvidoria em saúde, conselhos de saúde, conferências de saúde e outros existentes nos territórios), possibilitando a articulação entre as mesmas.

21) Assegurar o controle social como importante mecanismo deliberativo, cumprindo a Constituição Federal, a Lei 8.142/90 referente aos Conselhos e Conferências, para intensificar o fortalecimento destes, visto que representam a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), independente de decisões político-partidárias.

22) Ampliar e reforçar órgãos de fiscalização e controle em todos os programas nas três esferas de governo, a fim de garantir cumprimento de leis e normas, aplicando estratégias e metas que assegurem a qualidade dos serviços e eliminem quaisquer possibilidades de corrupção.

23) Garantir o posicionamento contra a privatização do serviço público de saúde, mantendo irrestritamente o Sistema Único de Saúde (SUS) público, 100% estatal, gratuito e que atenda a todas as necessidades da população, com gestão própria dos serviços assistenciais, coibindo práticas de terceirização (como Organização Social (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Empresa Pública de Direito Privado, Fundações Privadas e Parcerias Público-Privadas), incluindo como diretriz do SUS a vedação do gerenciamento dos serviços de saúde por Organizações Sociais, incluindo hospitais nos três níveis de atenção (primária, secundária ou terciária), reafirmando a saúde como dever do Estado.

24) Repudiar a terceirização dos serviços públicos de saúde, priorizando os serviços públicos estatais.

25) Defender a revogação da Lei Federal 9.637/1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais.

26) Defender o caráter público e universal do direito à assistência à saúde de qualidade e segundo a necessidade das populações locais, nos diversos níveis de atenção.

27) Garantir a saúde como um direito constitucional, assegurado por um sistema público, gratuito e universal, baseado em um modelo de atenção resolutivo e

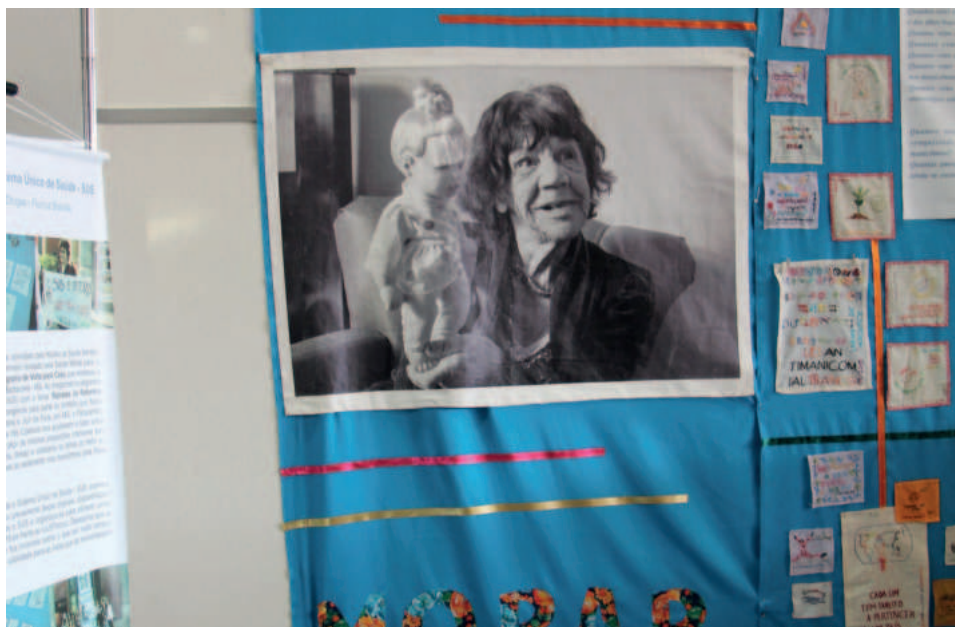
de qualidade, com uma gestão unificada, regionalizada e hierarquizada, seguindo os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS).

28) Garantir que o princípio constitucional “que todo o poder emana do povo e em seu nome será exercido” seja respeitado, sendo inaceitável a perda de direitos de cidadania. Assim, exigimos o Referendum Popular Revogatório das medidas que atentaram contra os direitos do povo brasileiro, tais como: Emenda Constitucional (EC) 86/2015, Emenda Constitucional (EC) 95/2016, Contrarreforma Trabalhista e Terceirização e a entrega do Pré-Sal.

29) Defender a Constituição Cidadã de 1988, principalmente: na manutenção do Estado Democrático de Direito fundamentado na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e no pluralismo político; no fortalecimento e preservação dos seus princípios, direitos fundamentais, sociais e individuais, e liberdades garantidas; na defesa dos objetivos fundamentais de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, de garantia do desenvolvimento nacional, de erradicação da pobreza e da marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais, além da promoção do bem de todos. Nesse sentido, garantir a inviolabilidade do direito à vida, contemplando a saúde em seu sentido amplo, banindo a manipulação, inclusive intelectual, e permitindo a integralidade e o empoderamento do povo.

30) Garantir uma reforma tributária que tenha por objetivo a implantação da justiça fiscal, promovendo o crescimento e distribuição de renda, com as seguintes características:





a) Impostos progressivos em relação ao patrimônio e à renda;

b) Redução das alíquotas dos impostos: Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS);

c) Tributação da distribuição de lucros com Imposto de Renda;

d) Simplificação dos tributos para possibilitar uma maior fiscalização sobre a sonegação e evasão fiscal;

e) Fim da guerra fiscal e das desonerações em benefício do capital;

f) Revogação da Lei Kandir, que isenta de tributação do ICMS os produtos semielaborados exportados, incentivando a exportação de commodities em detrimento de manufaturas;

g) Criação do Imposto sobre Grandes Fortunas;

h) Elevação da tributação sobre o setor financeiro.

31) Garantir a unidade contra a reforma da previdência, pela manutenção da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social) e da saúde como direito de todos e dever do Estado, efetivando o conceito de proteção social.

32) Promover auditoria cidadã da dívida pública e suspensão imediata do pagamento dos juros.

33) Tornar instrumentos efetivos de cobrança judicial as propostas aprovadas nas Conferências Municipais,

Estaduais e Nacional, como forma de execução efetiva dos mesmos para que não fiquem só no papel.

34) Garantir que as propostas aprovadas nas Conferências Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde e nas demais Conferências Temáticas, sejam utilizadas como diretrizes nos planos de saúde nas suas respectivas esferas de governo, com acompanhamento, fiscalização e cobrança da execução pelos conselhos de saúde.

35) Tornar cláusulas pétreas da Constituição Federal Brasileira os artigos 196, 197, 198, 199 e 200, garantindo a efetivação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

36) Fazer cumprir o art. 5º da Constituição Federal, e o art. 461 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que estabelece igual valor salarial a todo trabalho de função idêntica.

37) Requerer ao Congresso Nacional a tipificação da corrupção como crime hediondo dos gestores que fizerem mau uso dos recursos da saúde pública.

38) Garantir que a gestão da saúde da população indígena continue sendo executada pela esfera federal, assegurando o cumprimento da política e respeitando as especificidades dos povos indígenas.

39) Combater o racismo estrutural e institucional, reconhecendo as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

40) Fortalecer a política de cuidado integral e interse-

torial às pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, pautada pela política de redução de danos, garantindo o direito à saúde e à vida e respeitando a diversidade religiosa, os princípios dos direitos humanos e o caráter não asilar e não higienista das práticas e serviços de saúde.

41) Assegurar o acesso às universidades públicas, considerando as especificidades e realidades locais, com melhoria da qualidade e ampliação dos cursos de graduação na área da saúde na modalidade presencial, não permitindo que esta formação ocorra na modalidade Ensino a Distância (EAD), exceto para aperfeiçoamento da profissão, propondo conhecimentos de humanização e atendimento integral e holístico do sujeito, suscitando a regionalização de espaços de formação de caráter público, bem como buscando a articulação das ações das universidades com ações nos serviços, visando redução das lacunas entre práticas acadêmicas e assistenciais.

42) Articular e fazer o advocacy junto ao Ministério da Educação (MEC) e Secretarias de Educação para que os conteúdos sobre saúde pública, promoção da saúde (alimentação saudável e segura, atividades físicas e práticas corporais, prevenção de violência e promoção da cultura de paz, promoção de práticas integrativas em saúde, desenvolvimento sustentável, prevenção do uso de álcool e outras drogas, prevenção dos acidentes de trânsito, saúde sexual e reprodutiva, dentre outros temas), primeiros socorros e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) estejam presentes nas bases curriculares do ensino básico ao superior, enfatizando a promoção à saúde, para instrumentalizar o usuário na responsabilização por sua saúde e na reivindicação de seus direitos.

43) Garantir a universalização dos serviços de saneamento básico e do acesso à água de qualidade para os municípios e comunidades, com financiamento adequado, de forma a proteger e recuperar as nascentes e promover qualidade de vida e condições de saúde.

44) Garantir o acesso da população aos programas sociais, por meio do fortalecimento das políticas públicas intersetoriais e da Seguridade Social, considerando o estabelecido na Constituição Federal de 1988, garantindo a efetivação das políticas públicas de saúde voltadas para todos os ciclos de vida.

45) Construir um Movimento Nacional de discussão ampliada e estratégias de enfrentamento sobre o desmonte da Seguridade Social e os impactos no sistema público de saúde, efetivando a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

46) Assegurar o fortalecimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como dos seus mecanismos de participação popular e financiamento correspondente às demandas de saúde, conforme disposto na Constituição Federal de 1988.



5.1.2 EIXO I – SAÚDE COMO DIREITO

Diretrizes:

1) Garantia do SUS Integral.

2) Garantia da melhoria e a qualidade do acesso à saúde da comunidade em geral, trabalhando a promoção e prevenção, efetivando o direito à saúde disposto na Constituição Federal de 1988 e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

3) Garantia do cuidado integrado às(aos) cidadãs(os), a partir do fortalecimento da atenção primária à saúde e do diagnóstico regional, a fim de induzir o planejamento, a regionalização, a construção de redes de atenção, a definição dos serviços e produtos ofertados pelo sistema e a contratualização dos prestadores.

4) Garantia da implementação do Decreto Presidencial nº 7508/2011, fortalecendo o planejamento da saúde, a articulação interfederativa, a assistência à saúde com manutenção das políticas públicas.

5) Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde – Atenção Básica, Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiência – de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as regiões de saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consul-

tas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.

6) Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto patrimônio e direito do povo brasileiro, pelo seu papel de proteção social a partir da compreensão da saúde como princípio da dignidade humana. Saúde é um bem-estar físico, psíquico, social, afetivo que significa que as pessoas e comunidades tenham mais do que ausência de doença, ou seja, que tenham também direito à habitação, trabalho, salário e aposentadoria dignos; ao ar, água e alimentos com boa qualidade; à educação crítica; à informação verdadeira e ao meio ambiente saudável como condições necessárias para se garantir a saúde.

7) Garantia da democracia e saúde como direito de cidadania, qualidade de saúde, liberdade de expressão, possibilitando ao cidadão ter acesso aos seus direitos de organização e participação social, considerando que não existe democracia sem direitos sociais que lhe deem concretude, entre os quais o direito à saúde, reafirmando o princípio universal e o protagonismo do Sistema Único de Saúde (SUS), com a participação do controle social e garantia de qualificação dos trabalhadores.

8) Garantia da permanência e da execução das políticas públicas de saúde através da fiscalização dos instrumentos de gestão como estratégia de assegurar a saúde como direito.

9) Fortalecimento do Estado Democrático de Direito, fundamentado na soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho, da livre ini-

ciativa e no pluralismo político.

10) Garantia da saúde como direito fundamental e princípio da dignidade humana.

11) Garantia da saúde como direito humano na política de seguridade social, com a afirmação do Sistema Único de Saúde (SUS). Universal, gratuito, integral e equânime, considerando os condicionantes e determinantes do processo saúde e doença.

12) Garantia do direito à saúde por meio de políticas públicas e efetivação dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Propostas:

1) Revisar, implantar e implementar a política do Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção básica disponibilizando que as especialidades odontológicas possam ser habilitadas para fazer procedimentos de média e alta complexidade.

2) Garantir a inclusão da Saúde Bucal na equipe mínima da Estratégia Saúde da Família e implementar equipe multiprofissional com a inclusão de: Assistente Social, Educador Físico e Psicólogo Psicopedagogo, consolidando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), bem como fortalecer o Programa Mais Médicos.

3) Implementar o atendimento de urgência odontológica em todas as regiões de saúde, garantir no mínimo um

centro de especialidades odontológicas em cada região, bem como o serviço de prótese em toda a rede possibilitando aos usuários o acesso mais rápido à atenção especializada em odontologia e a reabilitação da saúde bucal, bem como a cobertura de uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família e garantindo a acesso do usuário à atenção primária.

4) Manter na atenção primária a saúde territorializada, considerando as áreas, a partir de estudos de vulnerabilidades, sócios demográficos e epidemiológicos.

5) Reafirmar e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto direito constitucional de todas e todos, considerando-o como organismo vivo e patrimônio de todas as brasileiras e brasileiros, gerido única e exclusivamente pelas três esferas de governo, com mecanismos de controle social.

6) Elaborar estratégias de mobilização e sensibilização da sociedade civil organizada através de suas entidades, para estimular e fortalecer o processo democrático de participação social do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando-se dos meios de comunicação (mídias sociais, outdoor, imprensa falada e televisionada, entre outros).

7) Garantir incondicionalmente o Sistema Único de Saúde (SUS) público, 100% estatal, universal, de qualidade e sob gestão direta do Estado, contra toda forma e fim das privatizações e terceirizações, reiterando o texto constitucional que define a saúde como direito da cidadã e do cidadão e dever do Estado. A saúde é um direito inalienável de todos, que deve ser assegurada com a garantia de acesso aos direitos de vida digna como direito à renda, trabalho, moradia, alimentação saudável, educação, esportes, lazer, transporte (incluindo a

gratuidade de transporte e acessibilidade para doenças crônicas, conforme Lei Federal) e garantia do exercício pleno de cidadania, por meio da participação e controle social nas políticas públicas.

8) Garantir e ampliar o Programa Mais Médicos expandindo a cobertura dos municípios 100% e priorizando os territórios com maior população e mais vulneráveis, assegurando um cuidado integral dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

9) 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).

10) 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 que a ociosidade dos médicos seja avaliada anualmente.

11) Criar, normatizar e efetivar uma Política Nacional de Saúde do Imigrante, assegurando que o Ministério da Saúde aceite os dados estatísticos da migração para encaminhar recursos para a saúde.

12) Criar programa de saúde do pescador e pescadora em consonância com os direitos da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Águas (PNSIPCFA), com acompanhamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

13) Garantir os princípios do SUS como forma de aces-

so democrático e universal em situações migratórias, que não se efetivam sem a observação dos incrementos populacionais na garantia do financiamento das ações e serviços de saúde. Desta forma, além do cálculo populacional e estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o SUS deve utilizar de outros instrumentos públicos para a definição de seus valores de financiamento da Atenção Básica.

14) Reafirmar, implantar e garantir o cumprimento das Políticas Públicas de Saúde direcionadas à população do Campo, Floresta e Água, LGBTI+, Indígenas, Quilombolas, Pessoas com Doenças Raras e Coagulopatias Hereditárias, Homens e Mulheres, Povos Tradicionais de Matriz Africanas, Assentados, Extrativistas e Ribeirinhos e Pessoas com Deficiência.

15) Garantir a Política Nacional de Saúde Integral LGBTI+ em conformidade com a legislação vigente (Portarias GM/MS nº 2.836/2011, nº 1.820/2009 e nº 2.803/2013).

16) Garantir a obrigatoriedade da estruturação de equipes de políticas de equidade (saúde da população negra, em situação de rua, povos indígenas, imigrantes, pessoas com doenças raras, idosos, comunidades tradicionais, comunidades de surdos, pessoas vivendo com HIV/Aids/IST/Hepatites/Sífilis e tuberculose, LGBTI+ e pessoas com deficiência) no âmbito de todas as esferas do governo, com enfoque na formação dos profissionais de saúde e em ações de prevenção específicas destes grupos, em consonância com a diretriz de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

17) Fortalecer, ampliar e obter aporte financeiro público próprio para políticas e ações voltadas à população LGBTI+. Nesse sentido, entre outros, capacitar os

profissionais para atendimento da população LGBTI+, reformulando protocolos, formulários, sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS) que atendam questões de identidade de gênero e orientação sexual para evitar barreiras de acesso aos serviços da população LGBTI+.

18) Implementar e garantir a saúde integral para as populações vulneráveis, definidas como população em situação de rua, população privada de liberdade, população indígena, população de imigrantes, refugiados e apatriados, população negra, população cigana, população LGBTI+, população ribeirinha, pessoas com transtornos mentais, ambulantes, mulheres, pessoas em situação de prostituição, pessoas idosas, pessoas com deficiência física, intelectual, auditiva e visual, pessoas com doenças raras e crônicas, pessoas com HIV e outras vulnerabilidades sociais, através da implantação de estrutura física, de RH, insumos, pesquisa e gestão, com ações intersetoriais. Garantir a partir da Atenção Básica o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva da mulher, fortalecendo o planejamento reprodutivo, a prevenção e o tratamento de IST-Aids, garantindo os procedimentos médicos relacionados à função reprodutora e as suas interrupções e/ou contracepções, de forma que a mulher tenha autonomia sobre os procedimentos, garantindo a humanização do parto, com foco nas especificidades raciais, sociais, culturais e de orientação sexual.

19) Inserir na rede pública de saúde, de forma intersectorial, multiprofissional e integral, a atenção às pessoas em situações de violências, estupro, racismo, opressões, fobias, pedofilia, bullying, violências, LGBTfobia, capacitismo (discriminação destinada a pessoas com deficiência), abandono e outras situações de vulnerabilidade

social, que representem impactos nas condições de vida e saúde da população, bem como a criação de abrigos de forma adequada para os diversos públicos vítimas desses agravos, com garantia de fluxo.

20) Implantar a rede oncológica no Brasil, garantindo o atendimento imediato para o tratamento dos casos suspeitos ou diagnosticados respeitando a sua prioridade no Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive com incentivos financeiros para fortalecer as práticas de promoção e educação em saúde.

21) Ampliar o acesso das pessoas com deficiência ao serviço de órtese e prótese de forma satisfatória.

22) Inserir na equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) profissionais especialistas em libras e braile, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 2436/2017 e realizar a implementação de outros profissionais de acordo com o perfil epidemiológico do território.

23) Garantir o acesso em todos os serviços de saúde e políticas públicas, em todos os âmbitos e abrangências para as pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e pessoas com deficiência, garantindo oferta de recursos humanos especializados e multidisciplinares no Programa Saúde na Escola (PSE) para efetiva promoção de saúde, visando a aplicabilidade da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

24) Implantar o Disque Saúde com informações sobre os serviços disponíveis em nível estadual e/ou macrorregiões. Serviços que promovam a acessibilidade da pessoa com deficiência agregando a central de libras em regime integral, utilizando vídeo chamadas e em

casos mais graves, o deslocamento do profissional tradutor e intérprete de libras. Garantir a aplicação da Lei nº 13.146/2015, que dispõe sobre a capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento as pessoas com deficiência, respeitando o Decreto Federal nº 5.626/2005.

25) Assegurar junto ao Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde o fornecimento regular dos medicamentos especializados, em todo o elenco de medicamentos propostos na grade, reduzindo o tempo de cadastramento e o fornecimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), além de garantir o repasse estadual de medicamentos e insumos em referência ao suprimento farmacêutico da Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde Prisional (PNAISP).

26) Garantir a equidade no atendimento do usuário Sistema Único de Saúde (SUS) e em especial às populações vulneráveis (pessoas com doenças raras e negligenciadas, pessoas com deficiência, população carcerária, indígenas, negras, cigana em situação de rua, idosos, pessoas vivendo com HIV/Aids [PVHA], profissionais do sexo e população LGBTI+) e outras que sofrem em decorrência de violências sociais e institucionais, ampliando a acessibilidade com adequação dos serviços às pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, adequação de recursos humanos (intérprete de libras, sinalizações táteis para braile), bem como a inserção dentro do sistema e-SUS em todas as esferas do governo, abrangendo tipificações/especificações de cada deficiência; efetivar e ampliar programas de suporte à saúde para a pessoa idosa incluindo práticas integrativas para a garantia do envelhecimento saudável, de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal que diz saúde é direito de todos e dever do Estado.

27) Implementar a formação dos gestores e trabalhadores para garantir a acessibilidade linguística, libras, libras tátil, tadoma e outras formas de linguagens nos serviços de saúde, bem como ampliar o acesso aos Centros de Reabilitação para todas pessoas com deficiência e doenças raras, conforme a Lei Brasileira de Inclusão (LBI nº 13146/15).

28) Exigir que o Governo Federal e o Ministério da Saúde garantam o direito constitucional de participação das representatividades dos povos indígenas e suas organizações na construção, implementação e melhorias da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), através do fortalecimento da Sesai, Casai, DSEI, Polos Base, Condisi, respeitando as deliberações estabelecidas durante as conferências de saúde indígena, se posicionando contra as ações de municipalização e estadualização da política de atenção à saúde indígena.

29) Reabilitar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena conforme a Lei nº 8.080/90 respeitando suas especificidades étnica, cultural e territorial, mantendo seu financiamento pela união com revogação imediata da Resolução nº 32 (CIT), Portaria 75.888 e Portaria Interministerial nº 02/2017 e a expansão das equipes de saúde indígena com a formação de polos de saúde dentro das aldeias (comunidades indígenas), garantindo a implementação da política de educação popular em saúde, as políticas de promoção da equidade e a política de saúde indígena nos entes federados, integrando-as com as políticas de saúde por meio das abordagens pedagógicas da educação popular nas escolas, serviços de saúde e espaços comunitários, promovendo a acessibilidade, a intersetorialidade, o diálogo entre o saber acadêmico e popular, a integração entre as políticas como espaços de

formação para o fortalecimento da participação popular, do controle social e da cidadania, para melhoria dos mecanismos de gestão participativa envolvendo todos os integrantes dos serviços de saúde.

30) Impedir a celebração de acordos realizados pelo Governo Federal ou apoios a projetos de lei, realizados sem consulta pública/plebiscitos, que contenham dispositivos Trade-Related Aspect of Intellectual Property Rights - TRIPS-Plus, (exemplo: Mercosul e União Europeia), que impactem no acesso a medicamentos no Brasil, de modo que o financiamento para produção seja garantido.

31) Fiscalizar a distribuição e o acesso aos medicamentos de uso contínuo, de baixa, média e alta complexidade, para que seja 100% financiado pelo Governo Federal, garantindo a manutenção da farmácia popular, de forma complementar, segundo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) do Sistema Único de Saúde (SUS) e que as prescrições realizadas pela(o) enfermeira(o) sejam executadas pelas farmácias populares e outros dispensadores de medicamentos, por meio de inclusão desses prescritores nos sistemas de informação da Anvisa e do Ministério da Saúde, efetivando os protocolos de atendimento elaborados e validados pelos conselhos de classe que normatizam os atendimentos, prescrições de medicamentos, solicitação de exames e institui tratamentos.

32) Incluir no elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) o Canabidiol, destinado aos pacientes autistas, com doenças crônicas, depressão e ansiedade.

33) Garantir a continuidade do Programa Farmácia Po-

pular com repasse financeiro para a assistência farmacêutica baseado no número de municípios cadastrados no e-SUS e não no censo demográfico populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

34) Garantir o direito da população à assistência farmacêutica gratuita, com fornecimento e distribuição de medicamentos; acesso rápido a novos medicamentos à lista do Rename, através de um programa municipal, estadual e federal; com investimentos fiscais ou fomentos, num plano nacional de desenvolvimento em pesquisa de medicamentos essenciais, tributação diferenciada, fortalecimento dos institutos nacionais (exemplo: Instituto Butantã, Fiocruz, indústrias farmacêuticas estaduais e federais, entre outros), com a garantia da manutenção da rede própria do Programa de Farmácia Popular assegurando a liberação dos medicamentos prescritos pelos enfermeiros, conforme previsto pelo Ministério da Saúde, em cumprimento a Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87.

35) Retomar o Programa Farmácia Popular para que a população tenha acesso aos medicamentos básicos, inclusive os fitoterápicos.

36) Garantir o diagnóstico, tratamento clínico, multidisciplinar, com acompanhamento de exames de termografia e medicamentos para pessoas com fibromialgia.

37) Revogar as autorizações do uso de agrotóxicos nocivos à saúde, proibindo sua utilização na área urbana e rural construindo e implantando uma Política Municipal, Estadual e Nacional de Redução do seu uso, incentivando a produção de alimentos orgânicos pela agricultura familiar.





38) Exigir a fiscalização dos órgãos competentes quanto ao uso abusivo de agrotóxicos e a venda somente com receituário agrônomo.

39) Implantar protocolo de atendimento específico para casos de contaminação por agrotóxicos criando mecanismos de conhecimento dos riscos do uso a população, proibindo, punindo e aumentando o incentivo à agricultura orgânica.

40) Garantir e ampliar a inserção de equipes multiprofissionais e qualificar as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

41) Garantir que a saúde permaneça como o que preconiza o artigo 196 da Constituição Federal – Saúde como direito de todos e dever do Estado - e, desta forma, a política de Seguridade Social, composta pelo tripé Saúde, Previdência e Assistência, como direito de todos.

42) Assegurar e fortalecer todas as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS estendendo-a ao conjunto de práticas no processo de produção dos cuidados com a saúde e garantindo o acolhimento, conforto e respeito na atenção ao cidadão usuário.

43) Garantir e fortalecer a Política de Educação Permanente e a Política Nacional de IST/Aids e manter o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

44) Garantir que todos os entes federados (união, estados e municípios) cumpram o disposto na Constituição Federal e Leis Complementares efetivando o direito à saúde universal, integral e equânime. Reafirmar o

princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo o direito de todos, a todos os serviços oferecidos pelo SUS segundo a Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90, de forma que o mercado privado de saúde não se sobreponha às necessidades e ao direito à saúde no sistema público, na baixa, média e alta complexidade.

45) Criar, implementar e fortalecer políticas públicas para a valorização dos trabalhadores da saúde pública, por ente federativo, desenvolvendo um plano de carreira, com salário adequado e melhores vínculos institucionais, garantindo os direitos trabalhistas, assistenciais e previdenciários de acordo com a carga horária do profissional.

46) Transformar o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (Pado) em uma política pública de saúde, com garantia de financiamento nas três esferas de governo.

47) Fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) com a ampliação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em todas as linhas de cuidado, em especial, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), conforme a reforma psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) para garantir e fortalecer as conquistas e avanços advindos da luta antimanicomial, por meio da revogação da Nota Técnica nº 11/2019, intitulada “Nova Política de Saúde Mental”, e do Decreto nº 9.761/2019, intitulado “Nova Política Nacional sobre Drogas”, e assegurar a Política de Redução de Danos, para que o cuidado seja efetivado em liberdade nos serviços de base comunitária e no território de forma a seguir a lógica da Atenção Psicossocial Antimanicomial com implantação de Caps e suas variadas modalidades, serviços de residência terapêutica, trabalho e geração de renda, consultório na rua, ampliação de leitos psiquiátricos em

hospital geral, ações de apoio matricial na Atenção Básica – Nasf, entre outros, ampliando assim o acesso em todos os níveis de atenção à saúde, para tanto, é preciso adequar e efetivar o financiamento nas três esferas de governo.

48) Implantar e implementar com abrangência regional planos de enfrentamento ao HIV/Aids e à Coinfecção com a TB e comitês de mortalidade para serem trabalhados os pontos em comum, em resposta aos casos de HIV/Aids que continuam com altos índices epidemiológicos de novas infecções e de mortalidade nas populações mais vulneráveis, para diminuição dos índices epidemiológicos.

49) Revogar a Portaria Ministerial nº 2436/17 (Pnab 2017), revisando o atual modelo de atenção a partir da revitalização da atenção básica, considerando a atenção integral aos cidadãos(ãs) com acolhimento humanizado levando em consideração as vulnerabilidades e especificidades individuais e ou coletivas, através de ações de promoção e prevenção com a devida implementação do sistema de tecnologia da saúde e garantia que as atividades dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) sejam realizadas a luz da Lei Federal nº 11350/06, recentemente alterada pela lei federal 13595/18, garantindo que as atividades realizadas por estes profissionais tenham como base a Lei Federal nº 13595/18.

50) Garantir, fortalecer e ampliar a política de álcool e outras drogas de adição, priorizando o tratamento e o financiamento em dispositivos de meio aberto, espontâneo e comunitário (Caps) e efetivar a política de aumento dos impostos sobre cigarros e produtos do tabaco, por consequência o aumento dos preços des-

tes produtos, sendo uma medida efetiva para reduzir o consumo de tabaco pelos jovens e crianças e combater a epidemia do tabagismo.

51) Manter e fortalecer o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consea) e, conseqüentemente, a garantia do enfoque por uma alimentação saudável e ao combate aos alimentos ultra processados, como também, ao uso excessivo de agrotóxicos que está causando a morte de milhões de abelhas e prejudicando a saúde da população brasileira.

52) Garantir e tornar obrigatório que as três esferas de governo implantem em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas demais redes assistenciais, equipes multidisciplinares voltadas à saúde do trabalhador, garantindo assim o acesso e assistência continuada, evitando o seu adoecimento e tratando os que já estão adoecidos.

53) Garantir a obrigatoriedade de que o cartão nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha a validade em todo o território nacional e de forma integral, utilizando o mesmo número em todos os estados da federação, vinculando a numeração já no ato do registro da certidão de nascimento, sem a necessidade de atualização ou alteração de endereço.

54) Investir na promoção e prevenção em saúde no que se refere aos condicionantes como: acesso à alimentação adequada, de qualidade e orgânica, à atividade física, ao lazer e ao transporte público, com ampliação das ofertas de cuidado variado que superam a lógica médico centrada, como, por exemplo: Nasf, Equipes de Apoio Matricial, SRT, Caps, pontos de cultura e saúde, atenção farmacêutica, PSE, Pics, utilizando o princípio da

equidade, assegurando que as condições e fatores que expõem as pessoas a vulnerabilidades em saúde sejam reconhecidas e sanadas, garantindo o direito à saúde em cada território e que suas especificidades sejam respeitadas bem como o acesso aos serviços da rede de saúde fora do território para todas as pessoas que tenham impedimentos devido a estigma, discriminação e preconceito.

55) Garantir a efetivação da política de saúde mental, sem retrocessos e contra a política de internações de longa permanência, mantendo os princípios contidos na Lei nº 10216 (Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira), baseada na manutenção, ampliação e fortalecimento dos dispositivos territoriais substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Caps Tipo III, Caps Álcool e Drogas (Caps AD) e Caps infantil (Capsi), assim como os Centros de Convivência e Cultura, Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil, assegurando a desinstitucionalização e fechamento dos manicômios e ampliando as Equipes Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf) com obrigatoriedade da participação de profissional de saúde mental.

56) Fortalecer as ações de saúde mental com a implantação de novos Caps considerando as especificidades da região amazônica.

57) Revogar a Nota Técnica nº 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS a qual explicita mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas.

58) Garantir e manter a participação social nos conselhos de saúde, em todos os âmbitos, revogando o Decreto Federal nº 9759/2019 que extingue e estabelece

limites para colegiados da administração pública.

59) Fortalecer os conselhos de saúde e as instâncias de pactuação de políticas públicas de saúde como Comissões Intergestoras Regionais (CIR), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestora Tripartite (CIT), bem como a descentralização de modo a garantir aos estados e aos municípios exercer a governança e gestão participativa.

60) Fortalecer a infraestrutura dos conselhos de saúde para efetivar o controle social, de acordo com o Art. 44, da Lei nº 141/2012, com técnico designado para essas atividades, garantindo a participação social nos conselhos de saúde, bem como a alternância das representações dentro dos conselhos, assim como a qualificação dos conselheiros.

61) Fortalecer o controle social nas três esferas de governo e exigir a revogação do Decreto Presidencial nº 9.759/2019 e a criação de mecanismos que assegurem canais de comunicação (aplicativos) para ajudar a divulgação de atividades e deliberações além do próprio Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive em canais de comunicação abertos.

62) Fortalecer os conselhos de saúde garantido maior suporte técnico, apoio institucional, acesso às informações, estrutura física adequada, materiais e programas de educação permanente para conselheiros e apoiar o Conselho Nacional de Saúde no sentido de implantar conselhos locais nos municípios.

63) Promover a saúde por meio das academias da saúde, ações e orientação à população, fortalecendo a ABS para que seja a ordenadora efetiva da rede de saúde,

ampliar e manter as Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (Pics) em todas as unidades de saúde, abrindo a participação de usuários e trabalhadores, além da criação de centro de referência de práticas integrativas de saúde e a inserção das Pics no Programa Saúde na Escola (PSE).

64) Priorizar e estruturar, nas três esferas do Governo, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) e o Curso de Educação Popular em Saúde (EDPOP-SUS).

65) Fortalecer e garantir do Governo Federal a continuidade das ações de Práticas Integrativas e Complementares (Pics) com direito de todo cidadão brasileiro.

66) Fortalecer as práticas tradicionais como, por exemplo, as parteiras tradicionais e indígenas, para garantir uma maior assistência às gestantes nos partos de baixo risco em áreas mais distantes dos centros de saúde e incluir essas práticas na Pnab, com acesso à inserção de dados de procedimentos realizados por esses profissionais às gestantes no cartão do pré-natal.

67) Disponibilizar sistemas de informações mais compatíveis com o cenário tecnológico da Amazônia legal.

68) Garantir a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e o custeio nos municípios com menos de 50 mil habitantes.

69) Fortalecer a Política de Educação Permanente em Saúde e a Política de Educação Popular em Saúde nos três níveis de Atenção à Saúde, como estratégia de garantia de formação de todos os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como qualificar os traba-

lhadores para a participação popular e o controle social.

70) Priorizar a atenção materno infantil, com a implantação de novas maternidades considerando as especificidades da região amazônica.

71) Garantir a implantação do centro obstétrico e neonatal nas regionais de saúde para melhor acompanhamento das gestantes de alto risco.

72) Alterar a Portaria GM/MS nº 1459/2011 quanto ao critério populacional para implantação dos equipamentos da Rede Cegonha de referência microrregional, garantindo assim o parto de risco habitual mais próximo do seu território, respeitando as necessidades e os parâmetros, de acordo com a necessidade epidemiológica.

73) Garantir o direito ao aborto legal, assegurando a assistência integral e humanizada à mulher.

74) Alterar a Lei de Planejamento Familiar / saúde sexual e reprodutiva para consolidação da autonomia da mulher quanto à laqueadura, com orientação psicológica a respeito da perda irreversível favorável ao ato, sem precisar da assinatura do companheiro e adequar os critérios de acesso ao planejamento reprodutivo e direitos sexuais.

75) Garantir as cirurgias transexualizadoras: a) que seja considerada como prioridade os critérios para ser realizada em outros estados por meio dos recursos de tratamentos fora do domicílio (TFD); e b) que seja deferido um plano de qualificação dos hospitais de alta complexidade, preferencialmente o hospital universitário para realizar procedimentos cirúrgicos.

76) Garantir a revisão da carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Usuárias, reforçando a divulgação para a comunidade por meio de veículos de comunicação e ações intersetoriais entre empresas, escolas, igrejas, sindicatos, associações de moradores, produtores, profissionais da saúde, movimentos sociais e outros.

77) Garantir a atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Doenças Inflamatórias Intestinais (DIIS).

78) Estabelecer pactuação tripartite entre os gestores do Brasil e dos países fronteiriços nos atendimentos aos pacientes de fronteiras, garantindo um cadastro de entrada dos povos estrangeiros, assim como organizando os serviços de saúde, assistência social e de vigilância em saúde.

79) Reconhecer que as pessoas são expostas a fatores e condições que fragilizam e vulnerabilizam a sua saúde, considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ter seu financiamento adequado.

80) Garantir e fortalecer os programas e ações existentes relacionados ao acesso à água, à terra, à assistência técnica, além de projetos intersetoriais para controle e prevenção de doenças e agravos, como o controle e fiscalização do uso de agrotóxicos, das arboviroses, dentre outros, extensão rural para a agricultura familiar, assentamentos da reforma agrária, com vista a favorecer a produção agroecológica de alimentos e garantir sua aquisição através de compras institucionais integrando, portanto, os setores de produção de alimentos, saúde e promoção de alimentação saudável.

81) Promover a inclusão nos espaços dos conselhos

de saúde e comissões de representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, tais como mulheres, idosos, população do campo e da floresta, juventude, população negra, indígena, quilombola, LGB-TI+, população em situação de rua, pessoas com deficiência e necessidades especiais.

82) Fortalecer os conselhos de saúde através de ações como: estruturação física, recursos humanos, educação permanente dos conselheiros e população em geral para que estes sejam espaços participativos e estratégicos nas reivindicações, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde, ampliando os conselhos gestores inclusive nas zonas rurais e propor a alteração da lei que versa sobre a presidência dos conselhos de saúde com a inclusão da eleição direta para o cargo.

83) Propor que tenha mudanças de critérios por parte do Ministério da Saúde e dos estados nas políticas de saúde, visando que os municípios com menos de 20.000 habitantes, tenham direito aos programas de saúde, conforme critérios epidemiológicos.

84) Propor a reformulação do Programa Saúde na Hora, atendendo as especificidades e sazonalidades da Região Norte para habilitação.

85) Assegurar a capacitação dos conselheiros de saúde e a fomentação da sociedade civil a participarem da elaboração dos instrumentos de gestão (LOA, LDO, PPA, PES, PMS, RAG, entre outros) a saúde como direito, considerando o princípio da transparência e autonomia, através do portal da transparência, garantindo o respeito dos gestores pelas decisões e deliberações tomadas nos fóruns democráticos de planejamento e gestão em saúde, bem como a efetivação do processo de pactuação, revisão e monitoramento da PPI, nos espaços de CIR e CIB.

86) Garantir a realização da Conferência de Saúde Mental nas três esferas de governo.

87) Fortalecer os programas de saúde da trabalhadora e do trabalhador para garantir condições de trabalho adequadas no setor público, privado e filantrópico, evitando assim doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, assegurando a oferta de equipe técnica especializada em saúde da trabalhadora e do trabalhador para identificar agravos, ofertando educação permanente e suporte técnico periódicos a todos os municípios.

88) Disponibilizar maior número de auditoras e auditores do Ministério do Trabalho para avaliação e emissão de laudo de insalubridade de profissionais da saúde, segundo o que determina a Norma Regulamentadora

nº 15, item 15.4.1.1, a fim de estabelecer um percentual igualitário para todas as trabalhadoras e trabalhadores. Melhorar a valorização de profissionais (salarial, moral e condições de trabalho) garantindo condição de ambiente acolhedora nos serviços e qualificação profissional para o atendimento humanizado, o que vai gerar maior estímulo e, conseqüentemente, melhorar e aumentar a produtividade. Capacitar profissionais de saúde em Língua Brasileira de Sinais (libras), para facilitar a comunicação com usuárias e usuários surdos (os).

89) Implantar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito de participação e controle social vinculada aos órgãos colegiados, CNS, CES e CMS, que sejam autônomos e eleitos pelo pleno, implantando um sistema de avaliação das políticas públicas de saúde nas três esferas de governo em sistema de rede.

5.1.3 EIXO II – CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Diretrizes:

1) Consolidação do SUS como política pública inserida num projeto de nação, que tenha como pilares a democracia, a soberania nacional, o desenvolvimento econômico e sustentável e as liberdades civis e políticas, garantindo o cumprimento do Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelece o caráter público e universal do direito à saúde a toda cidadã e a todo o cidadão, sem distinção, e os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, garantindo a resolutividade da atenção à saúde, pautada por uma gestão regionalizada, descentralizada e hierarquizada, com participação popular para o fortalecimento do SUS.

2) Consolidação dos princípios do SUS, mantendo-o de forma integral, equânime, universal e de gestão pública, garantidos na Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, sem terceirização, de forma a concretizar e fortalecer o sistema, reduzindo suas fragilidades a partir de uma gestão estratégica e participativa, com ênfase na regionalização, na ampliação dos espaços de participação e controle social.

3) Fortalecimento e ampliação das Políticas de Atenção Integral à Saúde.

4) Reafirmação, impulsionamento e efetivação dos princípios e diretrizes do SUS - universalidade, integralidade e equidade - para garantir a saúde como direito humano e como base nas políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, garantindo e incentivando a participação e o apoio para as políticas de saúde aos

povos da Amazônia.

5) Defesa do SUS público, universal, integral, equânime, descentralizado e regionalizado, hierarquizado e com comando único, valorizando a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e base da regionalização, qualificando o modelo de atenção integral à saúde, garantindo e ampliando o acesso às ações e serviços de saúde, às Redes de Atenção e à Política Nacional de Humanização, com classificação de risco e regulação adequada e transparente, assegurando qualidade e resolubilidade no tempo adequado, em conformidade com o perfil epidemiológico da região e as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011 e de forma a concretizar os princípios da equidade, universalidade, integralidade, transparência e participação popular e controle social efetivo, a fim de garantir o direito à saúde segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção.

6) Ampliação e otimização do acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e integralidade, com justiça social, respeitando as diversidades pessoais e coletivas, ambientais, sociais e sanitárias das regiões, com acessibilidade plena e respeito a diversidade de gênero, buscando reduzir as mortes e morbidades evitáveis, melhorando as condições de vida das pessoas e aprimorando as políticas de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS, fortalecendo o processo de regionalização e descentralização, ampliando o acesso a atendimentos de especialidades de média e alta complexidade, em tempo oportuno, com investimento das

três esferas de governo, respeitando os princípios do SUS, a Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS), regionais e integrais, incluindo atenção psicossocial nos espaços comunitários e abertos, de forma humanizada.

7) Aprimoramento da relação federativa do SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde, com revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concentração de responsabilidade dos municípios, estados e união, visando oferecer cuidado integral ao cidadão; fortalecer, garantir e defender as instâncias de controle social, fomentando a participação social em articulação com os movimentos sociais e suas pautas, garantindo a participação cidadã, o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, mantendo as conquistas constitucionais e ampliando a universalização, integralidade e equidade do SUS, construindo estratégias para a efetividade dos resultados e das resoluções das conferências.

8) Realização de concurso público para quadro permanente de trabalhadores para todas as políticas nacionais, incluindo a saúde indígena e das pessoas com deficiência com todas as especialidades necessárias, sendo disponibilizadas ações de atenção básica e de média complexidade nas três esferas de governo, assegurando o fornecimento de equipamentos e materiais de consumo de qualidade e de forma permanente, para garantir condições de trabalho aos profissionais e atendimento digno à população.

Propostas:

- 1)** Manter o subsistema de saúde indígena de acordo com a Lei Federal nº 9.836/1999 (Lei Arouca).
- 2)** Alterar o artigo 16, da Portaria GM/MS nº 3.388/2013, que habilita a implantação de laboratórios credenciados para realizar exames de detecção e rastreamento Precoce de Câncer de Colo de Útero (PCCU), considerando o fator amazônico.
- 3)** Considerar as especificidades da Região Norte, aplicando a equidade entre as regiões, como critério para destinação dos recursos para a saúde e atualizar e revisar periodicamente a Programação Pactuada Integrada (PPI), observando a base populacional mais recente, o perfil situacional dos municípios e as referências estabelecidas, reprogramando-as quando necessário.
- 4)** Fortalecer as regiões de saúde de modo a viabilizar a Programação Pactuada e Integrada (PPI), garantindo o acesso às ações e serviços de saúde aos usuários do SUS, por meio do processo de qualificação do Sistema de Regulação (Sisreg) e definição dos Planos de Investimentos Regionais que atendam os objetivos preconizados pela Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 37, de 22 março de 2018.
- 5)** Regular, de forma compatível com a saúde humana, o setor privado que atua na área da saúde, enfrentando temas relevantes como as coberturas contratadas, o reajuste de preços dos planos e seguros, os conteúdos essenciais dos contratos, os subsídios públicos, a proibição - com penalização - de práticas como a dupla porta, a relação dos entes federativos com os hospitais universitários e a vedação da existência de planos de

saúde para servidores e agentes públicos pagos com recursos públicos.

- 6)** Fortalecer a vigilância de saúde do trabalhador, com articulação entre as vigilâncias em saúde.
- 7)** Adequar o teto do número dos agentes de vigilância ambiental nos municípios, considerando todas as ações de vigilância ambiental (vetores, zoonoses, vigiagua, etc.), com repasse financeiro, de acordo com o número de imóveis cadastrados no sistema de informação vigente.
- 8)** Qualificar a gestão da informação nas três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), melhorando a interface entre os sistemas de informações municipais, estaduais e federal, mantendo-os sempre atualizados para que possam ser utilizados de maneira articulada e que sejam compatíveis com a realidade de cada estado/município, prevendo corte financeiro e/ou desligamento do programa caso o município não informe os dados a cada trimestre, além disso, padronizar, mediante fluxograma, de modo claro e compreensível pela população, as informações dos atendimentos e serviços oferecidos pelo SUS como consultas, exames, medicamentos, procedimentos, cirurgias, tratamentos, locais e regionais e, as formas de acessá-los, utilizando todas as mídias e redes sociais, especialmente as mais populares, informando também sobre os indicadores de saúde que orientam as tomadas de decisão, para que a cidadã e o cidadão entendam como preservar sua saúde e qualidade de vida e como acessar o SUS sempre que necessitar.
- 9)** Fortalecer e aprimorar o Prontuário Eletrônico da Cidadã e do Cidadão nos municípios, com aporte de incentivo financeiro federal, e criar um documento pessoal unificado, que permita consolidação do cartão úni-

co de saúde, identidade, CPF, carteira de motorista etc., vinculando também o número do cartão à certidão de nascimento e implantar um sistema digital que possa ser acessado em qualquer unidade de saúde do país, contendo todas as informações de saúde em tempo real do paciente, histórico de enfermidades e atendimentos, alergias, medicamentos de uso, dentre outras informações.

10) Implementar o e-SUS (Sistema de Informação da Atenção Básica), garantindo a implantação da rede de informatização, em toda a atenção primária, média e alta complexidade, integrando os diversos pontos da rede de atenção (Atenção Básica, Atenção Hospitalar e Samu) por meio do Cartão do SUS e do prontuário eletrônico do paciente, possibilitando o acesso aos dados do paciente nos diferentes pontos de cuidado, bem como a interoperabilidade entre os diferentes sistemas para a gestão do cuidado, com garantia de treinamento e suporte a todos os envolvidos e tecnologia adequada, incluindo internet que dê suporte ao pleno funcionamento e integração dos sistemas informatizados do SUS (e-SUS, Sisreg, Sinan, Siscan, entre outros), inclusive com capacidade de transmissão de imagem.

11) Unificar os sistemas de informação, utilizando como base o cartão nacional, para que as informações fiquem contidas num único sistema, efetivando a contra referência por meio do acesso de um único banco de dados via cartão SUS valorizando a universalidade e integralidade do paciente.

12) Criar regiões especiais de saúde em áreas fronteiriças, para minimizar os impactos da imigração sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).





13) Estruturar políticas que considerem a territorialidade e a regionalidade para o acesso à saúde, garantindo os princípios de universalidade, equidade e integridade, articulando outras políticas intersetoriais, como reforma urbana, segurança, transporte, acesso à terra e a água e segurança alimentar e nutricional, considerando a determinação social da saúde e ações intersetoriais entre Organizações Não Governamentais (ONG), instituições religiosas, associações, lideranças comunitárias, incluindo a realização de processos de formação e articulação com as comunidades, pautadas na educação popular em saúde, como estratégia de mobilização de usuários e inclusão de saberes e práticas locais nas ações de saúde, no diálogo entre universidades, serviços, movimentos sociais e populares.

14) Garantir a utilização de ferramentas de monitoramento e avaliação, bem como a realização de diagnóstico situacional, para efetivar, implantar e implementar uma territorialização e regionalização dos serviços de saúde que levem em consideração não apenas o número populacional, mas principalmente o perfil epidemiológico e vulnerabilidades de cada território, observando as especificidades da Região Amazônica.

15) Garantir a construção e o funcionamento de centros de transplantes em regiões de grande dispersão populacional, como a Região Amazônica, que tem demandas e necessidades atualmente resolvidas somente em outras regiões do país.

16) Consolidar a rede de cuidados em todo território nacional, com acolhimento qualificado, humanizado e singularizado, observando as especificidades de pessoas ou grupos, desde a concepção do indivíduo, com atendimento integralizado em todas as fases da vida,

com equidade para todos, independentemente de gênero, raça, cor, etnia, classe social, credo religioso, patologia, doenças raras e deficiência.

17) Estabelecer a rede de atenção integral às pessoas em situação de violência com a implantação da linha de cuidado, garantindo os prazos emergenciais de atendimento às vítimas de violência sexual, acesso aos medicamentos profiláticos e vacinas preventivas de doenças sexualmente transmissíveis.

18) Implantar e implementar serviços de referência para atendimento às pessoas com doenças raras, em consonância com a Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Raras (Portaria GM/MS nº 199/2014), de modo a garantir tratamento integral, com equipe multidisciplinar, para os pacientes com fibrose cística, demais doenças raras e degenerativas, em nível municipal, estadual e nacional.

19) Implantar políticas de promoção da saúde mental integradas com outras políticas públicas (educação, habitação, assistência social) desde a primeira infância, que envolvam os diversos níveis de atenção (planejamento reprodutivo, pré-natal, crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, dentre outros) com ações que previnam violências, promovam saúde e a cultura de paz, práticas de cuidado e socialização compatíveis com o desenvolvimento infantil que fortaleçam os vínculos parentais, conforme evidências e documentos da Organização Mundial de Saúde.

20) Viabilizar junto às três esferas de governo a ampliação e qualificação da prestação de serviços através da implantação de centrais de regulação que atendam aos municípios e estados e contemple a média e a alta

complexidade, urgência e emergência, para melhorar o acesso a cirurgias, consultas e exames, implantando e implementando a transparência do Sistema de Regulação (Sisreg), com a modalidade Sisregweb, visando a gestão da fila de espera, a otimização do monitoramento dos procedimentos, garantindo o acesso à informação aos servidores e usuários, de modo a acompanhar e avaliar a oferta de serviços e a classificação do usuário na lista de espera.

21) Arquivar o Projeto de Lei nº 6.922/2002 (PEC do Veneno), bem como as portarias que liberam o uso dos agrotóxicos na produção agrícola, que são proibidos em outros países e causam consequências nocivas à saúde da população, do trabalhador rural e ao ambiente, criando mecanismos para controlar e fiscalizar ostensivamente seu uso, como o fortalecimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a reativação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), além de desenvolver pesquisas obrigatórias acerca das suas consequências e reformular a lista de agrotóxicos proibidos nas atividades agrícolas, utilizando critérios mais rigorosos em busca de uma melhor qualidade de vida da população e de um meio ambiente protegido, estimulando a produção e comercialização de produtos provenientes da agricultura familiar e orgânicos e proibindo a importação de produtos do exterior que usem os mesmos agrotóxicos.

22) Revogar a Lei nº 13.429/2017 e a Lei nº 13.467/2017 que regulamentam a terceirização no serviço público e dispõem sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros, além do Decreto nº 9.507/2018 que dispõe sobre a execução indireta, mediante contratação, de serviços da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, das em-

presas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União.

23) Garantir, comprometer, estruturar e responsabilizar os gestores nas três esferas do SUS pela oferta de estrutura física, força de trabalho e financiamento adequado, fortalecendo os conselhos de saúde para que os mesmos possam exercer plenamente suas funções e suas atribuições previstas no controle social de fiscalização e monitoramento das ações da administração pública, respeitando assim, esse importante mecanismo de fortalecimento da cidadania integrando a sociedade ao Estado.

24) Garantir o SUS público, 100% estatal e de qualidade, com comando único em cada esfera de gestão, valorizando os princípios do SUS e sua interlocução com outras políticas públicas em especial a da Seguridade Social, eliminando qualquer modelo privatizante de gestão, rejeitando a terceirização dos serviços de saúde, na busca de uma política substitutiva das Organizações Sociais (OS) na administração do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o concurso público como única forma de admissão do trabalhador.

25) Garantir as(os) usuárias(os) aos órgãos de controle, por meio de recursos tecnológicos, a transparência nas filas de espera de atendimento em saúde, tempo real de atendimento, horário de funcionamento dos serviços e tipo de atendimento de cada unidade, inclusive para consultas, exames, cirurgias e outros procedimentos, zerando a fila de espera pelo atendimento das demandas em até seis meses, seja por meio de aplicativo específico e/ou uma rede de atendimento para retirar dúvidas – Tele Dúvidas. Garantir o acesso fácil e rápido da população à Ouvidoria SUS em todas as unidades,

conduzida e executada por servidores efetivos e com resolutividade, encaminhando respostas às(os) usuárias(os) em, no máximo, 5 (cinco) dias.

26) Divulgar a Cartilha dos Direitos do Usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) para que, em todas as unidades de saúde, as(os) gestoras(es), as(os) trabalhadoras(es) e as(os) usuárias(os) incorporem seus princípios e objetivos, seguindo seus protocolos, mudando a cultura de todos que trabalham e utilizam o SUS.

27) Defender que o Sistema Único de Saúde (SUS) é, essencialmente, interfederativo e que requer gestão compartilhada na região de saúde, defendendo a adoção de Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), previsto no Decreto Federal nº 7.508/2011, como o ajuste jurídico-sanitário das responsabilidades de cada um para com o sistema.

28) Revisar a política de contratualização dos hospitais, buscando maior resolutividade, incrementando financiamento das três esferas, a fim de fortalecer a regionalização das redes de atenção à saúde. Revisar e atualizar a tabela de procedimentos SUS com base no custo real.

29) Reafirmar o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública e patrimônio do povo brasileiro, que exige respeito e não pode conviver com desvios na aplicação dos seus recursos, cujas ações devem refletir a realidade e atender à vulnerabilidade e diversidade social, cultural, étnica e de gênero, para melhorar o acesso e o acolhimento em toda sua rede, conforme os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde, para garantia da qualidade de vida.

30) Articular junto ao Ministério da Saúde (MS) para que altere os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.631/2015, que aprova critérios e parâmetros para planejamento e programação de ações e serviços de saúde, ajustando-os à diversidade de condições territoriais, visando o acesso e o atendimento da população em municípios com menos de 100.000 (cem mil) habitantes a equipamentos e aparelhos de alta complexidade, em resposta aos princípios da equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

31) Promover a capacitação de Coordenadores de Programas de Saúde, da sociedade civil e de movimentos sociais para o exercício de gestão participativa, controle social, financiamento, planejamento e monitoramento, garantindo e estimulando que todas(os) as(os) conselheiras(os) titulares e suplentes sejam capacitados imediatamente após a posse e de forma permanente.

32) Garantir a todas(os) as cidadãs(os), usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os ciclos vitais, através de equipes multiprofissionais, agilidade dos serviços, a continuidade do atendimento, assegurando à população consultas de especialistas, medicamentos, garantindo seus direitos de acesso à rede de saúde de forma integral. Buscar a melhoria da acessibilidade para as pessoas com deficiência (como rampas, intérprete de libras, recursos em braile, calçadas com vias rebaixadas, entre outros) promovendo respeito, sem qualquer preconceito e discriminação, conforme rege os princípios do SUS.

33) Garantir e fortalecer a gestão do controle, regulação, avaliação e auditoria dos sistemas e serviços de saúde nas três esferas de governo, promovendo a consolidação e a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) parti-

cipativo com pluralidade, laicidade, autonomia e com qualidade, assegurando o acesso aos serviços de saúde com maior eficiência nos gastos com ações e serviços públicos de saúde, garantindo recursos para o princípio da universalidade em uma saúde pública integral, equânime e gratuita.

34) Garantir e efetivar o processo de planejamento e gestão participativos do Sistema Único de Saúde (SUS) nas três esferas de governo, na elaboração dos instrumentos de gestão (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatórios Quadrimestrais e Relatório Anual de Gestão) e na inserção do orçamento público (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentária e Lei Orçamentária Anual), assegurando recursos financeiros, autonomia e funcionamento dos conselhos de saúde, garantindo o mandato de conselheiros de saúde por 2(dois) anos, com direito à recondução e cumprimento de interstício por igual período do mandato, com efetivação da política de Educação Permanente em Saúde para o controle social e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde nas instâncias de controle social, movimentos sociais e lideranças comunitárias.

35) Formular e executar políticas públicas de saúde que promovam ações de redução de riscos de doenças e de outros agravos.

36) Ampliar e fortalecer a Atenção Básica em Saúde (ABS) como porta de entrada e como ordenadora do sistema de saúde, considerando as características demográficas e sanitárias da região de saúde, implementando número maior de equipes, favorecendo o acesso universal e garantindo: a) assistência em tempo oportuno, com universalização do acesso nos respectivos territórios,

equidade e integralidade; b) promoção da saúde com a integralidade da atenção, por meio da implantação e da ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e das equipes de saúde bucal; c) a articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com mecanismos de referência e contra referência, garantindo a infraestrutura necessária para tanto; d) a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que interajam com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme a demanda de cada região; e) aprimorar os mecanismos de transparência e participação social, garantir financiamento adequado à mudança do modelo de atenção que priorize a atenção básica e a valorização das (os) profissionais que atuam nesse âmbito.

37) Garantia de plenas condições para consolidação da Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede, por meio de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de Saúde Bucal efetivamente constituídas, como preza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); adequada cobertura de Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) como estratégia para aumentar a resolutividade deste nível de atenção, além da retaguarda das(os) especialistas dos demais níveis de atenção para garantia da integralidade e longitudinalidade do cuidado, garantindo: a) equipe completa por território respeitando o limite populacional para cada unidade, com garantia de financiamento, acrescentando mais um profissional de enfermagem nas equipes de saúde da família e normatizar e financiar a inclusão de equipes de saúde bucal em todas as unidades onde já se encontra em funcionamento as ESF, visando assim ampliar o acesso a saúde bucal e rever e flexibilizar o horário de funcionamento das uni-

dades para melhor atendimento da população e reduzir o número mínimo de equipes da ESF por Nasf-AB, fortalecendo as ações da atenção básica com equipes multidisciplinares que possam dedicar mais tempo para cada território adscrito; e b) a requalificação da APS com projetos que visam a construção de unidades de apoio a menores, aumentando a equipe multidisciplinar, elaborando projetos voltados para a prevenção de doenças que acometem a população, revendo protocolos de encaminhamentos, viabilizando uma melhor qualidade de vida, divulgando as ações das ESF no sentido de informar a população o verdadeiro papel das Estratégias de Saúde da Família (ESF).

38) Reavaliar e alterar a nova Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) no que diz respeito à carga horária dos profissionais de saúde para ESF que, atualmente, determina carga horária de 40(quarenta) horas semanais para todas(os) os profissionais de saúde, possibilitando a adesão de outros profissionais de saúde com carga horária de 20(vinte) horas, e garantindo o quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe, conforme a divisão da área por micro áreas, baseado no quantitativo de 700(setecentas) pessoas por ACS.

39) Revogar a Portaria GM/MS nº 2.436/2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) e estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a garantir a Estratégia de Saúde da Família(ESF) como modelo organizativo, com população máxima adscrita de até 3.500 pessoas por equipe, bem como retomar a obrigatoriedade das equipes de saúde bucal para cada equipe de ESF e rever o papel das(os) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com o mínimo

de 5(cinco) ACS por equipe, considerando também a necessidade da territorialização, como elemento fundamental para a estruturação das ações de saúde na sua integralidade, incluindo a vigilância em saúde e as condições para sua efetivação.

40) Reestruturar, fortalecer, implementar e expandir as Redes de Atenção à Saúde, integrando-as para potencializar o cuidado multidisciplinar e intersetorial, de forma a garantir a implementação de linhas de cuidado, promovendo o cuidado integral nos vários ciclos de vida, considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, desde a atenção básica e nas regiões de saúde inclusive: a) garantir o acesso da população LGBTI+, negra, quilombolas, população ribeirinha, indígenas, ciganos, pessoas idosas e seus cuidadores, pessoas com deficiência, usuárias(os) de substâncias psicoativas, pessoas em situação de rua, pessoas em situação de privação de liberdade, pessoas vivendo com HIV/Aids; b) estruturar serviços de atenção integral à saúde da população rural na própria comunidade, como nos assentamentos e aglomerados rurais, quilombos, dentre outros; c) garantir transporte e equipamentos, quando necessário, e fortalecer o sistema de regulação de urgência, emergência, especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), descentralizando e aumentando a oferta dos serviços laboratoriais e de imagem; d) ampliar o acesso a banco de sangue e exames, mesmo nos finais de semana e feriados, em todas as regiões do Estado.

41) Universalizar a Política Nacional de Atenção Domiciliar ("Melhor em Casa"), incluindo a implementação das modalidades AD2 e AD3 em todos os municípios do país, independentemente do número de habitantes, efetivando a equidade e a integralidade.

42) Garantir a efetivação da Lei nº 10.742/2003, que define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), revisando e fiscalizando a lei, atualizando o elenco da farmácia básica e dos medicamentos de alto custo.

43) Revisar, atualizar e ampliar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), de acordo com a necessidade dos usuários, demandas municipais e a realidade dos municípios de pequeno porte, permitindo a flexibilidade na compra de medicamentos.

44) Fortalecer a Política Nacional da Assistência Farmacêutica, garantindo abastecimento de medicamentos e insumos, envolvendo a compra, distribuição e dispensação de medicamentos, garantindo o fornecimento contínuo e em quantidade suficiente de medicamentos, revisando o elenco do componente especializado da Assistência Farmacêutica com novas incorporações, inclusive os de alto custo ofertados pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) para estados e municípios, em especial os medicamentos de uso psiquiátrico, com garantia de dispensação nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e Farmácias Básicas, bem como, para tratamento de doenças raras e crônicas (como por exemplo, hipertensão, diabetes e hepatites), com contínua revisão, incorporação e padronização, garantindo a periodicidade e desburocratização com redução do tempo em, no máximo, 10(dez) dias para análise dos processos, de acordo com o perfil epidemiológico.

45) Reativar e efetivar o Programa Farmácia Popular, Farmácia Viva e Fitoterápicos com ampliação de medicamentos, incluindo Cannabis Medicinal (Tetrahidrocannabinol - THC e Canabidiol - CBD), insumos e ofertas de

produtos nutricionais, garantindo o acesso e o controle dos medicamentos do Grupo 1 e 2 do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009) de acordo com o padrão epidemiológico de agravos e doenças da população.

46) Garantir, fortalecer, dar continuidade e a devida importância ao Programa Brasil Sorridente, com a manutenção da coordenação do programa no Ministério da Saúde, a ampliação da assistência odontológica hospitalar e a garantia da presença do cirurgião-dentista nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sem discriminação no atendimento a nenhum usuário.

47) Apoiar a aprovação do Projeto de Lei nº 8.131/2017, do Senado Federal, que institui a Política Nacional de Saúde Bucal como política de Estado e ampliar os recursos para a saúde bucal (Programa Brasil Sorridente), garantindo a implementação dos consultórios nas unidades básicas de saúde, a instituição do programa de aquisição de unidade móvel médico/odontológica para atendimento à zona rural e outros locais sem unidade de saúde, bem como garantir o atendimento de urgência/emergência odontológica 24(vinte e quatro) horas para todos os municípios e expandir o recurso do programa Brasil Sorridente para a implantação de especialidades odontológicas na média e alta complexidade.

48) Descentralizar e ampliar os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) estaduais com o objetivo de aproximar as(os) usuárias (os) ao seu território.

49) Ampliar a Rede de Atenção em Oncologia, garantindo atendimento nos três níveis de atenção com recursos de alta complexidade, aprimorando o acolhimento

para redução do tempo de espera e peregrinação da(o) usuária(o), melhorando o atendimento.

50) Revogar a Portaria GM/MS nº 158/2016, que redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

51) Ampliar e garantir o calendário básico de vacinação na rede Sistema Único de Saúde (SUS), com vacinas e insumos essenciais para população, levando em consideração as especificidades de cada região.

52) Fortalecer a Rede de Atenção Integral às Pessoas com Deficiência, assegurando a disponibilização de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares) necessários para garantir a acessibilidade para estas(es) usuárias(os) aos espaços sociais.

53) Utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) no Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive na saúde suplementar, e inseri-la no Sistema Nacional de Informações em Saúde, como ferramenta pedagógica, clínica, estatística e de planejamento que assegura a efetivação de um modelo de atenção e saúde integral, centrada no indivíduo e não na doença.

54) Implantar, fortalecer e estruturar os programas de assistência e saúde do trabalhador, inclusive implementando uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora da área de saúde, incluindo a prevenção, a profilaxia e a assistência em saúde mental.

55) Ampliar o acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos através de campanha de cirurgias eletivas financiada pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

(Faec) independente da média de produção dos anos anteriores.

56) Garantir a expansão da Rede de Urgência e Emergência em todo o país, ampliando os Hospitais Regionais, as Salas de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento e as Unidades de Samu, incluindo a renovação da frota a cada 3 anos, com financiamento tripartite (municípios, estados e União), e revogar a Nota Técnica nº 338/2016, da Coordenação Geral de Urgência e Emergência da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

57) Defender os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres sobre sua saúde e sua vida, visando: a) redução das violências sexual, obstétrica e doméstica; b) diminuição da mortalidade materna; c) garantir o planejamento reprodutivo d) atendimento humanizado em situação de abortamento.

58) Garantir que a implementação da Política Nacional de Saúde Mental seja efetivada em todos os níveis, estruturando espaços especializados para atender pessoas com doenças do neurodesenvolvimento, incluindo a avaliação neuropsicológica nos procedimentos financiados pelo SUS, obedecendo às definições da Lei Federal nº 10.216/2001, que institui a Política Nacional de Saúde Mental, bem como seus critérios para internações compulsória e involuntárias de dependentes químicos, preservando assim a autonomia do indivíduo, implantando/ implementando Serviço Especializado de Atenção em Saúde Mental nas regiões de saúde, com ampliação dos investimentos em políticas voltadas para a promoção de saúde mental e para o tratamento da dependência química e outros transtornos mentais, incentivando a capacitação das(os) profissionais para lidar com saúde

mental mantendo equipes qualificadas para atendimento na rede, ampliando o número de leitos de psiquiatria nos hospitais gerais e serviços de urgência e emergência, viabilizando os consultórios de rua, ainda que por meio de consórcios intermunicipais.

59) Revogar a Nota Técnica do Ministério da Saúde nº 11/2019, as Portarias GM/MS nº 3.588/2017 e nº 3.659/2018 e arquivar o PL nº 37/2019, fortalecendo a política de atenção integral à saúde mental das(os) brasileiras(os), assegurando acesso e continuidade no atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial, na iniciativa de redução de danos e outros serviços na lógica antimanicomial, não financiando as comunidades terapêuticas e outros serviços que se opõem à lógica da política vigente.

60) Garantir e fortalecer a Política de Atenção Integral à Saúde Mental, respeitando as conquistas da Reforma Psiquiátrica e efetivando as propostas das conferências de saúde anteriores, inclusive a redução de danos por meio da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e ações intersetoriais que visem a reinserção social.

61) Fortalecer e capilarizar a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com a implantação e financiamento dos desenhos das Raps regionais, qualificação profissional e ampliação da sua atuação conjunta com os pontos da Atenção Básica e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando: a) a conclusão de obras e ampliação do número de unidades de Caps, Caps AD III, ADI e CER IV; b) a ampliação do número de centros de convivência, Gerarte, Consultórios de Rua e Caps III nas capitais e interior dos estados, de acordo com a demanda e necessidade de atendimento regionalizado; c) a garantia de equipes multiprofissionais, estrutura física e equipa-

mentos adequados para atender todas as regiões, com atendimento 24(vinte e quatro) horas; d) a inclusão no protocolo de implantação dos Caps, de veículo e motorista à disposição da unidade; e) ampliação dos serviços: de atenção à saúde mental infanto-juvenil (Capsi, CapsAD, Caps I, Caps II, Caps III 24(vinte e quatro) horas e leitos integrais em hospitais gerais; f) Unidades de acolhimento transitório e infanto-juvenil; g) a supressão da obrigatoriedade de equipes de psiquiatria para os serviços de saúde mental.

62) Garantir na Rede Atenção Psicossocial(Raps) a implantação de um programa de reabilitação com oficinas estruturadas na perspectiva do direito formal e informal (economia solidária e emprego apoiado), englobando a capacitação, produção, divulgação e comercialização.

63) Assegurar o cuidado em liberdade para as(os) usuárias(os) dos dispositivos de saúde mental, direcionando 100% dos recursos do SUS da saúde mental para rede de atenção psicossocial, garantindo a política de redução de danos como orientadora do tratamento em saúde mental, sem nenhum retrocesso aos princípios da Lei Federal nº10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), assegurando atenção qualificada aos usuários na Estratégia Saúde da Família (ESF), qualificando a comunicação entre as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ampliação do matriciamento sistemático e o trabalho em rede.

64) Garantir a implementação da reforma antimanicomial com o cuidado em liberdade para todos os usuários, através da ampliação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Caps I, Caps II, Caps III, Caps AD, Capsi, oficina de trabalho e renda, oficinas terapêuticas,

serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatorios em saúde mental, consultórios na rua, unidades de acolhimento e equipe de redução de danos na abordagem de rua, dia e noite, de acordo com o dimensionamento populacional e indicadores de saúde do território), da implementação da política nos diferentes pontos da Atenção Básica e a execução da política nacional referente à saúde mental no sistema prisional. Reafirmar a garantia do cuidado em liberdade dos usuários de álcool e outras drogas.

65) Ampliar a implantação de serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental, revendo os parâmetros populacionais para a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) em municípios com menor número de habitantes e os territórios dos povos indígenas, considerando as necessidades de cada um a partir da demanda fundamentada em estudos epidemiológicos e sócio demográficos.

66) Garantir um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) do Sistema Único de Saúde (SUS) para os servidores das três esferas de governo, com isonomia de vencimentos, no regime estatutário (RJU) que contemple: a) ascensão funcional e critérios objetivos para o preenchimento dos cargos de chefia; b) jornada máxima de 30 (trinta) horas semanais; c) dedicação exclusiva; d) política de valorização dos servidores e reajustes salariais dignos; e) estratégias de fixação de profissionais de saúde no interior do país e em áreas de difícil acesso e provimento, que incluam política de formação profissional com incentivos salariais e de carreira; f) regulamentação da aposentadoria especial decorrente de atividades de insalubridade e periculosidade; g) isonomia de vencimentos aos servidores de todos os níveis de complexidade e esferas de governo; h) abolir todas as formas

de precarização e terceirização dos serviços públicos pelo setor privado; i) incluindo Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE).

67) Implantar Carreira de Estado para a Saúde no Brasil para qualificação do SUS, com provimento de 100% dos cargos da saúde por concurso público, garantindo continuidade da prestação dos serviços e de projetos de longo prazo, sem interrupções pela despreciação do vínculo e estabilidade do servidor, substituindo os cargos comissionados, credenciados e contratos, valorizando os profissionais da saúde, com gestão do trabalho obedecendo a todas as normas da saúde do trabalhador, combate a todas as formas de assédio moral e sexual no ambiente de trabalho, com lotação regionalizada, com investimento em Educação Permanente para profissionais, contemplando atendimento humanizado ao público, libras, braile e outras comunicações inclusivas, garantindo carga horária de 30(trinta) horas semanais.

68) Implantar política de Estado que garanta às (aos) trabalhadoras(es) do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os níveis, a prevenção de acidentes, com uma rede efetiva de informação e comunicação dos serviços desenvolvidos pelo SUS e também fortaleça a vigilância em saúde, com autonomia de movimentação dos recursos.

69) Criar mecanismo para modernizar a gestão de saúde pública com a retirada do gasto com pessoal em saúde do índice da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000) e a revisão dos dispositivos da Lei Federal nº 8.666/1993, colocando fim na privatização, terceirização dos serviços de saúde e credenciamento de profissionais, garantindo a realização de concursos públicos e, a partir disso, possibilitar a formação e capacitação específica para gestores do Sistema Único de





Saúde (SUS), além de regulamentar a qualificação técnica para os gestores do SUS, garantindo que o cargo de gestor seja preenchido apenas por eleição direta e que só possam concorrer ao cargo de gestor de unidade as(os) profissionais com graduação na área da saúde, de carreira pública em pleito conduzido pela comunidade local da unidade, usuárias(os), trabalhadoras(es) e gestoras(es), acabando com as indicações políticas.

70) Criar um Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) a nível nacional das(os) trabalhadoras(es) da Atenção Básica.

71) Criar legislação que estabeleça que a contratação de profissionais para a execução de programas financiados pelos Governos Federal e Estadual não impacte o limite legal da folha de pagamento dos municípios.

72) Garantir que a União apoie o estado a assumir e financiar o papel de Coordenador do Espaço Regional em conjunto com os municípios, proporcionando meios para a construção de uma governança democrática, através de fortalecimento dos escritórios regionais, assegurando o princípio da descentralização.

73) Fortalecer políticas de valorização das(os) trabalhadoras(es) contemplando os vínculos empregatícios efetivos em todos os âmbitos da atenção e nas três esferas de governo, a atualização salarial, a realização de concursos públicos, a implementação de planos de cargos e salários e a progressão por títulos e méritos, a garantia de aposentadoria especial automática para trabalhadoras(es) de atividades insalubres e periculosidade, o fornecimento de equipamentos e materiais de consumo de qualidade e de forma permanente, a garantia das condições de trabalho aos profissionais

e atendimento digno à população, combatendo a precarização do serviço e preservando os direitos sociais conquistados pelas(os) trabalhadoras(es) e reduzindo a rotatividade das(os) profissionais, efetivando o Art. 37 da Constituição Federal.

74) Garantir aposentadoria integral aos vinte e cinco anos de trabalho, sem idade mínima, para as(os) profissionais e trabalhadoras(es) da saúde.

75) Garantir, investir e monitorar a execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps) para profissionais do SUS e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social (Pnecs) para conselheiras(os) de saúde e comunidade local, com disponibilidade de recursos materiais e humanos e a ampla divulgação das atividades, incluindo um Programa Nacional de Capacitação de profissionais de saúde no SUS para: a) desenvolver capacidade de comunicação adequada com pessoas com deficiência (libras, braile etc.) e materiais informativos em braile; b) qualificação das equipes multiprofissionais para o atendimento de populações rurais, tradicionais, indígenas e ribeirinhos a na rede de agricultura familiar; c) garantir a resolutividade do planejamento e das ações de saúde; d) fomentar e consolidar os princípios do SUS; e) ampliar a humanização e o acolhimento durante os atendimentos em saúde; f) respeitar e garantir a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) e os intérpretes de língua nativa na rede de saúde.

76) Fortalecer o Programa de Educação Permanente no SUS, consoante a Portaria MS nº 3.194/2018 (PROEPE-SUS) e Comissão de Integração de Ensino em Serviços (Cies) de acordo com a Portaria MS nº 1996/2007, que dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

77) Instituir programas de incentivo junto às três esferas de governo para interiorização dos profissionais das equipes de saúde da família, de médicas(os) clínicos e de médicas(os) especialistas, desde as universidades, com ampliação de vagas para residências profissionais em saúde, garantindo acesso sob demanda para profissionais de saúde formados e estímulos à qualificação das(os) profissionais da Atenção Básica, visando fortalecer o vínculo dessas equipes com a comunidade.

78) Garantir que todas(os) as(os) profissionais da saúde que tiveram sua formação acadêmica financiada ou oferecida gratuitamente pelo Governo Federal, através do Programa Universidade para todos (Prouni) e do Fundo de Financiamento Estudantil (Fies, estadual ou municipal, atuem no mínimo 1(um) ano no estado de formação.

79) Garantir, por meio de lei federal que as(os) formadas(os) em medicina de universidades públicas ou com financiamento público, a prestação serviço remunerado público em unidades públicas de saúde e na atenção primária a saúde por um período mínimo 1 (um) ou 2 (dois) anos como pré-requisito para realizar curso de especialidade em residência médica, atendendo assim as necessidades dos municípios de menor porte e vulnerabilidade.

80) Proibir cursos de graduação na área da saúde na modalidade de ensino a distância (EaD).

81) Incluir conteúdos de políticas de saúde, conceitos e princípios do SUS, no ensino fundamental e médio.

82) Inserir a categoria de gestor em saúde coletiva nas equipes dos programas e políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o cargo nas leis de planos, cargos, carreiras e remuneração dos órgãos de saúde na União, Distrito Federal, estados e municípios.

83) Fortalecer e garantir a implantação e custeio da Política de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) nos serviços públicos de saúde, assegurando que estejam no Plano Plurianual (PPA), nos Planos Nacional e Estadual de Saúde, fortalecendo seu uso no território, com repasses de recursos para implementação e execução da Política, melhorando o atendimento e a assistência à saúde da comunidade: a) estimulando o desenvolvimento e a garantia de qualificação de profissionais da saúde nas práticas de fitoterapia, acupuntura, meditação, reiki, dança circular, yoga e outros; b) estruturação de locais apropriados, nos serviços de saúde e em outros dispositivos comunitários como escolas e associações; c) formação multiprofissional e programas específicos, a fim de propiciar tratamentos complementares aos usuários com menores custos; d) contemplando a oferta e a aplicação das farmácias vivas, equoterapia, osteopatia, PediaSuit, dentre outras; e) assegurar o respeito às escolhas das pessoas e às práticas e saberes em saúde dos povos e comunidades tradicionais, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde; f) ampliar a oferta de serviços e expandir o elenco de práticas nas unidades básicas de saúde; g) incluir as Pics na agenda de comunicação e divulgação.

84) Implementar e fortalecer os serviços da Política de Práticas Integrativas e Complementares na Saúde (Pics) nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) da Política Nacional de Saúde Mental, como forma de

promover o cuidado centrado no sujeito, na busca de melhoria, de qualidade de vida, e de sua autonomia, modificando assim a cultura de cuidado baseada na lógica medicalizante e segregatória.

85) Fortalecer a Política de Medicamentos Fitoterápicos no SUS, aproveitando os saberes tradicionais por meio da ampliação dos laboratórios oficiais, centros de pesquisa para o desenvolvimento científico, tecnológico, inovações e produção pública de medicamentos e insumos de interesse do SUS.

86) Fomentar o investimento, as condições de acessibilidade, e o atendimento humanizado às pessoas idosas e pessoas com deficiência, garantindo a construção de uma política mais eficaz voltada para este público, incluindo a segurança alimentar e nutricional.

87) Ampliar campos de pesquisas voltados para problemas de saúde da população negra, em parceria com universidades e institutos.

88) Promover gestão junto ao Congresso Nacional, para aprovação do Projeto de Lei nº 275/15, que garante o diagnóstico para o câncer em 30 (trinta) dias e garantir o cumprimento da lei para início de tratamento oncológico pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em até no máximo 60 (sessenta) dias a partir do diagnóstico.

89) Implementar programas de saúde da(o) pescadora(o) artesanal que contemple o fornecimento de repelentes e protetor solar aos pescadoras(es) (com controle por meio de Registro Geral da Pesca), considerando que as(os) catadoras(es), marisqueiras(os) e pescadoras(es) ficam expostas à locais com muitos insetos, bem como exposição ao sol, apresentando em fator disto, um alto

número de câncer de pele e outras doenças dermatológicas.

90) Garantir a não municipalização da saúde indígena e fortalecer o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, através da unificação dos sistemas de informação intermunicipal entre municípios, estados e União, garantindo assim que a população indígena tenha acesso ao subsistema e inserção ao Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) e/ou qualquer unidade de saúde.

91) Implantar, estruturar e consolidar o Centro Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) de forma integrada entre o Ministério da Saúde e os demais ministérios, rompendo com isso a fragmentação de objetivos e ações na saúde da(o) trabalhadora(o) dos municípios.

92) Garantir o acesso e atendimento qualificado aos serviços de saúde para a população LGBTI+ com qualificação dos profissionais dos três entes federados, conforme os princípios do SUS.

93) Criar campanhas nacionais que incentivem a população em situação de rua a cuidar de sua saúde integral.

94) Ampliar a cobertura do serviço com aumento do número de profissionais e inclusão de outras categorias como Terapeuta Ocupacional e as atividades de Naturólogo, Arteterapeuta, Equoterapeuta, Musicoterapeutas, no rol de profissões reconhecidas.

95) Manter e fortalecer o Programa de Residência Médica/Programa Mais Médicos em parceria com as universidades para benefício da comunidade e defesa da qualidade da formação das(os) profissionais em atuação, ampliando a cobertura territorial e consequente

aumento qualitativo da atenção e do quantitativo da população atendida.

96) 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.

97) Ampliar a quantidade de Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes da atenção básica e agentes comunitários de saúde (ACS) nos municípios de acordo com a demanda populacional, com a garantia de recursos materiais e trabalhadores, levando em consideração a formação continuada e permanente desses profissionais de saúde, e a ampliação do quadro de trabalhadores por meio de concurso público para reduzir a rotatividade.

98) Propor a reformulação da Lei Federal nº 13.595/2018, que define as atribuições profissionais das(os) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e das(os) Agentes de Combate às Endemias (ACE) e instituir 40(quarenta) horas de trabalho semanal, propondo a garantia do direito de insalubridade e regulamentação da carga horária em 30(trinta) horas semanais para todos os profissionais de saúde.

99) Revisar o parâmetro populacional da Política Nacional da Atenção Básica (Pnab) usado como referência para o número de profissionais a serem concursados para compor o Nasf-AB, beneficiando os pequenos municípios.

100) Fortalecer a Estratégia de Saúde da Família como ordenadora do cuidado, visando cobertura de 100% do território, possibilitando a equiparação de equipes de saúde da família e saúde bucal, bem como uma equipe Nasf para o máximo 4 equipes de saúde da família, garantindo assim equidade para as populações em situação de vulnerabilidade: negra, em situação de rua, LGBTI+, do campo, das águas e florestas, cigana, profissionais do sexo, com doenças raras, ribeirinha, de imigrantes, circenses, de refugiados, moradores e moradores de ocupações, em situação prisional, indígenas e quilombolas.

101) Garantir, fortalecer e ampliar a Atenção Básica, priorizando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como base ordenadora das redes de atenção à saúde do município, com pactuação federativa regionalizada como estratégia de garantia do acesso e do cuidado e ainda: a) ampliar o financiamento para esse nível de atenção, garantindo a continuação do Programa Requalifica para reformas e ampliação das UBS; b) ampliar as equipes de saúde da família para garantir 100% de cobertura; c) atualizar e acompanhar o quantitativo populacional de residentes em comunidades tradicionais (assentamentos da reforma agrária, remanescentes de quilombos), conforme Portaria nº 90/2008, para qualificação e o cálculo do teto de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Saúde Bucal (ESB); d) garantir a contratação por meio de concurso público de profissionais de medicina, enfermagem, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias e equipe de saúde bucal, como mínimo para as equipes; e) incluir arte-terapeuta, terapeutas das Pics e pedagogos, de forma a ampliar a equipe da ESF, conforme necessidade territorial; absorver, por meio de concurso público os egressos de residências em saúde.

102) Revisar os critérios de inserção de profissionais na Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando: a) peculiaridades locais e de financiamento; b) redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais a todas(os) profissionais da equipe; c) estimular os gestores a implantar o horário estendido nas unidades de saúde (mínimo de 60 horas semanais); e d) aprovar piso salarial de acordo com a categoria profissional.

103) Fortalecer a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com inclusão da(o) profissional de psicologia na equipe mínima (no mínimo 20 horas), ampliando o cuidado da saúde mental da população, a fim de proporcionar a redução nos agravos em saúde.

104) Efetivar as Redes de Atenção à Saúde (RAS): Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede Cegonha (RC), Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Saúde Bucal (RSB) e Rede da Pessoa com Deficiência (RPD); no processo de regionalização, efetivando e fortalecendo a Atenção Primária em Saúde (APS), como ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado integral contínuo e longitudinal, instituindo sistema de regulação integrado com adequada.

105) Fortalecer o programa da Rede Cegonha para atender adequadamente o pré-natal.

5.1.4. EIXO III - FINANCIAMENTO ADEQUADO E SUFICIENTE PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Diretrizes:

- 1)** Garantia do direito constitucional à saúde por meio de financiamento adequado, transparente e suficiente para o desenvolvimento democrático, bem como a sustentabilidade orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as diferenças regionais, o planejamento, o perfil epidemiológico, o demográfico e o socioeconômico e garantindo o direito à saúde, tendo em vista a integralidade da assistência, a universalidade do acesso e a equidade dos serviços.
- 2)** Garantia do financiamento público e sustentável ao Sistema Único de Saúde (SUS): melhorando o padrão de gastos e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos; ampliando a parcela mínima do orçamento geral investido em saúde; inovando nas formas de arrecadação, a fim de superar o subfinanciamento atual, para a possibilidade de redução do papel do setor privado nas ações e serviços de saúde e o fortalecimento da gestão pública, com direção única em cada esfera de governo.
- 3)** Garantia do financiamento adequado e suficiente das ações e dos serviços de saúde, de modo a ratificar a Seguridade Social como direito universal e permanente para a (o) s brasileira (o) s.
- 4)** Enfrentamento do subfinanciamento / desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o fator amazônico, com respeito às especificidades da região.
- 5)** Garantia de uma reforma tributária, com adequa-

da distribuição dos recursos, para estados, Distrito Federal e municípios e vinculação constitucional do financiamento tripartite, em contraposição ao corte de investimentos em saúde (em especial pela Emenda Constitucional 95).

Propostas:

- 1)** Defender junto ao legislativo e executivo:
 - a)** A revogação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os investimentos públicos em saúde por 20 anos – até 2036;
 - b)** A aplicação pela União de no mínimo 10% da sua receita corrente bruta em ações e serviços de saúde e a eliminação da Desvinculação de Receitas da União (DRU), que retira 30% do orçamento da Seguridade Social para o tesouro nacional;
 - c)** O estabelecimento da contribuição sobre grandes fortunas e da tributação sobre os lucros e dividendos distribuídos às pessoas físicas e jurídicas, com destinação para a Seguridade Social, em especial para a saúde, bem como ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) para instituições financeiras dos atuais 9% para 18%;
 - d)** A criação da Lei de Responsabilidade Sanitária, desvinculando a saúde da Lei de Responsabilidade Fiscal;
 - e)** A vinculação da arrecadação do Seguro do Trânsito – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) - aos fundos de saúde, assim

como, a vinculação dos recursos obrigatórios referentes à Lei Complementar nº 141/2012 aos fundos de saúde;

f) A garantia de outras formas de captação de recursos por meio da extinção de renúncias fiscais e o direcionamento destes recursos para a saúde;

g) A garantia do ressarcimento dos recursos dos atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), realizados aos usuários em trânsito e de origem de outros estados/municípios.

2) Mobilizar a bancada da saúde, no Congresso Nacional, para reconsiderar a discussão e aprovação do previsto no Projeto de Lei Complementar PLC nº 1/2003, que dispõe sobre a aplicação mínima pela União dos 10% das Receitas Correntes Brutas em Saúde, assim como para revogar a Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos, EC nº 95/2016, e para extinguir a Desvinculação da Receita da União (DRU) dos recursos das Políticas da Seguridade Social.

3) Ampliar a alíquota da contribuição social sobre lucro líquido das instituições financeiras de 9% para 20%, contando com a articulação do Conselho Nacional de Saúde junto ao Congresso Nacional.

4) Lutar pela auditoria da dívida pública; pela revogação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou o orçamento da saúde por 20 (vinte) anos; por uma reforma tributária, que garanta a contribuição sobre grandes fortunas e grandes heranças; pela tributação das remessas de lucros e dividendos com ampliação da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) para 18%; pela





implementação de alíquotas progressivas de Imposto de Renda (IR); e também pela tributação das remessas de lucros e dividendos pelas empresas multinacionais, com a garantia de destinação para o orçamento da seguridade social, invertendo o modelo que hoje onera mais o consumo do que a renda, prejudicando, principalmente, a população mais pobre.

5) Revisar a LC nº141/2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde, garantindo que o aumento dos investimentos financeiros para as políticas de saúde seja proporcional ao crescimento da demanda e não inferior a 10% da sua Receita Corrente Bruta ou o equivalente da Receita Corrente Líquida oriunda da arrecadação de impostos.

6) Efetivar a legislação em vigor, cumprindo as diretrizes para bom funcionamento dos conselhos de saúde, criando orçamento específico para a manutenção das atividades dos conselhos de saúde, com a garantia da transparência dos recursos destinados aos conselhos de saúde, através da atualização das ferramentas (Portal da Transparência), possibilitando o acompanhamento dos recursos e seu bom funcionamento, em todas as suas instâncias regionalizadas e hierarquizadas, conforme preconiza a Lei nº 141/2012.

7) Ampliar o financiamento solidário proveniente da União, dos estados e dos municípios para a manutenção de serviços extra-hospitalares na Rede de Urgência, com revisão periódica dos recursos, de modo a manter o percentual de 50% para a União e de 25% para os

estados e os municípios.

8) Criar proposta de lei, para garantir percentual obrigatório de repasse intersetorial, ao fundo municipal de saúde, referente às multas de trânsito e crimes ambientais aplicadas pelas três esferas.

9) Revogar a Lei nº 13.586/17, oriunda da MP nº795/2017 que autoriza a isenção fiscal às petrolíferas, para que seja destinado o percentual de 5% à saúde.

10) Apoiar a ADI nº 5658, em tramitação no Supremo Tribunal Federal (STF), com objetivo de revogar a Emenda Constitucional Nº 95/2016.

11) Garantir a destinação mínima de 15% da receita bruta para aplicação em saúde, bem como a ampliação de novas receitas que contemplem as áreas de investimento e custeio.

12) Instituir o repasse mínimo, de 10% da Receita Corrente Bruta por parte do Governo Federal, para aplicação em saúde, e exigir o controle dos tribunais de contas quanto à aplicação dos percentuais de 12% do governo estadual e de 15% dos municipais.

13) Criar mecanismo para penalizar o estado que não aplicar o percentual garantido por lei (12%), conforme preconiza a Lei Complementar nº 141/12, na saúde pública, que inclua a realização do bloqueio imediato do Fundo de Participação do Estado (FPE).

14) Extinguir o subsídio público e renúncia fiscal para os planos privados de saúde, aprimorando a cobran-

ça do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) dos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar, e também tributar as grandes fortunas com direcionamento de, no mínimo, 10% para o SUS, com prioridade de recursos para atenção básica e assistência social, garantindo as remessas de lucro e dividendos das empresas multinacionais destinados ao orçamento da seguridade social.

15) Regularizar e garantir a tributação das grandes fortunas e o repasse de 5% das apostas de loterias federais, como forma de aumentar o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como, os royalties do petróleo, a destinação de Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e os recursos advindos dos leilões de bens e imóveis, sem uso, dos âmbitos federais e estaduais, e de bens apreendidos pela justiça.

16) Aumentar os recursos federal e estaduais, com a taxa das grandes fortunas, das propriedades, dos lucros e dividendos, para a assistência à saúde, possibilitando a oferta de ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) que atendam as necessidades da população, garantindo a regularidade dos recursos financeiros para o processo de regionalização, o apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, bem como para os Hospitais Regionais, além de ampliar e adaptar espaços em unidades, adequando-os para atendimentos específicos.

17) Mobilizar a sociedade propondo um plebiscito pela revogação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC nº 95/2016), que altera o ato das disposições constitucionais transitórias, de modo garantir a vinculação da

aplicação mínima de 10% da receita bruta da União, em ações e serviços de saúde, e pela revogação da Desvinculação da Receita da União (DRU), que retira recursos da Saúde. Rejeitar a permanência da DRU, que retira 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Tesouro Nacional, como forma de não prejudicar a “saúde” financeira do referido orçamento.

18) Promover, a partir do orçamento de 2020, a extinção da Desvinculação de Receitas da União (DRU), que retira 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Tesouro Nacional, como forma de não prejudicar a “saúde” financeira do referido orçamento

19) Alterar o percentual de aplicação do Produto Interno Bruto para o financiamento ao SUS, sendo: 10% (Nacional), 15% (Estado) e 15% (Município).

20) Trabalhar junto ao Congresso Nacional para desarticular e aprovar o Projeto de Iniciativa Popular (PLP nº 321/2013) que prevê aplicação de 10% da Receita Corrente Bruta da União para a saúde.

21) Propor o aumento do percentual mínimo do município destinado à saúde, de 15% para 20%, com aumento no investimento para a atenção básica.

22) Reduzir o gasto tributário da União com isenções fiscais a pessoas físicas, jurídicas e entidades filantrópicas e privadas, garantindo que esses recursos sejam investidos em serviços próprios do SUS, com implementação do Sistema Nacional de Auditoria, nas três esferas de governo – Lei nº 8689/93 - garantindo a efetivação e execução dos recursos destinados ao SUS, definindo a carreira de auditoria do SUS, de caráter multiprofissional.

23) Reduzir os benefícios, incentivos e isenções fiscais concedidos a grandes empresas para aumentar a arrecadação, destinando parte deste recurso à saúde.

24) Defender a eliminação absoluta dos subsídios públicos ao mercado de planos e seguros privados de saúde e de insumos, bem como o aprimoramento da cobrança do ressarcimento ao SUS, dos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar.

25) Garantir o ressarcimento do valor que as empresas privadas devem ao SUS e a tributação das remessas de lucros e dividendos de empresas internacionais, que atualmente são isentas de pagar o valor destinado para a Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social).

26) Estabelecer e destinar para a seguridade social: 50% do seguro DPVAT e dos royalties do Pré-Sal; a taxa sobre as grandes fortunas; aumento da alíquota do imposto sobre heranças; a instituição dos impostos sobre lucros e dividendos das instituições financeiras, assim como aumentar os impostos sobre todos os produtos reconhecidamente que causam danos à saúde (tabaco, bebidas alcoólicas, armamentos, agrotóxicos, refrigerantes, etc).

27) Aumentar as alíquotas da tributação sobre bebidas açucaradas, álcool, tabaco e motocicletas, como meio de fortalecer fontes de financiamento exclusivas da Seguridade Social e do SUS em particular.

28) Realizar reforma tributária solidária que promova a progressividade da tributação direta, fazendo com que quem tem menos pague menos; tributando as empresas multinacionais que estão isentas, as grandes

fortunas, grandes heranças, embarcações e aeronaves; aumentando a tributação sobre produtos danosos à saúde, como bebidas alcoólicas, alimentos com alta concentração de açúcar e sódio, tabacaria, agrotóxicos, conservantes, corantes e outros, que geram alto custo para o Sistema Único de Saúde, e alocar estes recursos nos serviços destinados à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação de doenças decorrentes do consumo e exposição a estes produtos pela população e pelo setor produtivo; revendo imediatamente a política de renúncia fiscal, convertendo os aumentos de arrecadação para investimento na seguridade social, além de dividir os Royalties do petróleo para todos os municípios do país, com porcentagens de 30%, divididos igualmente entre saúde, educação e previdência social.

29) Impedir que os recursos da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência) sejam utilizados para o pagamento da dívida pública

30) Criar um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF).

31) Implantar financiamento para os municípios de fronteira com incremento nos repasses para a saúde, sistematizando o atendimento a estrangeiros, com implementação de política de regularização migratória.

32) Estabelecer normativas financeiras temporárias aos municípios e capitais de fronteiras internacionais, sempre que agravos/doenças colocarem em risco a saúde da população no território.

33) Garantir os princípios do SUS como forma de acesso democrático e universal em situações migratórias, que não se efetivam sem a observação dos incrementos

populacionais na garantia do financiamento das ações e serviços de saúde. Desta forma, além do cálculo populacional e estimativa do IBGE, o SUS deve utilizar de outros instrumentos públicos para a definição de seus valores de financiamento da Atenção Básica.

34) Garantir o financiamento tripartite para serviços de base territorial e comunitária não manicomial, como Caps tipo I, II, III, AD, AD III e infanto-juvenil, com ênfase em Caps III e Caps AD III, de forma a fortalecer e ampliar o cuidado em saúde mental de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica e da Lei Federal Nº 10.216/2001, fortalecendo a política de cuidado de Atenção Integral e Intersetorial ao usuário de álcool e outras drogas, pautado na Política de Redução de Danos, garantindo o direito à saúde e à vida, respeitando a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o caráter não-asilar, fomentando o cuidado em serviços substitutivos de base territorial e recomendando ao Governo Federal que atualize e incremente o valor de custeio mensal dos Caps, que permanece inalterado desde 2008.

35) Garantir recursos para desenvolver os programas de promoção, prevenção, atenção e reabilitação de usuários de substâncias psicoativas, contemplando os diferentes níveis de complexidades, na perspectiva da estratégia de redução de danos, considerando os aspectos preconizados na Lei nº 10.216/2001.

36) Aumentar e garantir os recursos para o funcionamento dos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial e que os recursos financeiros investidos nas Clínicas de Internação Involuntária sejam revertidos para a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (Caps AD, Unidade de Acolhimento, Caps III (24h); Caps Infanto-juvenil, Centro de Convivência e Residências Terapêuticas) para

prosseguimento do tratamento dos usuários de substâncias psicoativas e transtornos.

37) Garantir o financiamento federal para a contratação de agentes de combates às endemias levando em consideração o registro geográfico de imóveis para atender o preconizado pelo Ministério da Saúde.

38) Garantir o repasse de recurso financeiro para os agentes de combate às endemias e agentes comunitários de saúde, de forma oferecer cobertura territorial dos municípios, instituído pela Lei nº 13.708/18, garantindo o quantitativo de até 750 pessoas por micro área coberta pelos agentes comunitários de saúde e o piso salarial destes profissionais.

39) Aprovar a PEC nº 22/2011, que dispõe sobre o piso salarial dos Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde.

40) Garantir junto ao Ministério da Saúde uma portaria exclusiva que garanta o repasse adicional anual aos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias, observando que mais de 120(cento e vinte) municípios já destinam este recurso aos profissionais.

41) Valorizar financeiramente todos os profissionais da Atenção Básica em Saúde, como meio de fortalecer e defender a Estratégia de Saúde da Família, como modelo de atenção resolutive no cuidado em saúde no SUS, com Planos de Cargo, Carreira e Salários.

42) Construir e implantar para todas as categorias de servidoras(es) do Sistema Único de Saúde (SUS), um plano de cargos, carreiras e salários, garantindo o piso nas três esferas de governo, conforme as diretrizes

nacionais para a gestão do trabalho no SUS, incluindo esta meta nos termos de compromisso de gestão (Pacto pela Saúde), conforme determina a Lei Complementar nº 8142/90.

43) Garantir mais recursos na saúde bucal para equipar melhor os consultórios odontológicos nas UBS como: aparelho de radiografia digital em salas adequadas, para que possa escanear as imagens do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e material de consumo de melhor qualidade; financiar cursos de especialização; ampliar as equipes e aperfeiçoar os profissionais para melhor atender ao usuário.

44) Promover a revisão da tabela SUS (sem reajuste linear há 17 anos), em conformidade com o grau de complexidade, adequando de forma crescente os valores; criando estratégias para viabilizar o aumento dos valores e a adequação do rol de procedimentos; junto ao Governo Federal; bem como, a revisão dos valores e custos das consultas, exames e todos os procedimentos, estabelecendo cronograma e revisão a cada dois anos.

45) Atualizar, pelo Ministério da Saúde, os valores da tabela SUS, com garantia de pagamento equivalente aos prestadores de serviços em saúde, no que se refere às autorizações de internação hospitalar(AIH) e ao boletim de produção ambulatorial (BPA).

46) Garantir, por parte da União, o repasse de 20% do recurso para a saúde, reajustando, a cada quatro anos,

os valores dos procedimentos constantes na tabela SUS.

47) Garantir financiamento global das ações e serviços de Média e Alta Complexidade (MAC), respeitando as diversidades loco regionais e populacionais, de modo a viabilizar a constituição das redes regionalizadas e integrais de atenção à saúde, revisando, anualmente, a quota de valores dos procedimentos do SUS, de acordo com os índices de inflação, de modo fortalecer os hospitais regionais e aumentar a oferta de exames e especialidades médicas em âmbito municipal e estadual.

48) Fortalecer e garantir recursos para a regularização das Redes de Atenção à Saúde (RAS); Rede de Atenção Psicossocial (Raps); Rede de Urgência e Emergência; Rede Cegonha e Rede de Pessoas com Deficiência.

49) Garantir recursos financeiros e assistência aos pacientes renais, desde a assistência médica até ao transplante.

50) Definir recursos financeiros da União para a garantia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC), de Educação Popular em Saúde em todos os níveis de atenção, com o estímulo à formação dos profissionais de saúde nessas áreas e garantia de infraestrutura.

51) Destinar incentivo e recursos financeiros para a produção de hortas, farmácias vivas, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics), nas Unidades de Saúde da Família, nos serviços da Rede de Saúde Mental, no Centro de Atenção Psicossocial (Caps), nas residências terapêuticas, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ainda incentivar a população na manutenção das hortas.

52) Definir o ordenamento jurídico pátrio, por meio de inserções de dispositivos na Lei nº 8.080/1990 e no Decreto nº 7.508/2011, da competência dos municípios e Distrito Federal quanto ao financiamento complementar das ações e serviços da Atenção Básica, bem como da União e estados federativos, quanto ao financiamento das ações e serviços de média e alta complexidade, especialmente de procedimentos especializados ambulatoriais e hospitalares e, de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica.

53) Revogar a Emenda Constitucional nº 86/2015, que trata do orçamento impositivo, por retirar recursos da saúde pública; possibilitar que as emendas parlamentares do orçamento impositivo sejam contabilizados como gastos com saúde; e utilizar 25% dos recursos do Pré-Sal como aplicação adicional ao mínimo, em ações e serviços públicos em saúde.

54) Investir 10% do orçamento impositivo (emendas parlamentares) em pesquisas e desenvolvimento de tecnologias para a saúde.

55) Assegurar a utilização dos recursos oriundos da participação da União na exploração de petróleo e gás natural do Pré-Sal para investimentos nas áreas de saúde e educação, conforme previa a extinta Lei nº 12.351/2010.

56) Propor Emenda à Constituição (PEC) para que os royalties do Pré-Sal (Petrobrás) tenham 20% dos valores recebidos destinados para a saúde.

57) Revogar imediatamente a Portaria nº 3992/2017 que extingue os seis blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta complexidade, Assistência Farma-

cêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Investimentos) e institui dois blocos (Investimento e Custeio), com objetivo de garantir as atividades preventivas, bem como facilitar as atividades do controle social e dos serviços de auditorias.

58) Estabelecer o repasse do Ministério da Saúde (MS) para os Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest) dentro da Vigilância em Saúde e não no teto da Média e Alta Complexidade (MAC), a fim de garantir o funcionamento do Cerest, com equipe suficiente, transporte e insumos para execução das ações planejadas.

59) Ampliar os recursos para garantir Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) nas distintas regiões de saúde do país, em particular, em áreas que atendem ao trabalhador rural.

60) Definir que os estados, a União e os municípios revejam e atualizem os valores dos repasses de recursos do SUS, em percentual que garanta 100% do financiamento necessário respeitando-se os parâmetros quantitativos e qualitativos para o atendimento da população, conforme Portaria nº 1631/2015, Decreto nº 7.508/2011 e Lei Complementar nº 141/2012, garantindo-se as especificidades regionais – Fator Amazônico.

61) Destinar os recursos para a saúde respeitando as especificidades loco regionais, aumentando o recurso financeiro da estratégia de saúde da família e da saúde indígena na região da Amazônia Legal, e atualizar os repasses federais referentes as equipes de saúde da família e saúde bucal.

62) Aumentar em 100%, com correção anual pelo índice

inflacionário e variação populacional, o valor do Piso da Atenção Básica (PAB), bem como revisar e corrigir os valores dos incentivos para a Atenção Básica, considerando o fator amazônico.

63) Garantir uma política de financiamento diferenciada para a região Amazônia Legal, garantindo no mínimo 20% a mais do que das outras regiões, para efetivar a equidade de condições para o desenvolvimento das políticas públicas, baseadas nos parâmetros de extensão territorial e densidade demográfica regionais.

64) Realizar o aumento dos incentivos financeiros para medicamentos e permitir a fabricação do canabidiol pela Portaria nº 344/98, credenciados e fiscalizados pela Anvisa.

65) Ampliar recursos para oferta de medicamentos para pessoas com doenças crônicas, mediante o devido repasse financeiro dos governos estaduais e federal.

66) Reativar, ampliar e fortalecer o Programa Farmácia Popular e garantir que o repasse financeiro para a assistência farmacêutica seja baseado no número de municípios cadastrados no e-SUS e não no censo demográfico populacional do IBGE, assegurando a fiscalização adequada.

67) Garantir e ampliar os repasses financeiros das três esferas do governo (federal, estadual e municipal) para aquisição de medicamentos do componente básico, estratégico e especializado.

68) Garantir o financiamento e a ampliação dos Laboratórios Oficiais e dos Centros de Pesquisa Nacionais,

destinando recursos federais para o desenvolvimento científico e tecnológico, e para inovações, fortalecendo o intercâmbio entre as pesquisas científicas e as políticas públicas de saúde, para a produção pública de fármacos, que sejam de interesse do SUS.

69) Aumentar o financiamento de Pesquisas Estratégicas e o desenvolvimento de novas Tecnologias em Saúde para fortalecer o intercâmbio entre os achados, as Políticas de Saúde e a efetividade dos serviços.

70) Aumentar a proporção de recursos públicos investidos na atenção básica em saúde, garantindo a ampliação de estrutura e a cobertura populacional, instituindo a responsabilidade sanitária com envolvimento do controle social, com intuito para 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).

71) Ampliar o investimento financeiro, pelo ente federal, para a Atenção Básica, visto que se trata da porta de entrada dos serviços de saúde, reajustando os valores de repasse do PAB Fixo e do PAB Variável, considerando as diferenças regionais do país, os perfis epidemiológicos e as variáveis do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

72) Pleitear ao Ministério da Saúde financiamento para os municípios realizarem compra de Unidades Básicas de Saúde Móveis, com o objetivo de levar o atendimento da Atenção Básica a todas as comunidades rurais e de difícil acesso.

73) Aumentar os repasses para ESF com redução da população adstrita para 2.500 habitantes, saúde bucal, assistência farmacêutica, dentre outros, utilizando o Cartão Nacional de Saúde (CNS) para cálculo per capita de custeio; transformar as Estratégias Saúde da Família (ESF) em política de estado; e estudar o repasse federal do 13º salário para todos os programas.

74) Otimizar os gastos em saúde, ampliando o financiamento tripartite para garantir financiamento estável e sustentável do SUS, fortalecendo e ampliando o investimento na Atenção Básica em Saúde, como ordenadora do cuidado, revogando a Pnab 2017, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família, o número de equipes e de profissionais nos Nasf, da Saúde Bucal, da Promoção de Saúde, Saúde Mental e no atendimento de média complexidade, bem como investir nos processos de educação permanente em saúde dos trabalhadores (a) s em gestão pública de saúde.

75) Fortalecer e qualificar a Atenção Primária a Saúde (APS) através do aperfeiçoamento da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF), garantindo a ampliação de seu financiamento, fortalecendo as Políticas Públicas de Promoção à Saúde, fortalecendo a atenção básica com equipe multiprofissional e comissão terapêutica multidisciplinar e cumprimento do Programa Saúde da Mulher no âmbito Federal, bem como modelo de atenção centrado nas pessoas e territórios organizados em redes assistenciais ancorados na APS, como elemento coordenador/ordenador do sistema, garantindo integralidade do cuidado e cobertura da ESF para da população.

76) Garantir que o financiamento dos serviços de saúde ofertados ao cidadão em qualquer território nacional, via cartão SUS, seja creditado ao município/estado de atendimento, visando garantir o acesso universal e a compensação de gastos para entes federados que ofertam os serviços.

77) Garantir pela União, de forma definitiva, o aporte de recurso financeiro e tecnológico necessário para a implementação do Prontuário Eletrônico de Cidadão (PEC).

78) Financiar e incentivar a educação permanente e continuada de acordo com os princípios do SUS, priorizando as necessidades de saúde vigente, com aumento de aporte financeiro federal para os estados e municípios, ampliando e fortalecendo as tecnologias/informática em saúde, visando à interação da rede de saúde.

79) Garantir o custeio do Governo Federal para fórmulas alimentares para pacientes com necessidades específicas, de acordo com a demanda dos municípios.

80) Destinar financiamento para reforma de imóvel público para a implantação de Unidade de Saúde para atendimento veterinário.

81) Revogar a Lei nº13097/2015 que aprovou a entrada do capital estrangeiro na saúde.

82) Reverter os valores arrecadados ao SUS com a venda de carros apreendidos, após prazo legal de recurso, passíveis de leilão.

83) Garantir investimentos nos assentamentos quilombolas, ribeirinhos, assentados e afins para construções de Unidades de Saúde, de acordo com a peculiaridade local.

84) Garantir aos usuários de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) a tabela por diária compatível com os custos reais.

85) Criar leis específicas que garantam a devolução aos cofres públicos dos crimes de corrupção na área da saúde.

86) Garantir a revisão e atualização dos valores da tabela SUS, em todos os níveis de atenção à saúde, considerando as diferenças regionais e o custo operacional dos serviços de saúde, em cada estado da federação, através de vinculação de recursos extras oriundos da taxa dos produtos de exportação.

87) Estabelecer uma política de custeio e investimento para o transporte sanitário.

88) Promover plebiscitos populares e discussões sobre financiamento para redefinir paradigmas e estratégias, afastando, também, qualquer projeto de privatização do serviço que envolva compra, distribuição e dispensação de medicamentos.

Moções aprovadas na Plenária Deliberativa da 16ª Conferência Nacional de Saúde

MOÇÃO DE REIVINDICAÇÃO

Percentual de Aprovação: 93,6% (nº 34)

Destinatário: Ministério da Saúde; Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Ministério da Educação; Ministério da Cidadania; Conselho Nacional de Saúde; Conselho Nacional de Direitos da Mulher; Conselho Nacional de Educação; Conselho Nacional de Assistência Social.

Texto da Moção: Reivindicar a implementação e consolidação da Política de Saúde Integral das Mulheres, assegurando seus direitos sexuais e reprodutivos, com acesso desburocratizado ao planejamento reprodutivo, respeitando o protagonismo e a autonomia das mulheres e ampliação do acesso a todos os métodos contraceptivos na Atenção Primária de Saúde (APS), em especial diafragma e dispositivo intrauterino (DIU), bem como capacitação prática dos médicos(os) de família e enfermeira(o)s da APS e das maternidades; Garantia a implementação do Protocolo de Atendimento Humanizado às Vítimas de Violência Sexual com a organização da Cadeia de Custódia, qualificação do atendimento nos hospitais e garantia da realização do aborto, nos casos previstos em lei; implementação do novo modelo de Atenção Obstétrica e Neonatal no país, implementação das RDC 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a RDC 36/2013 da ANVISA para a ambiência e processos assistenciais adequados no parto

humanizado e nascimento; Estruturação da educação em saúde, de atenção pré-natal e nas maternidades, baseada em evidência, assegurando a atuação da enfermagem obstétrica em todos os níveis, e das Doulas em todas as maternidades; Assegurar o financiamento adequado para todas as maternidades públicas, especialmente para as que já são referências nacionais no modelo de assistência preconizado e que atendam a Portaria Ministerial de Centros de Parto Normal da Rede Cegonha, para ampliação de acesso a leitos qualificados e campo de práticas assistencial e formação dos profissionais no modelo baseado em evidências; Assegurar o direito à maternidade e o direito dos bebês à permanência com sua mãe e família, inclusive aquelas em situação de rua, circenses, população privada de liberdade, com deficiência, com transtorno mental, em uso de álcool e outras drogas; Adequar processos de trabalho e de educação permanentes, para o enfrentamento a toda forma de violência contra a mulher e para eliminar preconceitos e violência obstétrica, atendimentos desumanizados, racismo institucional e separação indevida de mãe e filho, que quebrem o sigilo e a ética profissional. Valorizar e ampliar os programas de saúde sexual e reprodutiva da juventude focando também nos programas de prevenção de IST e HIV/AIDS.

5.2. MOÇÕES DE RECOMENDAÇÃO

Percentual de Aprovação: 91,4% (nº 63)

Destinatário: Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Texto da Moção: Considerando a falta de acessibilidade nos espaços públicos, inclusive nas estruturas físicas do local da 16ª Conferência Nacional de Saúde (rampas, banheiros adaptados, respeitando a todas deficiências, piso tátil e avisos sinalizando obstáculos, intérprete de libras na recepção), nos espaços privados (principalmente nos hotéis), adequação do termo pessoas com deficiência, bem como adequação dos termos utilizados para os profissionais da área e suas especificações, conforme as legislações acima citadas.

Percentual de Aprovação: 74,8% (nº 65)

Destinatário: Conselho Nacional de Saúde

Texto da Moção: Fortalecer a articulação Inter federativa para a construção/implementação de uma aliança com os municípios e estados com a participação efetiva do CONTROLE SOCIAL para concretização dos objetivos do desenvolvimento sustentáveis. Todos os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentáveis e suas metas são importantíssimas. Porém, gostaria de destacar alguns: ODS 3 – Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos em todas as idades. ODS 5 – Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas e ODS 11 – Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivo, seguros, resilientes e sustentáveis.

5.3. MOÇÕES DE APELO

Percentual de Aprovação: 95,97% (nº 17)

Destinatário: Presidência da República

Texto da Moção: A imprensa brasileira, que tanto gosta de manchetes sobre CPI nunca noticiou uma linha sobre a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI da dívida) realizada na Câmara dos Deputados entre 2009 e 2010. Essa CPI apurou uma série de indícios de ilegalidades e ilegitimidades no processo e composição da dívida brasileira. A CPI revelou um esquema e as seguintes ilegalidades: I) o Estado assumiu dívidas privadas; II) uma série de cláusulas ilegítimas nos contratos de endividamento externo; III) dívidas vencidas que ainda continuavam sendo pagas; IV) o próprio setor financeiro determinando a taxa de juros SELIC, dentre outros absurdos.

Uma auditoria da dívida pública com participação social é um elemento indispensável para enfrentar esse sistema da dívida. O objetivo das auditorias não é um exercício de contabilidade rotineira, mas sim tentativa de iniciar um amplo movimento de participação popular para reforçar os processos democráticos e confrontar o poder financeiro instalado. A auditorias da dívida são ferramentas para envolver as pessoas na investigação sobre o impacto que o endividamento tem tido sobre a economia e a população. A dívida pública no Brasil consome todos os anos cerca de 50% do orçamento federal, o que resulta na falta de recursos para a execução das políticas públicas. O que se observa é que os beneficiários desse sistema da dívida são representantes do próprio sistema financeiro em prejuízo da população, uma vez que o dinheiro público é desviado das

políticas públicas por esses canalhas que criam mecanismos fraudulentos para essa finalidade. Os governos das três esferas, federal, estadual e municipal, utilizam a dívida pública para justificar as ações de austeridade fiscal a exemplo da EC 95 e das reformas trabalhistas e da previdência. Chega de roubo do dinheiro público pelo sistema da dívida pública. Auditoria já!

Percentual de Aprovação: 93,9% (nº 13)

Destinatário: Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Congresso Nacional.

Texto da Moção: Os delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde acompanham com preocupação a liberação recorde de agrotóxicos pelo Governo, não bastasse que o Brasil, desde 2008, mantenha a posição de maior consumidor de agrotóxicos do mundo, 290 produtos foram liberados só em 2019, 41% deles de extrema ou alta toxicidade e 32% de produtos banidos na União Europeia. Esse volume de registros/liberação de agrotóxicos é considerado o maior da última década, segundo pesquisa realizada pelo Instituto Datafolha, em julho de 2019, a ampla maioria (72%) dos brasileiros acredita que os alimentos produzidos no Brasil possuem mais agrotóxicos do que deveriam. Estudos reunidos no Dossiê Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), trazem evidências da associação entre o consumo de agrotóxicos e a ocorrência de efeitos neurotóxicos, neuropatias, alterações cromossômicas, dermatites,

lesões hepáticas, arritmias cardíacas, lesões renais, alergias, teratogêneses, cânceres e fibrose pulmonar, entre outros efeitos. Entretanto, os impactos nocivos do uso de agrotóxicos vão ainda além dos agravos à saúde, comprometendo questões sociais e o ambiente, afetando todo o sistema alimentar. Neste contexto, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) já havia considerado que “o uso de agrotóxicos é antagônico à realização de direitos humanos, em especial, o direito humano à alimentação adequada, além de que a gravidade da violação que o agrotóxico representa é ainda maior dada a interface da segurança alimentar com outros direitos humanos, como o direito à saúde, a um meio ambiente saudável e à informação, entre outros” (CONSEA, 2012). O CONSEA reafirma que “diversas recomendações que confluem para a urgente necessidade de se coibir o uso excessivo, muitas vezes irresponsável, de veneno; e para promover políticas públicas alinhadas com a lógica de uma transição agroecológica e promotora da soberania alimentar das populações brasileiras. Desse modo, o Conselho coloca em xeque o próprio modelo de desenvolvimento rural vigente no Brasil” (CONSEA, 2012).

Percentual de Aprovação: 92,2% (nº 33)

Destinatário da Moção: Congresso Nacional, Senado Federal, Câmara dos Deputados e Ministério da Saúde.

Texto da Moção: A mudança no perfil epidemiológico e demográfico brasileiro exige mudanças imediatas no modelo de cuidado em saúde para uma perspectiva mais integral e que tenham efetividade nas condições

crônicas. Neste sentido, organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde recomendam desde a Conferência de Alma Ata a introdução das Medicinas Tradicionais e Práticas Integrativas nos sistemas de saúde. A inovação no cuidado e as evidências científicas em uma perspectiva ampliada estão disponíveis desde a década de 80, no entanto tem sofrido preconceitos negando sua efetividade para os problemas de saúde da atualidade. A recomendação da OMS por meio de diferentes documentos que publicam as evidências científicas em prol da PICS, que resolvem integralmente a origem de desequilíbrios e patologias, contribuindo no custo benefício aos estados e municípios. Assim, a instituição de uma Lei Nacional facilitará a implantação e implementação progressiva das 29 PICS, com estabelecimento de metas e estratégias de avaliação e monitoramento, visando ampliar os atendimentos em toda a rede de atenção à saúde (RAS) segundo as necessidades específicas de cada território. Poderá contribuir para estabelecer a regulação e um plano de cargo, carreira e salário para as/os profissionais que realizam as PICS de modo interprofissional, e ainda disponibilizar recursos financeiros nos respectivos orçamentos interfederativos.

Percentual de Aprovação: 91,3% (nº 66)

Destinatário: Ministério da Saúde

Texto da Moção: Os delegados do Estado do Rio de Janeiro vêm pedir apoio a criação de lei interministerial que defina os parâmetros de funcionamento dos CECCOS em âmbito nacional de forma Intersetorial, garantido ao usuário do SUS em sofrimento psíquico a cir-

culação na cidade, a convivência social, com qualidade, equidade e igualdade como prevê a lei 8080/88 do SUS. Os centros de convivência fazem parte da RAPS de 2011 e são dispositivos de vital importância para a promoção de saúde não somente dos usuários em sofrimento psíquico mais também para as diversas comunidades que utilizam esses serviços, sempre localizados nos territórios em articulação com os CAPS, CAPSIJ, CAPSAD e atenção básica.

Percentual de Aprovação: 91,2% (nº 03)

Destinatário: Ministério da Saúde

Texto da Moção: A Organização Mundial da Saúde define Cuidados Paliativos como uma estratégia que melhora a Qualidade de Vida de pessoas (pacientes e familiares) no contexto de doenças que ameaçam a vida, priorizando o cuidado interdisciplinar para prevenção e alívio de sofrimento nas dimensões física, emocional, social e espiritual. Deve ser ofertado precocemente e atender e atender inclusive a fase de luto. Em outubro de 2018, foi publicada a Resolução 41, tripartite, que dispõe sobre as Diretrizes dos Cuidados Paliativos, à luz dos Cuidados Integrados no âmbito do SUS. Desde então estamos aguardando a publicação de portaria ministerial que coloque em prática as diretrizes da referida resolução. Respeitosamente, APELAMOS ao Senhor Ministro da Saúde, para que encaminhe a publicação de Portaria que garanta a oferta de cuidados

Paliativos integrada a Rede SUS, conforme Resolução 41, publicada em outubro de 2018. “Pessoas que sofrem

não podem ser deixadas para trás”.

Percentual de Aprovação: 91,1%(nº 07)

Destinatário: Anvisa, Ministério da Saúde e Congresso Nacional

Texto da Moção: Nós, delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, acompanhamos o processo regulatório que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa vem conduzindo com vistas à restrição do uso e consumo de gorduras trans. Níveis elevados de ingestão de ácidos graxos ou gordura trans produzidos industrialmente estão fortemente associados ao desenvolvimento de DCV e a óbitos. Hoje, o que mais mata as pessoas no mundo e no Brasil são as doenças crônicas não transmissíveis, especialmente as doenças cardiovasculares. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), meio milhão de pessoas morrem, a cada ano, por causa da gordura trans em sua comida. Além dos riscos de derrame, estudos relacionam o consumo de gorduras trans à infarto, infertilidade, endometriose, cálculos biliares, doença de Alzheimer, diabetes e alguns tipos de câncer. O impacto socioeconômico para cidadãos e para o Estado é crescente, sendo considerado um problema para a saúde pública mundial. Por isso, a redução do consumo de gordura trans é considerada uma prioridade política da OMS. Atualmente, mais de 50 países adotaram ou estão implementando regulações obrigatórias para diminuir ou eliminar o consumo de gorduras trans industriais. Medidas já foram adotadas por diversos países da Europa, Ásia, África e na Região das Américas: Chile (2009), Argentina (2010), Colômbia (2012), Equador (2013), Estados Unidos da América (2015), Peru (2016), Canadá e Uruguai (2017). Logo, percebe-se que o Brasil está em déficit em relação à restrição de gorduras trans,

iniciativa relacionada à efetividade de políticas públicas como as de Saúde, de Promoção da Saúde, de Alimentação e Nutrição, de Segurança Alimentar e Nutricional, entre outras. Por esta razão, nos manifestamos favoravelmente ao cumprimento do cronograma do processo regulatório da Anvisa, ao respeito aos subsídios técnicos reunidos durante esse processo. Pela saúde do coração, gordura trans não!

Percentual de Aprovação: 89,2% (nº 29)

Destinatário: Governo Federal, Congresso Nacional e Conselho Nacional de Saúde

Texto da Moção: Defesa de um SUS Público, estatal, sob a administração direta do Estado, gratuito, de qualidade e para todos e todas! Revogação imediata das medidas que retrocedem e retiram direitos: Contrarreforma trabalhista, terceirização irrestrita e EC 95, que congela os investimentos sociais por vinte anos e na prática destrói a saúde e a educação pública, patrimônio do povo brasileiro! Defesa da Seguridade Social, possibilitando políticas sociais que assegurem os direitos relativos à saúde, previdência, assistência social, educação, trabalho e moradia” Retirada imediata da PEC 06/2019 (Contrarreforma da Previdência). Nosso povo não vai trabalhar até morrer! Gestão direta do Estado na saúde! Revogação das leis da EBSERH, Fundações, OSs, OSCIPs e Serviços Sociais Autônomos. Revogação da lei que libera a entrada do capital estrangeiro na saúde! Retirada imediata da PEC 29/2015 que altera o artigo 5º da Constituição Federal e torna crime de aborto a interrupção da gravidez desde a concepção. Realização de concurso público pelo Regime Jurídico Único e por plano de carreira dos servidores do Sistema Único de Saúde em todos os níveis. Taxação de grandes fortunas.

A ganância dos super-ricos dever ser tributada! Auditoria da obscura dívida pública brasileira, com suspensão imediata do pagamento dos juros fraudulentos. Reafirmar a saúde como direito universal e integral e dever do Estado; destinando 10% da Receita Correta Bruta da União ou equivalente, assegurando financiamento estável, exigindo que os recursos vinculados à saúde em nível federal sejam efetivamente realizados na saúde e não desviados para outros fins, rejeitando a permanência da Desvinculação das Receitas da União e da Lei de Responsabilidade Fiscal. Imediato reestabelecimento do financiamento público das universidades e institutos federais. Retirada do projeto de lei do “Future-se”, que estabelece uma contrarreforma do ensino superior, técnico, tecnológico, prevendo parcerias público-privadas, gestão por OS, venda de leitos dos hospitais universitários para plano de saúde e venda de patrimônio das universidades. Revogação da MP 890/2019 (Programa Médicos pelo Brasil), que cria a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde como serviço Social Autônomo de direito privado, adotando um modelo centrado exclusivamente na doença e no profissional médico, seguindo a orientação dos organismos internacionais para a implementação de uma atenção primária seletiva contrária ao direito universal à saúde.

Percentual de Aprovação: 88,4% (nº 18)

Destinatário da Moção: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conass e Conasems

Texto da Moção: Considerando que: os agentes comunitários de saúde – ACS são os principais responsáveis pela formação de vínculo entre as equipes da Saúde da Família e a comunidade; a Portaria do Ministério da Saúde nº 1007/2010 que regulamenta a incorporação

dos agentes de combate às endemias – ACE, ou dos trabalhadores com denominações diferentes que desempenham atividades semelhantes, à Atenção Primária à Saúde, para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família; são atribuições dos ACS e ACE a orientação da comunidade quanto à adoção de medidas de promoção de saúde, prevenção de doenças, visitas domiciliares periódicas, o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas de saúde, planejamento, programação e desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, de forma articulada com as equipes de saúde da família; os ACS e ACE somam um número em torno de 360 mil trabalhadores, com ampla capilarização no Brasil, que contribuem para o alcance da cobertura de atenção à saúde e com o acesso ao direito à saúde; os ACS e ACE são trabalhadores que atuam exclusivamente no SUS, no âmbito de políticas públicas de saúde, e que a estes não foi garantida uma formação profissional específica para realizar suas atribuições; é a formação técnica que habilita o trabalhador profissionalmente e que o Curso Técnico de Agentes Comunitários de saúde – CTACS e o Curso Técnico de Vigilância em Saúde – CTAVS são os cursos adequados para formar agentes para exercerem suas atribuições; o referencial do CTACS e as diretrizes curriculares do CTAVS forma regulamentados e publicados pelos Ministério da Saúde e da Educação em 2004 e 2011, respectivamente; a formação técnica do ACS e do ACE envolve os demais trabalhadores da equipe e de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, Seguridade Social e Educação, facilitando o trabalho intersetorial para o atendimento às demandas sociais, epidemiológicas e demográficas atuais; o Brasil possui rede pública de instituições de ensino em nível municipal, estadual e federal que inclui a Rede de Escolas Técnicas do SUS, a Rede Federal de Educação Profissional Científica e Tec-

nológica, as escolas técnicas estaduais e as universidades estaduais e federais.

Os delegados e delegadas reunidos na 16ª Conferência Nacional de Saúde apelam para: a execução integral da formação técnica completa dos ACS e da formação técnica em vigilância em saúde como políticas públicas prioritárias de formação para os agentes, garantida mediante financiamento público; a garantia da oferta integral das referidas formações na modalidade de ensino presencial; a construção de uma agenda de trabalho permanente para viabilizar a formação técnica de todos os ACS e trabalhadores da vigilância em saúde do país; que o Curso Técnico em ACS e o Curso Técnico em Vigilância em Saúde sejam executados exclusivamente por instituições públicas de Ensino, de modo a serem pautados pelos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde, com vistas a qualificar a implementação da política de saúde universal, estatal, gratuita e atenta às necessidades da população.

Percentual de Aprovação: 88,2% (nº 64)

Destinatário: Ministério da Saúde

Texto da Moção: A educação popular em saúde é um mecanismo que pauta suas ações na perspectiva da amorosidade, respeito à cultura de todos os povos, autonomia do sujeito, participação popular, partilha de saberes, empoderamento, equidade e compartilhamento de experiências, em alinhamento com os princípios do SUS. Com tantos golpes, viemos através dessa moção reafirmar a importância da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS). a primeira afirma que as práticas e

reflexões da Educação Popular em Saúde representam um caminho capaz de contribuir com experiências, metodologias, tecnologias e conhecimentos para a constituição de novos sentidos e práticas no âmbito do SUS, potencializando não só a educação em saúde, mas também o delineamento de princípios éticos orientadores de novas posturas na gestão, na formação, na participação popular, no controle social em saúde e no cuidado tal qual sugere as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) regulamentadas no âmbito do SUS pela PNPICS que tem contribuído para a diminuição da medicalização e a quebra do paradigma biomédico. Solicitamos, portanto, que se efetive a implementação dessas políticas, bem como das Políticas de promoção da Equidade, e que as mesmas sejam um compromisso coletivo, inclusive no âmbito governamental. Além disso, tendo em vista a importância do Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde (EdpopSUS) realizado ao longo dos últimos 5 anos, em 15 estados e no distrito federal, impactando mais de 20 mil educandos, especialmente trabalhadores da atenção básica do SUS, solicitamos a continuidade do curso de aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdpopSUS), bem como de outras iniciativas de formação em educação popular em saúde. O curso tem como objetivo fortalecer o protagonismo dos trabalhadores e movimentos sociais junto à população, ampliar a discussão do direito à saúde, refletir sobre o processo de determinação social da saúde e da doença, e potencializar tanto os processos pautados na dialogicidade, a problematização e a participação social, quando da rede de práticas integrativas e complementares de saúde. Esperamos como resultados maior qualificação dos trabalhadores para atuarem no processo de prevenção de doenças prevalentes nessa região e, principalmente, de promoção da melhoria das condições de

vida da população, por meio do fortalecimento das redes de práticas integrativas e complementares de cuidado à saúde e da mediação entre saberes técnico-científicos e populares

Percentual de Aprovação: 87,5% (nº40)

Destinatário: Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde - Conselho Nacional de Saúde.

Texto da Moção: Nós, participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde, nos somamos ao movimento de residentes, preceptoras/es, tutoras/es, coordenadoras/es, trabalhadoras/es e sociedade científica pela formulação de uma legislação normativa e efetivação de uma Política Nacional de Residências em Saúde a ser aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), além da retomada imediata da CNRMS garantindo a nomeação de seus membros, nos termos já negociados e pactuados junto ao CNS.

Percentual de Aprovação: 84,6% (nº 01)

Destinatário: Congresso Nacional

Texto da Moção: Tendo em vista o descaso das autoridades nos 03 níveis do federalismo onde o Estado não exerce o poder de polícia e deixa o mercado sobressair causando grandes impactos negativos na sociedade, rompendo assim, com um dos princípios mais básicos da dignidade humana: direito à vida, à propriedade e outros. A realidade nos mostrou que nos últimos 04 anos os referidos desastres ambientais de mineradoras á exemplo: barragem de fundão de Mariana: barragem B1 da mineradora Vale, da mina “córrego do feijão” no

município de Brumadinho em Minas Gerais e outras localidades com grande potencial de risco. Por fim, somente com a força da 16ª CNS, por meio de seus delegados para acordar o clamor por uma sociedade mais justas e igualitária e seus direitos respeitados por meio dos seus representantes legítimos.

Percentual de Aprovação: 83,6% (nº 35)

Destinatário: Congresso Nacional; Casa Civil; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde; Conselhos de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Texto da Moção: Regulamentação dos profissionais Naturólogos pelo Congresso Nacional, seu devido reconhecimento por parte do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, considerando a sua inclusão nos Planos de Saúde e na Política Nacional de Saúde, com a garantia de financiamento adequado e suficiente para realizar a implantação e implementação de Políticas Públicas que façam interface com o profissional Naturólogo, considerando toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), dos estados e municípios. O intuito é atuar na prevenção de agravos, na recuperação e promoção de saúde e bem-estar, por meio da educação em saúde e cuidados integrativos centrados no indivíduo, contribuindo para a redução de custos orçamentários do sistema, aumentando a resolutividade e racionalização das ações em saúde, ampliando o acesso e cuidado.





CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
EQUIDADE E

7 de

2019

5.4. MOÇÕES DE APOIO

Percentual de Aprovação: 95,7% (nº 08)

Destinatário: Presidência da República, Congresso Nacional, Ministério da Saúde e Ministério do Meio Ambiente e Conselho Nacional de Saúde.

Texto da Moção: A promoção e a prevenção para a saúde são as ferramentas estratégicas para garantir o padrão sanitário e a qualidade de vida de uma população. Os antigos Centros de Controle de Zoonoses (CCZ), hoje denominados Unidades de Vigilância de Zoonoses (UVZ), são as bases operacionais estratégicas para o controle de enfermidades e agravos, que atingem sobretudo as populações em maior vulnerabilidade social, as quais destacamos: DENGUE, ZIKA, CHIKUNGUNYA, LEISHMANIOSE (CALAZAR), RAIVA e FEBRE AMARELA, além dos acidentes causados por serpentes e escorpiões, entre outros. Em virtude dos motivos expostos, pleiteamos o apoio para validação desta moção que reivindica o financiamento para fortalecimento por meio de instalação, reforma, ampliação e manutenção física e funcional destas Unidades.

Percentual de Aprovação: 95,5% (nº 06)

Destinatário: Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Texto da Moção: A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível que vem ganhando destaque no cenário nacional e internacional, com tendências de crescimento na última década na maioria dos países de renda média, como é o caso do Brasil. A sífilis afeta 1 milhão de gestantes por ano em todo o mundo, e como também se

transmite por via transplacentária, tem causado mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, colocando em risco de morte prematura mais de 215 mil crianças. Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita, anualmente. Dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis (2018) revelam dados preocupantes. No período de 2010 a junho de 2018, foram notificados 479.730 casos de sífilis adquirida, com uma taxa de detecção de 58,1 casos de sífilis adquirida por 100 mil habitantes em 2017. Já sobre a sífilis em gestantes, no período de 2005 a junho de 2018, foram notificados 259.087 casos, com uma taxa de detecção de 17,2 casos de sífilis em gestantes por mil nascidos vivos no ano de 2017. Por fim, de 1998 a junho de 2018, foram notificados 188.445 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade no Brasil, com uma taxa de incidência de 8,6 casos por mil nascidos vivos em 2017 (BRASIL, 2018). Essa situação requer dos gestores, trabalhadores da saúde e do controle social a adoção de medidas para o enfrentamento da epidemia, que propiciem a mudança da situação da sífilis no país. Assim sento, nós delegados(as) da 16ª (8ª+8) Conferência Nacional de Saúde, vimos expressar nosso amplo e total apoio às iniciativas de enfrentamento à Sífilis no Brasil com destaque para a consolidação do “Projeto Sífilis Não” nos territórios, e sua expansão para todos os municípios brasileiros, cujos objetivos principais são; 1) reduzir a sífilis adquirida e em gestantes e eliminar a sífilis congênita no Brasil; 2) fortalecer a vigilância epidemiológica da sífilis adquirida e da sífilis congênita; 3) constituir uma resposta integrada e colaborativa para o enfrentamento da epidemia de sífilis, que articule os pontos de atenção à saúde numa relação interfederativa; 4) articular os setores sociais e comunidades, para

fortalecer a resposta rápida à sífilis e 5) fortalecer as ações de saúde sexual e saúde reprodutiva, especialmente no âmbito da atenção básica.

Percentual de Aprovação: 95,2% (nº 47)

Destinatário: Ministério da Saúde

Texto da Moção: Demandamos apoio ao licenciamento compulsório para: 1) todos os medicamentos antivirais de ação direta com patentes concedidas no Brasil, de modo a garantir o acesso universal ao tratamento da hepatite C e o cumprimento da meta internacional de eliminar a doença até 2030; 2) para o medicamento mesilato de imatinibe, para tratamento de leucemia mieloide crônica, de modo a impedir que a patente recém-concedida bloqueie o Brasil de utilizar versões genéricas em circulação desde 2013; e 3) para o medicamento bedaquilina, tratamento recomendado pela OMS para as forma mais graves de tuberculose, de modo a reverter o patenteado indevido e garantir que o medicamento esteja acessível a todos que precisam.

Percentual de Aprovação: 94,3% (nº 14)

Destinatário: Coordenação da 16ª Conferência, ao CNS e ao Ministério da Saúde

Texto da Moção: É urgente a convocação da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental como forma de resistência aos retrocessos da chamada nova política de saúde mental, que vai na contramão dos avanços dos 30 anos da Carta de Bauru e quase duas décadas da Lei da Reforma Psiquiátrica. A 5ª Conferência possibilitará

amplo debate com todas as forças antimanicômias e a favor da atenção e cuidado em liberdade, em base territorial e comunitária, permitindo com que os movimentos de usuários, familiares, profissionais se mobilizem em conjunto com amplo ato de forças da sociedade para defesa dos princípios do Sistema Único da Saúde (SUS) e da política de saúde mental. Mais do que resistir, precisamos formular os avanços, os novos sonhos e as utopias para seguirmos na luta. Nenhum passo atrás, manicômios nunca mais!

Percentual de Aprovação: 93,9% (nº 10)

Destinatário: Poder Executivo, Legislativo, Judiciário e Sociedade Civil

Texto da Moção: A Política Nacional de Saúde priorizará a Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) e a Produção nas instituições públicas de produtos e serviços estratégicos em saúde, como uma base essencial para o fortalecimento do SUS e de um projeto nacional de desenvolvimento comprometido com a soberania nacional, autonomia tecnológica, com os direitos sociais e a sustentabilidade ambiental. O acesso a serviços, medicamentos, vacinas, produtos para diagnóstico e equipamentos médicos necessários para a população devem ser garantidos pelo SUS. A atuação das instituições públicas deve ser fortalecida, pois são o suporte a uma base nacional de Ciência, Tecnologia & Inovação (CT&I) e Produção, que garante o acesso universal, equânime e integral da população brasileira. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), como instituição estratégica de Estado e integradora do sistema de ciência, tecnologia e inovação em saúde, deve ser fortalecida como um patrimônio

da população brasileira para ter acesso ao conhecimento e aos produtos de saúde de que necessita.

A População brasileira tem direito à saúde, à CT&I e ao desenvolvimento. O Acesso universal aos produtos em saúde é um Direito humano essencial. Ninguém poderá ser negligenciado!

Percentual de Aprovação: 92,7% (nº 24)

Destinatário: Presidência da República, Ministério da Economia e Ministério da Saúde.

Texto da Moção: Nós, delegados(as) da 16ª Conferência Nacional de Saúde,

Recomendamos, ao Ministério da Economia, que acolha as recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS e aumente a tributação dos refrigerantes e outras bebidas adoçadas industrialmente em, no mínimo 20% por meio de tributos específicos com o objetivo de reduzir seu consumo e prevenir doença, bem como o aumento da tributação sobre produtos fumígenos derivados do tabaco, haja vista ser a medida mais custo-efetiva no combate ao tabagismo.

Recomendamos, a Presidência da República, a manutenção da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco – CONICQ, pois é a principal instância de coordenação intersetorial que busca o cumprimento das obrigações promulgadas pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle de Tabaco – CQCT e fundamental para a continuidade da Política Nacional

de Controle do Tabaco – PNCT.

Recomendamos, ao Congresso Nacional, aprovação do PLC 143/2018, o qual estabelece que, nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável. Recomendamos, ao Ministério da Saúde a continuidade da oferta e disponibilização, pelo SUS, de medicamentos antineoplásicos, de modo a definir prioridades em saúde e dar mais celeridade ao registro de produtos destinados às demandas não atendidas pelo mercado brasileiro.

Percentual de Aprovação: 92,2% (nº 09)

Destinatário: Ministério do Meio Ambiente, Ministério da Saúde e Ministério da Educação e em todas as secretarias de Estados e Prefeituras do País

Texto da Moção: Apoio à GINCANA VERDE – TEMPO DE PLANTAR UM MILHÃO DE ÁRVORES EM UM DIA – Dia 08/12/2019. Em cada Estado de nosso país, para revitalizar flora, fauna e reflorestar nosso país, para uma vida terrestre saudável com qualidade da água e ar, que são essenciais para nossa sobrevivência humana.

Percentual de Aprovação: 92,1% (nº 26)

Destinatário: Ministério da Saúde

Texto da Moção: Muitos dos distúrbios da comunicação podem ser evitados e cuidados em todos os ciclos da

vida. Na amamentação, na estimulação de fala e linguagem, nas alterações da deglutição, na prevenção dos distúrbios da voz e audição, podem ser prevenidos através da assistência e promoção de saúde. Para tanto, é necessário a inserção do Fonoaudiólogo na atenção básica em programas de atenção e cuidado. Assegurar a comunicação, é assegurar participação e cidadania.

Percentual de Aprovação: 91,8% (nº 31)

Destinatário: Aos Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Nacional

Texto da Moção: O Plenário da Conferência Nacional de Saúde: “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”, realizada entre os dias 4 e 7 de agosto de 2019, no Pavilhão de Exposições do Parque da Cidade, SHCS – Brasília, DF, considerando: Que o atual modelo agrícola brasileiro, dependente de agrotóxicos, colocou o país como um dos maiores mercados e o maior importador de agrotóxicos do mundo; Que os dados do monitoramento de resíduos de agrotóxicos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Anvisa (PARA 2013-2015), apontam contaminação em 58% das amostras de alimentos comercializadas no país, muitas dos quais com agrotóxicos proibidos para a cultura ou acima dos limites permitidos em lei, e alguns proibidos inclusive em outros países; Que inúmeras pesquisas demonstram que a exposição a agrotóxicos resulta em sérios danos à saúde humana, aumentando, por exemplo, o risco de câncer, infertilidade, suicídio, transtornos mentais, malformações fetais, etc.; Que há necessidade de novas pesquisas científicas sobre os impactos dos agrotóxicos à saúde e ao meio ambiente, não somente para liberação como para reavaliação de registros já

concedidos às empresas produtoras; Que, apesar da crise econômica, o Estado brasileiro deixa de arrecadar cerca de R\$ 2,07 bilhões por ano com as isenções fiscais concedidas à comercialização de agrotóxicos; Que tramitam diversos projetos de lei nas casas legislativas com o objetivo de proibir a isenção, o crédito, a redução de base de cálculo e outras desonerações integrais ou parciais, ou qualquer outro benefício fiscal à produção e comercialização de agrotóxicos; Que existe pouco estímulo no país para o desenvolvimento de tecnologias alternativas de bases agroecológicas e sustentáveis, que dispensem o uso de agrotóxicos no campo e nas cidades; Que a saúde humana precisa ser garantida por meio de políticas que assegurem uma alimentação saudável e segura, portanto livre de agrotóxicos. Vem a Público, por meio desta MOÇÃO, manifestar apoio ao Projeto de Lei nº. 6670, de 2016, que institui a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos – PNARA e requerer aos Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado, que coloquem em pauta a aprovação dessa Lei, com vistas a proteger a saúde e o meio ambiente, bem como promover a criação de territórios livres dos agrotóxicos e fomentar a transição agroecológica para a produção sustentável de alimentos.

Percentual de Aprovação: 91,7% (nº 45)

Destinatário: Ministério da Saúde.

Fato que motiva a Moção: **O GRANDE NÚMERO DE ÓBITOS E SEQUELAS CAUSADOS PELA DOENÇA. E O AUTO CUSTO DAS DOSES NAS REDES PRIVADAS, O QUE IMPEDE QUE PESSOAS DE BAIXA RENDA TENHA ACESSO.**

Providência Solicitada: GARANTIR A INSERÇÃO DAS VACINAS CONTRA A MENINGITE B e ACWY NO CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO SUS

Texto da Moção: Eu Thaynã Negrão sou mãe do bebê Enzo, que faleceu no dia 19 de março de 2019 acometido pela meningite B. Após o falecimento do Enzo, levamos a proposta da inclusão da vacina para conferência municipal em poços de caldas, onde a mesma foi aprovada e conseguimos passar para a estadual e da estadual para a nacional. Porém a mesma não se encontra contemplada no caderno de propostas da nacional.

Devido a isto, estamos realizando a moção de apoio para que a proposta da inclusão da vacina possa ser inserida no calendário nacional de vacinação do ministério da saúde.

Percentual de Aprovação: 90,1% (nº 15)

Destinatário: ANVISA, Ministério da Saúde e Congresso Nacional

Texto da Moção: Nós, delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, acompanhamos com preocupação os esforços de alguns gestores que ameaçam a efetividade dos resultados do processo regulatório que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa vem conduzindo em relação à rotulagem nutricional. É conhecida a relação entre o consumo de alimentos ultraprocessados (riscos em gorduras, açúcar e sódio) e doenças crônicas. A rotulagem frontal com mensagens simples é fundamental, pois a decisão de compra é muito rápida. Alguns setores defendem modelos mais complexos (semáforos nutricionais) que exigem mais tempo e conhecimento

para interpretá-los. A rotulagem adequada de alimentos é uma questão de saúde e de direito do consumidor.

Percentual de Aprovação: 89,6% (nº 22)

Destinatário: Câmara dos Deputados

Texto da Moção: Os delegados e delegadas participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde manifestam seu apoio ao PL 459/2015 que dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. E do PL 2295/2000 que dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem em 30 horas semanais.

Percentual de Aprovação: 89,4% (nº 36)

Destinatário: Ministério da Saúde

Texto da Moção: o que é o Teste da Linguinha (TL)? O TL consiste na padronização de um exame com o objetivo de diagnosticar a anquiloglossia, está se limita os movimentos da língua o que compromete as funções de sugar, engolir, mastigar e falar. As funções de sucção e deglutição estão diretamente relacionadas com a amamentação, desta forma qualquer restrição da movimentação da língua pode dificultar a amamentação e resultar na perda de peso, limitação do desenvolvimento do bebê, desmame precoce e introdução desnecessária de mamadeira (MARTINELLI et al., 2014). Assim, o TL deve ser realizado antes da alta hospitalar pela equipe neonatal (BRASIL, 2018). Caso a anquiloglossia seja diagnosticada é necessário a realização de frenotomia a

fim de otimizar a amamentação, garantindo assim conforto à criança e à mãe. Qual a importância do TL? Uma vez que o aleitamento materno tem sido destaque nas políticas públicas

em prol da criança no Brasil, tendo em vista seu impacto sobre a redução da mortalidade infantil e potencial de prevenção de doenças crônicas, preocupa-se fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo (SARTORIO, COCA, MARCACINE, 2017). Como é realizado o TL? É realizado seguindo-se um protocolo de avaliação do frênulo lingual, onde se avalia os tipos de freio e a real necessidade de intervir de forma cirúrgica.

Quanto a cirurgia trata-se de um procedimento simples e rápido que não oferece riscos à saúde ou mesmo dor que busca a resolução de problemas presentes (dificuldade de pega correta no aleitamento) no futuro (fonação, deglutição, mastigação e sucção). O Ministério da Saúde já revisou e indicou por meio de uma técnica padronizando o protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual em 2018, fortalecimento e padronizando o TL, no entanto ainda se discute e tramita uma discussão na questão de existir a lei, mas está garantido o direito para que seja realizada. O que nos falta é que seja criado um código de registro em âmbito hospitalar, para o Teste da Linguinha (no SIGTab), bem como o procedimento cirúrgico frenotomia.

Percentual de Aprovação: 89,2% (nº 25)

Destinatário: Apoio A Transformação Do Programa Brasil Sorridente Em Política De Estado - Câmara dos Deputados

Texto da Moção: a plenária final da 16ª conferência nacional de saúde apoia a aprovação no congresso nacional do projeto de lei 8131/2017, que transforma o programa Brasil Sorridente em política de estado no âmbito do SUS, alterando a lei 8080/1990 com a inclusão da saúde bucal, mantendo e ampliando a assistência de saúde bucal no sistema único de saúde.

Percentual de Aprovação: 86,8% (nº 27)

Destinatário: Ministério da Saúde

Texto da Moção: Nós, participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde apoiamos o reconhecimento formal do Distúrbio de Voz como doença relacionado ao trabalho e inclusão na Portaria de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória.

Percentual de Aprovação: 86,6% (nº 68)

Destinatário: Conselho Nacional de Saúde

Texto da Moção: Os delegados presentes à 16ª Conferência Nacional de Saúde vêm pedir apoio para a implementação imediata do PCCS dos servidores públicos da saúde, em todos os Estados, DF e Municípios da Federação, com o respeito e a valorização dos servidores, em homenagem aos preceitos constitucionais e ao fortalecimento do SUS.

Percentual de Aprovação: 86,4% (nº 52)

Destinatário: Poderes Executivo e Legislativo Federal

Texto da Moção: A violência é um problema social, cultural e histórico que se intensifica em sociedades marcadas por desigualdades, iniquidades e injustiças sociais e ambientais, as quais desestruturam bases familiares, comunitárias e territoriais necessárias ao desenvolvimento humano e a uma cultura de paz. Temos produzido informações alarmantes acerca de homicídios, agressões, suicídios e tentativas de suicídio, dentre outras graves formas de violência. As vítimas mais frequentes dessas formas de violência são homens jovens, mulheres, idosos e população LGBTI, em especial mulheres trans e travestis.

A questão racial é de suma importância: temos observado um aumento das taxas de mortes e agressões de negros e negras e uma redução entre pessoas não negras. A chance de um jovem negro ser morto era, em 2015, 2,7 vezes maior. Crianças e adolescentes vivem muitas violências no âmbito da família, escola e comunidade, propiciando sofrimento físico e psíquico, que pode se expressar através de agressividade, ansiedade e depressão, fragilizando o seu desenvolvimento ao longo da vida. Estas vulnerabilidades estão refletidas nos marcadores sociais de idade, gênero, raça e orientação sexual. Ressalta-se o agravamento dos conflitos armados que vêm acontecendo, especialmente nas grandes cidades, o que gera extrema insegurança e a constante violação de direitos da população. Os serviços de saúde são impactados, usuários e trabalhadores, uma vez que têm sua rotina alterada em função da violência. Esses serviços necessitam de financiamento e gestão adequados para garantir a prevenção, a atenção e a reabilitação das pessoas. O setor saúde precisa dar respostas e prover cuidado às pessoas direta e indiretamente atingidas pela violência. Destacam-se as repercussões na saúde física e mental que desembocam em agravos agudos e

crônicos, contribuindo para uma subjetividade violenta voltada para o outro ou contra si próprio, atingindo não apenas o indivíduo, mas também sua família, amigos e comunidade, deteriorando condições econômicas, relacionais e emocionais. Consciente desta situação de adoecimento e morte da população brasileira decorrente da violência, é importante considerar as interfaces entre Violência e Saúde como estratégicas, de forma a reunir esforços de diversas instituições e da sociedade em prol do desenvolvimento de conhecimentos, metodologias e práticas que colaborem no enfrentamento de tão grave problema, cujo custo humano é incalculável. É imprescindível fortalecer e avançar em tais ações. Destaca-se a importância dos movimentos sociais, que têm aguerridamente denunciado a situação de violência do país, provocado o Estado a elaborar respostas eficazes e criado estratégias de enfrentamento. Esforços históricos do Ministério da Saúde e de todo o SUS têm marcado a elaboração de políticas e estratégias de enfrentamento das múltiplas e graves consequências da violência. É importante que sejam mantidos e fortalecidos os serviços e estratégias de prevenção, vigilância, atenção e reabilitação pelo Ministério da Saúde, estados e municípios para o fortalecimento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Ações de formação continuada de profissionais de saúde, produção de pesquisas em ciência e tecnologia e fortalecimento dos serviços precisam ser priorizados para a promoção da vida, prevenção da violência e cuidado das pessoas.

Percentual de Aprovação: 86,4% (nº 54)

Destinatário: Ministério da Saúde

Texto da Moção: A doença celíaca (DC) é uma enteropa-

tia caracterizada pela intolerância permanente ao glúten desencadeada por mecanismos autoimunes nos indivíduos geneticamente predispostos. Seu diagnóstico é baseado na manifestação clínica, exames sorológicos e biópsia intestinal. É uma doença que pode se manifestar em qualquer idade, em ambos os sexos. Em crianças, geralmente entre o primeiro e o segundo ano de vida, na forma clássica, levando a morte especialmente em crianças e idosos. O tratamento da DC continua sendo a dieta isenta de glúten.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Sexagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de novembro de 2014, e na 305ª Reunião Ordinária (RO) do CNS, dias 9 e 10 de maio de 2018, 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 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e considerando a alta significação do tema (Doença Celíaca) para os diferentes segmentos profissionais, políticos, religiosos, culturais e étnicos que compõem a sociedade brasileira; considerando que a Doença Celíaca – DC é subdiagnosticada e afeta, segundo a Federação Nacional de Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA, mais de 2 (duas) milhões de pessoas; considerando a necessidade de se estabelecer parâmetros sobre a Doença Celíaca no Brasil e de diretrizes nacionais para a identificação, diagnóstico e acompanhamento dos doentes celíacos; considerando que a Doença Celíaca apresenta um caráter crônico, identifica-se pela intolerância permanente ao glúten e provoca lesões na mucosa do intestino delgado, gerando uma redução na absorção dos nutrientes ingeridos; considerando a importância do tema o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 307, de 17 de setembro de 2009,

que publica no seu anexo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca; considerando que o Conselho Nacional de Saúde criou o Comitê Técnico Intersetorial de Atenção Integral às Pessoas Celíacas, por meio da Resolução nº 460 de 08 de novembro de 2012; considerando que a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN do Conselho Nacional de Saúde - CNS, deliberou unanimemente favoravelmente à criação da Política Nacional de atenção a pessoa com doença celíaca, incluindo a criação do Dia Nacional do Celíaco; considerando a existência do Dia Internacional do Celíaco no dia 20 de maio.

Percentual de Aprovação: 86,0% (nº 51)

Destinatário: Três poderes da república e Sociedade Civil

Texto da Moção: Apoio ao enfrentamento à epidemia de ZikaVirus no Brasil. Este apoio em resposta das consequências da epidemia de ZikaVirus no Brasil decorre da Carta de Recomendações que foi construída a partir das contribuições de pesquisadores de diversas áreas, gestores de saúde e representantes da sociedade civil, reunidos na Oficina de Trabalho Pré- Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, organizada no mês julho de 2018 pela Rede Zika Ciências Sociais, da Fiocruz. No Brasil, a epidemia de Síndrome Congênita do Zika (SCZ), predominantemente detectada em 2015-2016, continua registrando casos na maioria das regiões brasileiras, indicando que persiste a circulação viral com transmissão congênita e, portanto, potencial para ocorrência de novos surtos. Além disso, permanecem as graves consequências para as pessoas e famílias afetadas pela SCZ. Tais desafios devem ser enfrentados por meio do fortalecimento do papel do Estado e da Sociedade na proteção social e no desenvolvimento, por meio de financiamento

e gestão adequada dos sistemas de saúde, assistência social, educação e ciência, tecnologia e inovação. Da mesma forma, por meio de políticas de geração de emprego, distribuição de renda, melhoria das condições de vida urbana e rural e de garantia aos direitos sociais e da democracia promulgados pela Constituição Federal de 1988.

Assim, a Carta de Recomendações propõe o seguinte: A - Cuidado com a criança (Reformular a política de saúde da criança para garantir um acompanhamento mais regular e contínuo, da primeira infância à adolescência, com foco nas crianças com síndrome congênita da Zika (SCZ) e múltiplas deficiências; Integrar as políticas de saúde, assistência social, educação e transporte, com foco nas crianças com SCZ e múltiplas deficiências e na continuidade de suas vidas); B - Cuidado com a mulher (Garantir os direitos reprodutivos da mulher, com reavaliação dos serviços de contracepção hormonal e não hormonal, do planejamento reprodutivo e da atenção pré-natal; Garantir que o seguimento clínico da gravidez suspeita de Zika seja constante; Garantir apoio para as mulheres e homens cuidadores das crianças com deficiências); C - Políticas públicas, comunicação em saúde e participação social (Rever os critérios de concessão do Benefício de Provisão Continuada (BPC) e agilizar o processo de concessão, para beneficiar crianças com deficiências, independente da renda familiar per capita; Construir ações de saúde para as pessoas com deficiências coordenadas, baseadas na realidade dos territórios, priorizando as regiões e populações vulneráveis, desde a atenção básica, diagnóstico até as especialidades; Promover a difusão de conhecimentos sobre a Zika em toda a Rede de atenção à saúde; Rever as políticas de deficiências com foco na promoção de ações intersetoriais; Promover a participação popular na formulação de

políticas públicas com foco nas necessidades da população; Aprimorar os diálogos e parcerias entre instituições científicas, governos, movimentos sociais e meios de comunicação); D - Vigilância em saúde, prevenção e controle da Zika (Instituir novas estratégias de vigilância em saúde para controle de arboviroses e anomalias congênitas; Reformular estratégias de controle vetorial; Articular e investir nas diversas ações de pesquisa, controle e prevenção da Zika). E - Ciência, tecnologia, informação e ética (Vincular a agenda da pesquisa às demandas e necessidades da população como uma postura ética; Organizar estudos clínicos sobre a Síndrome Congênita em múltiplas dimensões: epidemiológica, neurodesenvolvimento, social e ética; Produzir conhecimentos implicados com a capacitação permanente e interdisciplinar dos profissionais das diversas áreas, sobre o campo das deficiências; Aprofundar e disseminar as regulamentações e estratégias de utilização de biobancos, biorrepositórios e de compartilhamento de dados).

Percentual de Aprovação: 85,9% (nº 32)

Destinatário: Secretaria de Planejamento da Presidência da República

Texto da Moção: O que é a Rede Sarah? A Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação é mantida pela Associação das Pioneiras Sociais (APS), órgão instituído pela Lei nº 8.246/91, de 22 de outubro de 1991. Hoje é constituída por nove unidades, localizadas em diversas capitais brasileiras, que realizam mais de 19 milhões de procedimentos por ano. Tem por meta devolver

ao cidadão brasileiro os impostos pagos por meio de atendimento público de alta qualidade, com tecnologia de ponta e humanismo, alcançando todos os níveis da

população.

Na execução de suas atividades, são objetivos estratégicos: Prestar assistência médica e de reabilitação, de excelência e gratuita, nas áreas neurológica e ortopédica;

Desenvolver programas de formação e qualificação para estudantes e profissionais de outras instituições e manter programas de educação continuada para profissionais;

Exercer ação educacional na sociedade visando prevenir a ocorrência das principais doenças atendidas na Rede SARAH; desenvolver pesquisa científica.

Percentual de Aprovação: 85,5% (nº 11)

Destinatário: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde

Texto da Moção: Que o conceito Saúde Única seja discutido e incorporado nas ações de vigilância em saúde e atenção básica, promovendo a integração da saúde humana, saúde animal e ambiental para a prevenção de doenças e agravos.

Percentual de Aprovação: 85,5% (nº 37)

Destinatário da Moção: Ministério da Saúde, Conass e Conasems

Texto da Moção: Considerando que: A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a principal porta de entrada do SUS, estruturante e coordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde, sendo a Estratégia de Saúde da

Família (ESF) seu modelo de organização predominante; Segundo várias pesquisas realizadas, a Saúde da Família foi a principal estratégia para a ampliação da cobertura e do acesso à atenção à saúde no Brasil; Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 (Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017), a ESF perde centralidade e seu papel de reorientação do modelo de atenção à saúde é enfraquecido, em comparação com a chamada Atenção Básica (AB) tradicional. Para isso, contribui principalmente a indiferenciação do financiamento da ESF e a flexibilização da carga horária das equipes da AB tradicional, com prejuízo para a continuidade do cuidado e o enfoque territorial/comunitário; A PNAB 2017 apresenta diretrizes que indicam regressões quanto aos princípios da universalidade do direito e da integralidade da atenção à saúde, descomprometendo-se com a cobertura de 100% da população em todos os territórios; A PNAB 2017 reconstrói barreiras para o acesso da população aos serviços de saúde também pela não definição do número de ACS por equipe de saúde da família, pela não obrigatoriedade de sua presença nas equipes da chamada AB tradicional e pelas mudanças em suas atribuições, em detrimento da perspectiva da educação em saúde e do trabalho no território; A PNAB 2017 não foi precedida de ampla discussão nos fóruns participativos da saúde, especialmente no Conselho Nacional de Saúde e nos conselhos estaduais e municipais de saúde; Os trabalhadores e os usuários da Atenção básica não foram ouvidos, assim como os gestores das unidades, a respeito das principais dificuldades e dos desafios existentes na vigilância

da PNAB 2011; Os delegados e delegadas reunidos na 16ª Conferência Nacional de Saúde apelam pela renovação da Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017 (PNAB

2017) e a retomada das diretrizes da PNAB 2011, até que se instale um processo de ampla participação para a sua revisão e atualização.

Percentual de Aprovação: 83,5% (nº 44)

Destinatário: Congresso Nacional, Câmara dos Deputados e Senado Federal

Texto da Moção: Considerando o expressivo avanço da atuação das Doulas, profissionais que atuam no acompanhamento da pessoa gestante durante a gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e puerpério, promovendo O bem-estar físico e emocional, bem como sua autonomia e protagonismo.

Considerando as evidências científicas que apontam que o suporte contínuo oferecido por acompanhantes treinadas como doulas trazem benefícios efetivos como: Maior chance de parto vaginal espontâneo e trabalho de parto com menor duração; Menor chance de relatar sentimentos ou avaliações negativos sobre sua experiência de parto, de utilizar qualquer tipo de analgesia intraparto, de utilizar analgesia regional, de ter uma cesárea, de ter um parto vaginal instrumental, de ter um bebê com pontuação Apgar baixa no quinto minuto e de desenvolver sintomatologia depressiva no pós-parto. (Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A, 2017*). Considerando que a atuação das Doulas já é garantida por lei estadual em 13 estados (AP, AM, CE, DF, GO, MT, PB, PE, RJ, RO, RR, SC, TO), bem como por lei municipal em 11 capitais a (Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Campo Grande/MS, Curitiba/PR, João Pessoa/PB, Natal/RN, n Recife/PE, Rio Branco/AC, Rio de Janeiro/RJ, São Paulo/SP, Teresina/PI) e em

mais de 60 municípios de diversos portes. Considerando que o modelo de atenção multidisciplinar com doulas é parte das recomendações E da 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher, realizada em 2017, tornada pública através da Resolução nº 561, de 6 de outubro de 2017, do Conselho Nacional de Saúde, sendo este um dos documentos orientadores desta Conferência. A 16ª Conferência Nacional de Saúde (8º + 8) manifesta seu apoio à aprovação pelo Congresso Nacional do projeto de Lei nº 8363/2017 que “Dispõe sobre o exercício profissional da atividade de doula e dá outras providências”, que cria condições para que toda pessoa gestante possa ter o acompanhamento de uma doula, bem como para a inclusão da profissão no Sistema Único de Saúde (SUS), propiciando modelos de atuação multidisciplinar que incluam o suporte contínuo como estratégia para as boas práticas na atenção ao ciclo gravídico-puerperal. (*Bohren MA, Holmeyer G, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7, Art, No.: CD003766. DOI; 10.1002/14651858.CD003766.pub6).

Percentual de Aprovação: 82,1% (nº 53)

Destinatário: Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.

Texto da Moção: A OAB, de acordo com o seu Estatuto da Advocacia (Lei Federal nº 8.906/94) uma entidade de classe que, além de ser órgão de representação, defesa e disciplina de advogados, é uma entidade que LUTA INCANSavelmente em defesa da Constituição, da Ordem Jurídica, do Estado Democrático de Direito, dos Direitos Humanos, da Justiça Social, e da boa aplicação das Leis,

tanto na esfera judicial, quanto ao aperfeiçoamento da cultura das instituições jurídicas, tornando-a assim, absolutamente independente, mantendo, tão somente o seu compromisso na defesa dos direitos da sociedade.

Portanto, por ser uma entidade sem qualquer vínculo com a administração pública, sendo uma entidade cujas finalidades se alinham aos interesses dos usuários do SUS, defendendo a proteção da supremacia constitucional e da ORDEM- DEMOCRÁTICA tão atacada nos últimos tempos, comprometida com a fiscalização dos atos dos gestores maiores, afirmando a cidadania e os valores que conferem ao SUS o seu gigantismo através do art. 196 da CF/88, que não vislumbra no ataque aos Direitos Sociais já consolidados o reflexo do Estado Democrático de Direito consubstanciados no princípio da DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA, da Carta Magna e ideal de todas e todos, brasileiras e brasileiros, não podendo se omitir em face do desrespeito de Governos que não tem o povo a sua razão maior de existir, estando ao lado da sociedade para dizer que NÃO ACEITAREMOS CALADOS NENHUM DIREITO A MENOS!

Percentual de Aprovação: 77,8% (nº 20)

Destinatário: Ministério da Saúde

Texto da Moção: No Brasil milhares de pessoas estão fora do mercado de trabalho e fora do trato social por serem portadores de feridas das mais diversas causas. Existem os mais aprimorados tratamentos que não estão ao alcance da população. Por este motivo a implantação de centros de feridas se faz urgente!

5.5. MOÇÕES DE REPÚDIO

Percentual de Aprovação: 98,26% (nº 28)

Destinatário: Governador do Estado de Minas Gerais e Secretaria Estadual de Saúde.

Texto da Moção: Nós, delegados de Minas Gerais, assinamos essa moção de repúdio pelo descaso quanto o planejamento e a falta de compra de passagens de delegados e delegadas legitimamente eleitos e eleitas nas conferências anteriores, descumprindo a lei 8142 de 1990 e o artigo 196 da Constituição Federal, desrespeitando a participação popular e menosprezando a luta pelo SUS.

Percentual de Aprovação: 94,9% (nº 02)

Destinatário: Ministério da Saúde

Texto da Moção: A Portaria nº 3588/2017, do Ministério da Saúde, e o Decreto 9761/2019, do Ministério da Cidadania, apresentam alterações significativas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no sentido do enfraquecimento dos serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, bem como de toda rede territorial. Consideram-se graves tais mudanças, pois orientam o cuidado em saúde mental na contramão de uma luta de mais de trinta anos por uma construção coletiva da política de saúde mental promovida por usuários, familiares, movimentos sociais e várias entidades. É um retrocesso a retomada de uma lógica manicomial e restritivo à liberdade (a saber, hospitais psiquiátricos, financiamento de comunidades terapêuticas e Internações Compulsórias de usuários de drogas) que somos CONTRA!

Nota-se um esforço reiterado do atual governo em im-

por uma política manicomial, fato confirmado no lançamento da Nota Técnica nº 11/2019, que reitera “que não há mais que se falar em serviços substitutivos do hospital psiquiátrico”. Tal confirmação é uma afronta aos direitos de pessoas com necessidades em saúde mental, fere a lei 10216/2001 e desrespeita as recomendações da OMS.

Percentual de Aprovação: 94,1%(nº 48)

Destinatário: Conselho Nacional de Saúde

Texto da Moção: Os delegados presentes à 16ª Conferência Nacional de Saúde repudiam veementemente a Lei 20.514 de 16/7/2019, sancionada pelo governador do Estado de Goiás, Ronaldo Ramos Caiado, que autoriza para “fins exclusivos de exportação, a extração e o beneficiamento do amianto da variedade crisotila”, contrariando decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), que aprovou em 29/11/2017 o banimento em todo o território nacional da exploração, comercialização e utilização de qualquer tipo de amianto, declarando ser inconstitucional a Lei federal 9.055 do “uso controlado do amianto crisotila” por ferir princípio basilar de nossa Constituição Federal (CF) do direito à saúde dos cidadãos brasileiros e dever irrenunciável do Estado. A prática de exportar a populações mais vulneráveis socioeconomicamente do que a nossa, defendida pelos políticos de Goiás, deve ser pronta e energicamente condenada como um ato de racismo ambiental e de crime contra a humanidade.

Percentual de Aprovação: 93,1% (nº 59)

Destinatário: Ministério da Saúde e outros

Texto da Moção: Nós delegados (as) da 16ª Conferência, reivindicamos o fim da política de silenciamento em relação ao grave problema de saúde pública e direitos humanos envolvidos com a hanseníase no Brasil. Somos o país com o maior número de casos novos da doença em relação à população no mundo com cerca de 30 mil casos novos só em 2018, muitos já em situação avançada. Para uma doença que tem cura, tratamento gratuito pelo SUS e que, se identifica oportunamente, não deixa sequelas. Só chegamos a esta marca por uma política que falha em várias instâncias, como, na informação, no diagnóstico, na oferta de reabilitação e, em consequência disso, falha em enfrentar o forte estigma que cerca a hanseníase historicamente.

Reivindicamos o fim da política de silêncio daqueles que são os responsáveis para cuidar e tratar das pessoas e ainda os mantém afetadas pelas doenças negligenciadas em seus direitos básicos.

Exigimos a construção de uma política de visibilização da hanseníase e de proteção aos direitos humanos das pessoas atingidas pela doença e que tenha por base a participação desses usuários, nas diversas instâncias de participação popular e decisão, como Fóruns, conselhos, seminários e outros mecanismos de consulta e decisão. Que promova o ensino sobre hanseníase desde a educação básica à superior. Que amplie a sua codificação dentre os procedimentos do SUS. Que garanta investimentos em pesquisas sobre a doença. Que realize campanhas permanentes de informação e educação em saúde sobre hanseníase, seus sinais e sintomas e seu tratamento. Que assegure a cidadania dos usuários (as) do SUS em tratamento ou reabilitação em consequência da doença.

Percentual de Aprovação: 92,26% (nº 23)

Destinatário: Câmara dos Deputados e Senado Federal

Texto da Moção: O Tribunal de Nuremberg, ocorrido ao final da Segunda Guerra Mundial, trouxe à tona as gravíssimas violações dos direitos humanos ocorridos nos campos de concentração em nome do desenvolvimento da ciência e instigou a necessidade de regras de ética necessárias à condução de pesquisas envolvendo seres humanos. Somente em 1996, após quase 50 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, surge o Sistema CEP-Conep, idealizado e constituído normativamente como um importante mecanismo de controle ético e social das pesquisas realizadas no Brasil e, como tal, gerado e situado no Conselho Nacional de Saúde. Desde sua criação, há 23 anos, o Sistema CEP-Conep foi dinamicamente estabelecendo uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), liderados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), e conta hoje com quase 850 CEP onde mais de dez mil pessoas trabalham voluntariamente para defender os melhores interesses dos indivíduos participantes de pesquisa. Os reflexos da relevância social e do trabalho do Sistema CEP-Conep confrontam com os interesses da poderosa indústria farmacêutica mundial que vislumbra o nosso país como um acessível campo de experimentação em humanos e, em 2015, surge o Projeto de Lei do Senado nº 200, de 2015, de autoria da Senadora Ana Amélia (PP/RS), do Senador Waldemir Moka (MDB/MS) e do Senador Walter Pinheiro (PT/BA), como iniciativa clara da flexibilização do controle ético das pesquisas desenvolvidas no território brasileiro. Aprovado pelo Senado em 2017 o então PL 200/2015 chega à Câmara dos Deputados onde encontra-se atualmente em tramitação com a designa-

ção de Projeto de Lei 7082 de 2017. Apesar da luta política travada, e dos danos produzidos pela redação modificada do Relator Deputado Hiran Gonçalves, da Comissão de Seguridade Social e Família, o PL7082/17 avança na sua tramitação e a ameaça à existência do Sistema CEP-Conep e sua estruturação no Conselho Nacional de Saúde torna-se cada vez mais evidente e próxima. Se este projeto de lei for aprovado, a transferência do Sistema CEP-Conep para o Ministério da Saúde irá comprometer a necessária autonomia da Conep, gerará dispositivos legais para favorecimento e segurança jurídica do patrocinador, além de flexibilizar as normativas de proteção acarretando perda de direitos conquistados, com enorme prejuízo para os participantes de pesquisas. Repudiamos veementemente o Projeto de Lei 7082 de 2017! Conclamamos todos os delegados e delegadas da 16ª Conferência Nacional de Saúde a somarem esforços para interromper a sua tramitação, por ser danosa aos interesses soberanos do povo brasileiro, além de fragilizar a proteção aos participantes de pesquisa e acabar com o controle social da ética em pesquisas envolvendo os seres humanos no Brasil.

Percentual de Aprovação: 91,9% (nº 12)

Destinatário: Ministério da Educação

Texto da Moção: A área da saúde exige uma formação profissional qualificada, tendo em vista que seu exercício profissional exige uma grande responsabilidade, ao lidar com a saúde das pessoas. Para sair ao mercado de trabalho, durante sua formação, o profissional precisa vivenciar durante as atividades de estágio curricular obrigatório, o contato com pacientes nas suas mais diversificadas áreas de atuação.

Ao permitir que um curso de graduação na área da saúde seja possível de ser realizado 100% à distância, o Ministério da Educação se contradiz até com as Diretrizes Curriculares Nacionais dos diversos cursos da área da saúde, onde, em sua maioria, preconiza que a formação aconteça no SUS e para o SUS. Como é possível garantir a qualidade de um profissional que foi graduado sem ter o mínimo contato com um paciente? Como o usuário do SUS poderá confiar em um profissional que passou por toda a sua formação sem ter vivenciado um momento prático com um paciente?

Percentual de Aprovação: 91,5% (nº 21)

Destinatário: Presidência da República e Ministério da Saúde, Congresso Nacional, MPF, MPT

Texto da Moção: A Lei 9.836-99 Lei Arouca criou o Subsistema de Atenção à Saúde indígena, sendo esta uma das maiores conquistas desses povos, exatamente por atender às especificidades étnicas e culturais, possibilitando a criação dos DSEI, dos Conselhos Locais, Distritais de Saúde Indígenas e FPCONDISIS e da Secretaria Especial de Saúde Indígena-SESAI, um órgão da administração pública federal do poder executivo responsável pela execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI. A implementação da PNASPI, na conjuntura atual está sob fortes ameaças provocadas pelo atual governo que desrespeita a organização política e social dos povos indígenas retirando conquistas desses povos dentre elas estão as questões territoriais, o desmonte do controle social indígenas, redução da assistência à saúde nas aldeias, incluindo saneamento básico, tentativa de municipalização da saúde indígena, criminalização de lideranças indígenas, atrasos

de repasses de recursos financeiros para os convênios que contratam os trabalhadores da saúde indígena provocando instabilidade e insegurança ao conjunto desses trabalhadores com graves prejuízos aos desempenhos de suas atividades refletindo negativamente na saúde dos povos indígenas.

Percentual de Aprovação: 90,1% (nº 42)

Destinatário: Governo Federal

Texto da Moção: Moção de repúdio ao PROGRAMA FUTURE-SE na educação, onde trata da introdução da iniciativa privada como parceira nas universidades e institutos federais, bem como compromete o desenvolvimento da educação, afetando de forma negativa na qualidade pesquisas, implicando por consequências nos atendimentos ofertados nos hospitais universitários.

Percentual de Aprovação: 88,4% (41) Destinatário: Congresso Nacional, MS, CONAS, CONASMES, CNS, CES, CMS, MPF e meios de comunicação.

Texto da Moção: Moção de repúdio à criação da Agência que privatizará a Saúde da Família no Brasil. Nós, delegados reunidos na XVI CNS, vimos através dessa denunciar e repudiar a mais ousada iniciativa de privatização do SUS a partir da atenção básica representada pela criação da “Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS)” nos termos publicados na Medida Provisória n 890/2019, de 01/08/2019, que

institui o Programa Médicos pelo Brasil, sem qualquer debate prévio nas instâncias de controle social do SUS. A criação desta Agência chama atenção pela abrangência de suas atribuições, que vão muito além da simples gestão do Programa Médicos pelo Brasil, teoricamente o objeto da Medida Provisória. Além de executar o próprio programa, a agência poderá ela mesma desenvolver atividades de ensino e pesquisa, prestar serviços de atenção primária e articular-se com órgãos e entidades públicas e privadas para o cumprimento de seus objetivos. Portanto, pedimos que a Medida Provisória n 890/19 seja retirada do Congresso e apresentada ao Conselho Nacional de Saúde para debate e correção de seus graves equívocos para então ser enviado ao Congresso Nacional tal como foi feito quando o Programa Mais Médicos foi criado.

Percentual de Aprovação: 85,0% (nº 49)

Destinatário: ÓRGÃOS e SETORES públicos e privados

Texto da Moção: Repúdio aos ÓRGÃOS e SETORES que impedem conselheiros de exercer seus direitos enquanto representantes do CONTROLE SOCIAL, coibindo-os através assédio moral, de faltas, cortes em salários. Direitos esses previstos e protegidos na RESOLUÇÃO 453 de maio de 2012.

Percentual de Aprovação: 85,0% (nº 61)

Destinatário: Ministério da Saúde

Texto da Moção: Nós, os participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8), declaramos nosso repúdio aos ataques à democracia e ao Controle Social realizados pelo atual governo, e ao decreto de Nº 9.759, de 11 de abril de 2019 que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para os colegiados da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, nos quais estão inclusos os Conselhos de participação popular, comitês, comissões, grupos, juntas, equipes, mesas, fóruns, salas e outras denominações dadas como colegiado, em especial à Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, bem como a destituição das Mesas de Negociação SUS Municipais.

Percentual de Aprovação: 83,9% (nº 30)

Destinatário: Conselho Nacional de Saúde

Texto da Moção: As Pessoas com deficiência e seus acompanhantes denunciam através do presente, o desrespeito e afronta aos seus direitos, que aconteceram durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Destacamos aqui: a falta e precariedade de transporte de cadeirantes; erros grosseiros em terminologias, disseminando assim, nomenclaturas estigmatizantes tais como “Portadores de necessidades especiais”; atitudes preconceituosas de exclusão e capacitistas, tais como desrespeito ao direito ao intérprete de libras, falta de compreensão quanto a acompanhante e grupo de amigos de pessoa com deficiência; e ainda, problemas com

hospedagem. Tais condutas, ferem e afrontam nossa Carta Magna, a Lei Brasileira de Inclusão, prejudicando assim a participação de forma equânime da pessoa com deficiência. Por isso, nos delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde, pessoas com deficiência, formalizamos nesta, repúdio aos acontecimentos lamentáveis aqui descritos, ocorridos ou por omissão ou por ação às demandas e atenção à pessoa com deficiência.

Percentual de Aprovação: 80,9% (nº 16)

Destinatário: Ministério da Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério

Texto da Moção: Que a Secretaria de Vigilância em Saúde volte a respeitar a divisão organizacional, mantendo o nome “departamento de IST, AIDS e hepatites virais”, cuidando especificamente das questões que envolvem a transmissão sexual de infecções, suas condicionantes sociais, prevenção e tratamento, não deixando, obviamente, de destinar atenção especial para o controle e o combate da tuberculose e das doenças crônicas, mas sem desconsiderar as especificidades da AIDS e das IST no Brasil.

Percentual de Aprovação: 79,1% (nº 39)

Destinatário: Ministério da Saúde.

Texto da Moção: conforme documento assinado pelo ex-presidente do CNS, Ronald Ferreira dos Santos, a

substituição normativa alterou os critérios para a organização funcional do cuidado do paciente renal crônico, com a possibilidade de redução significativa do número de profissionais responsáveis pelo acolhimento, assistência e acompanhamento aos pacientes renais. A mudança foi realizada sem debates nos foros democráticos do controle social e há uma grande preocupação com essas alterações por parte de pacientes renais crônicos, profissionais de saúde especializados nessa área e o próprio controle social.

Percentual de Aprovação: 72,3% (nº 05)

Destinatário: Conselho Nacional, Conselho Estadual e Conselho Municipal de Saúde

Texto da Moção: Conforme composição do Conselho Nacional e Estadual reiteramos a necessidade da participação das Centrais Sindicais na composição dos Conselhos Municipais de Diadema e São Bernardo do Campo, por entender que esta exclusão cerceia o direito do trabalhador usuário do SUS ter sua participação efetiva e atendida.

6. INCIDÊNCIA DAS DELIBERAÇÕES NO PLANO PLURIANUAL E NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

RECOMENDAÇÃO Nº 041, DE 13 DE SETEMBRO DE 2019.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Vigésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de setembro 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; 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 a “saúde como 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 Lei Federal nº 8080/1990 define, em seu Art. 2º, §1º, que o “dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e

aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”;

considerando que a saúde institui-se como uma prerrogativa de toda(o) cidadã(ao) de forma individual e coletiva e por meio dos movimentos sociais organizados

de modo a materializar um acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua proteção, promoção, recuperação e ressocialização;

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;

considerando que o Art. 1º, §1º, da Lei Federal nº 8142/1990 define como competência da Conferência de Saúde “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”;

considerando que o Art. 30, §4º, da Lei Complementar nº 141/2012 reitera como atribuições dos conselhos de saúde a deliberação sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para a programação das ações e serviços públicos de saúde;

considerando que o CNS tem por finalidade atuar, entre outras coisas, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º do Regimento Interno do CNS);

considerando que compete ao Plenário do CNS dar operacionalidade às competências descritas no Art. 10 do seu Regimento, como previsto no Art. 11, I de seu Regimento Interno;

considerando que é atribuição do CNS o papel de fortalecer a participação e o controle social no SUS (Art.

10, IX do Regimento Interno do CNS) e o processo de articulação entre os conselhos de saúde;

considerando o disposto no Art. 1º, incisos I, II, III, IV, V, VI e VII da Resolução CNS nº 594/2018 (Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde), segundo o qual o objetivo da Conferência foi o de “Debater o tema da Conferência com enfoque na saúde como direito e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS); Pautar o debate e a necessidade da garantia de financiamento adequado e suficiente para o SUS; Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade brasileira acerca da saúde como direito e em defesa do SUS; Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8); Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes do Plano Plurianual - PPA e dos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, no contexto dos 30 anos do SUS; Aprofundar o debate sobre as possibilidades sociais e políticas de barrar os retrocessos no campo dos direitos sociais, bem como da necessidade da democratização do Estado, em especial as que incidem sobre o setor saúde”;

considerando o processo ascendente da 16ª Conferência Nacional de Saúde, com etapas municipais, estaduais, conferências livres e etapa nacional, com o Relatório Final expressando o resultado dos debates nas diferentes etapas e as diretrizes e propostas aprovadas na Plenária Final;

considerando que a 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª + 8) reafirmou e consolidou seu propósito, por meio das Diretrizes e Propostas aprovadas em sua plenária deliberativa em que a saúde deve ser tratada como direito humano e como democracia de modo a consolidar os princípios e diretrizes do SUS e com a garantia de financiamento adequado, suficiente e sustentável;

considerando as Diretrizes e Propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde, em seus quatro eixos: Eixo Transversal (saúde e democracia); Eixo I (saúde como direito); Eixo II (consolidação dos princípios do SUS); e Eixo III (financiamento adequado e suficiente para o SUS), que traduzem o entendimento do controle social em formular políticas e propor ações que possam desenvolver o SUS, permitindo que o direito à saúde se efetive pela garantia do acesso às ações e serviços de saúde, segurança e seguridade social, mediante o aumento da aplicação de recursos, pelos três entes federados, em faixas gradativas;

considerando a importância de reforçar o sentido da saúde como direito, apontado pela Constituição Federal de 1988, da consolidação do SUS e do seu financiamento;

considerando a necessidade de aumento da aplicação de recursos pelos três entes federados, em faixas gradativas e proporcionais, e do aperfeiçoamento da legislação desde as fontes de arrecadação até a definição de critérios para sua aplicação, indicando a priorização da

atenção básica de saúde, como ordenadora do cuidado;

considerando que, de acordo com a Constituição Federal de 1988, o Plano Plurianual (PPA) é o instrumento de planejamento de médio prazo que orienta o planejamento anual, que estabelece de forma regionalizada as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada, do qual devem constar as áreas prioritárias a receberem atenção do estado nacional; e que vigora por quatro anos, abrangendo até o primeiro ano do mandato seguinte;

considerando a importância dos processos de elaboração, deliberação e consulta à sociedade realizada pelo Poder Executivo, diretamente ou através de órgãos colegiados e conferências, visando qualificar a gestão pública por meio da participação social;

considerando que o Plano Plurianual 2020-2023 consolida os objetivos e ações da gestão governamental, e tendo em vista a expectativa da 16ª Conferência Nacional de Saúde, de ver atendidas suas proposições, de modo a contemplar as necessidades de saúde da população e a capacidade dos gestores ofertar as ações e serviços públicos de saúde de qualidade e oportunamente;

considerando a Resolução CNS nº 617, de 22 de agosto de 2019, que publicou as diretrizes, propostas e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 16ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a desencadear os efeitos previstos legalmente para a formulação de políticas de saúde e a garantir ampla publicidade; e

considerando a amplitude dessas deliberações da 16ª Conferência Nacional de Saúde, que serão debatidas, encaminhadas e acolhidas em diferentes espaços,

oportunidades, e com diversas estratégias e mobilizações, mas sobretudo querendo, de imediato, destacar e priorizar algumas dessas proposições na elaboração do PPA.

Recomenda

1. Aos Presidentes da República Federativa do Brasil, da Câmara dos Deputados, do Senado Federal e do Supremo Tribunal Federal a inclusão das diretrizes e propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde, destacadas no anexo dessa Recomendação, no rol de documentos oficiais para referenciar o processo de tomada de decisão no âmbito dos Três Poderes, conforme estabelece a Lei Federal nº 8142/1990 e o dispositivo constitucional da participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

2. Ao Presidente da República Federativa do Brasil e ao Ministro da Saúde a incorporação das diretrizes e propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde, destacadas no anexo dessa Recomendação, ao Projeto de Lei do Plano Plurianual da União 2020-2023 e ao Plano Nacional de Saúde 2020-2023.

3. Aos Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal a incorporação das diretrizes e propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde, destacadas no anexo dessa Recomendação, ao processo de discussão e aprovação do Projeto de Lei do Plano Plurianual 2020-2023.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Vigésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de setembro de 2019.

6.1. DIRETRIZES E PROPOSTAS DESTACADAS PARA O PLANO PLURIANUAL (PPA) 2020-2023

O presente documento considera o processo dinâmico e plural da 16ª (= 8ª + 8) Conferência Nacional de Saúde, respeitando suas deliberações e tendo por base o trabalho de síntese da Comissão de Relatoria, contemplando as diversas temáticas relacionadas ao setor saúde e em diferentes dimensões (políticas, econômicas, sócio culturais, etc.) para o fortalecimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo saúde e democracia como pilares fundamentais do projeto de desenvolvimento nacional e da qualidade de vida da população brasileira.

Atento, no entanto, à amplitude das propostas e das diversas estratégias, espaços e oportunidades possíveis para concretização dessas deliberações, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) destaca um conjunto de proposições e reivindicações para serem contempladas no PPA 2020-2023, conforme se segue:

Garantir a democracia e saúde como direitos de cidadania, imprescindíveis à qualidade de vida, liberdade de expressão e participação, ao lado dos demais direitos sociais para consolidar e fortalecer o SUS como política pública, projeto de Nação e fator de desenvolvimento, fortalecendo seu caráter público, com equidade, universalidade e integralidade para assegurar resolutividade da atenção à saúde, estruturada de forma regionalizada, descentralizada e hierarquizada, com participação popular.

Sobretudo, assegurar o direito constitucional da Seguridade Social e o financiamento adequado, transparente e suficiente, com sustentabilidade orçamentária do SUS, propiciando a participação da comunidade, com efetivo controle social, especialmente o fortalecimento e aperfeiçoamento dos conselhos de saúde, de modo a garantir a transparência e a moralidade na gestão pública e melhorar a comunicação entre a sociedade e os gestores, respeitando seu caráter deliberativo.

PROPOSTAS

- 1)** Garantir as condições de funcionamento e fortalecimento do Conselho de Saúde, como órgão deliberativo e de fiscalização, com autonomia e independência política, financeira e administrativa, propiciando capacitação permanente dos conselheiros
- 2)** Ampliar e reforçar órgãos de fiscalização e controle nas políticas públicas e programas nas três esferas de governo para garantir o cumprimento de leis e normas, utilizando indicadores para avaliação de estratégias e metas que assegurem a qualidade e resolutividade de ações e serviços com redução de possibilidade de corrupção.
- 3)** Formulação e execução de políticas públicas de saúde que promovam ações de redução de riscos de doenças e de outros agravos com efetivação e fortalecimento

das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em consonância com os princípios do SUS.

- 4)** Implementação das redes de atenção integral à saúde de pessoas e grupos em todos os ciclos de vida e em todo o território nacional, com serviços especializados regionais de fácil acesso e resolutivos, com equipes multiprofissionais, assegurando procedimentos, medicamentos e Práticas Integrativas e Complementares, por meio de: a) implantação de centrais de regulação com responsabilidade compartilhada das três esferas de governo, que atendam aos municípios e estados e abranjam a média e alta densidade tecnológicas, a urgência e a emergência e os demais serviços especializados, garantindo transparência da gestão da fila de espera para trabalhadores e usuários, otimização do monitoramento dos procedimentos, acompanhamento e avaliação da oferta de serviços e as demandas específicas de territórios e regiões; b) fortalecimento da capacidade de gestão das redes de atenção, por meio do controle, da regulação, da avaliação e da auditoria dos sistemas e serviços de saúde nas três esferas de governo, promovendo a participação plural, a laicidade, a autonomia, a qualidade e a eficiência dos serviços; c) criação de regiões especiais de saúde em áreas fronteiriças para acolher de forma eficiente os fluxos migratórios; d) fortalecimento do sistema de saúde indígena, unificando os sistemas de informação dos atendimentos em serviços das três esferas de governo e a inserção do





Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena (Siasi) em todas as unidades de saúde do itinerário dessa população, sem a municipalização do sistema.

5) Ampliação e fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS) como porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde, considerando as características demográficas e sanitárias de cada região, com integralidade e equidade, ampliando o número de equipes com agentes comunitários e de endemias para universalizar o acesso e fortalecer: a) a assistência em tempo oportuno; b) a promoção da saúde por meio da implantação e da ampliação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e das equipes de saúde bucal; c) a articulação entre os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com mecanismos de referência e contra referência, garantindo a retaguarda e a infraestrutura necessária; d) a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (Upas) que integrem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme a demanda de cada região; e) o aprimoramento dos mecanismos de transparência e participação social; f) a garantia de financiamento adequado à mudança do modelo de atenção que priorize a atenção básica e a valorização dos profissionais que atuam nesse âmbito; g) a ampliação da atenção domiciliar com a expansão para todos os municípios.

6) Garantia de atenção integral com implantação de linhas de cuidado e acessibilidade para pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade, relacionadas a raça, gênero, religião, etnia, cultura, território e procedência de nacionalidade, dentre outras, com ações e serviços específicos, de fácil acesso e resolutivos, de modo particular: a) às pessoas em situação de violência, pessoas

com doenças raras, população LGBTI+, quilombolas, ribeirinhos indígenas, ciganos, pessoas idosas e seus cuidadores, pessoas com deficiência, usuários de substâncias psicoativas, pessoas em situação de rua, pessoas em situação de privação de liberdade, pessoas vivendo com HIV/Aids, populações do campo, das águas e florestas, profissionais do sexo, imigrantes, circenses, refugiados, moradores de ocupações;

c) à população rural na própria comunidade, como nos assentamentos e aglomerados rurais, quilombos, dentre outros; às pessoas com deficiência, assegurando a disponibilização de equipamentos (órtese, próteses e meios auxiliares) necessários para garantir a acessibilidade para estes usuários aos espaços sociais; d) a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos e a autonomia das mulheres sobre sua saúde e sua vida, visando a redução das violências sexual, obstétrica e doméstica, a diminuição da mortalidade materna, a garantia do planejamento reprodutivo e o atendimento humanizado em situação de abortamento.

7) Fortalecimento e ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), assegurando o cuidado em liberdade para os usuários desde a primeira infância e em todos os níveis de atenção, com 100% dos recursos para a saúde mental do SUS direcionados para a Raps, com a política de redução de danos orientando o tratamento, com atenção qualificada aos usuários na Estratégia Saúde da Família (ESF) em atuação integrada com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e com matriciamento sistemático e trabalho em rede, garantindo ainda: a) a implantação e financiamento de desenhos regionais das Raps para qualificar e ampliar a atuação conjunta com todos os pontos de atenção; b)

a conclusão de obras e ampliação do número de unidades de Caps, Caps AD III (Álcool e Drogas), ADI (Álcool e Drogas Infanto Juvenil) e CER IV (Centro Especializado em Reabilitação); c) a ampliação do número de centros de convivência, consultórios de rua e Caps III nas capitais e interior dos estados, de acordo com as demandas e necessidades regionais; d) a garantia de equipes multiprofissionais, estrutura física e equipamentos adequados para atendimento 24h em todas as regiões; e) a inclusão de veículo e motorista à disposição da unidade na implantação dos Caps; f) a ampliação dos serviços de atenção à saúde mental infanto-juvenil (Caps), Caps AD, Caps I, Caps II, Caps III 24h e leitos integrais em hospitais gerais; g) Unidades de acolhimento transitório e infanto-juvenil; h) o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem a reinserção social.

8) Garantir, fortalecer e ampliar a política de álcool e outras drogas de adição, priorizando o tratamento e o financiamento em dispositivos de meio aberto, espontâneo e comunitário (Caps); efetivar a política de aumento dos impostos sobre cigarros e produtos do tabaco, por consequência o aumento dos preços destes produtos, sendo uma medida efetiva para reduzir o consumo de tabaco pelos jovens e crianças e combater a epidemia do tabagismo.

9) Garantir o direito da população à assistência farmacêutica gratuita, com fornecimento e distribuição de medicamentos, acesso rápido a novos medicamentos à lista do Relatório Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) através de um programa municipal, estadual e federal, com investimentos fiscais ou fomentos, num plano nacional de desenvolvimento em pesquisa de medicamentos essenciais, tributação diferenciada, for-

talecimento dos institutos nacionais (exemplo Instituto Butantã, Fiocruz, indústrias farmacêuticas estaduais e federais, entre outros), com a garantia da manutenção da rede própria do Programa de Farmácia Popular assegurando a liberação dos medicamentos prescritos pelos enfermeiros, conforme previsto pelo Ministério da Saúde, em cumprimento a Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87.

10) Fortalecer os programas de saúde da (o) trabalhadora (o) para garantir condições de trabalho adequadas no setor público, privado e filantrópico, evitando assim doenças ocupacionais e acidentes, assegurando a oferta de equipe técnica especializada em saúde da trabalhadora e do trabalhador para identificar agravos, ofertando educação permanente e suporte técnico periódicos a todos os municípios.

11) Garantir a universalização dos serviços de saneamento básico e o acesso à água de qualidade para os municípios e comunidades, com financiamento adequado, de forma a proteger e recuperar as nascentes e promover qualidade de vida e condições de saúde.

12) Ampliar e assegurar mecanismos para regular, fiscalizar e controlar todos os produtos relacionados à segurança alimentar com envolvimento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), bem como acompanhamento e aprimoramento da Política Nacional de Redução de Agrotóxicos, assegurando proteção à saúde dos trabalhadores da agricultura e fortalecimento da agricultura orgânica e familiar, especificamente acompanhamento da Política Nacional de Redução de Agrotóxicos, estimulando a instituição do

mesmo nos estados e municípios visando:

a) o incentivo à produção e consumo de alimentos orgânicos pela agricultura familiar;

b) a implantação de protocolo de atendimento para contaminação por agrotóxicos;

c) a ampliação e qualificação das notificações de intoxicações por agrotóxicos;

d) a capacitação dos profissionais de saúde em urgências/emergências toxicológicas;

e) o acompanhamento de trabalhadores expostos a estes produtos, efetuando monitoramento clínico e laboratorial, bem como conscientizando-os sobre os riscos à saúde;

f) a implantação de programa de antídotos que contemple uma Central Regional para distribuição e armazenamento;

g) a promoção de pesquisas acerca dos danos provenientes do uso de agrotóxicos;

h) a agilidade nos processos de reavaliação dos registros de agrotóxicos e proibição de produtos de maior risco à saúde;

i) a proibição da utilização de agrotóxicos nocivos à saúde em área urbana;

j) o fim do financiamento público à aquisição de agrotóxicos, proibindo seu subsídio;

l) a proibição da importação, produção e uso dos agrotóxicos já proibidos nos países de origem;

m) a responsabilização das empresas pelos agravos à saúde dos usuários e trabalhadores, em decorrência da exposição aos agrotóxicos;

n) o fortalecimento de residências multiprofissionais em toxicologia;

o) que as licenças ambientais, relativas a agrotóxicos, sejam aprovadas pelo controle social, conselhos de saúde e de meio ambiente;

p) que a competência para liberação de agrotóxicos seja realizada pelo Ministério da Agricultura, Ministério do Meio Ambiente e Ministério da Saúde.

13) Valorização do caráter público dos serviços governamentais da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, das empresas públicas e sociedades de economia mista controladas pela União, viabilizando condições para implantação de carreira de Estado na área da saúde com qualificação permanente e acesso por concurso público.

14) Fortalecimento da política de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde, com a indução a mudanças na formação em aproximação com as demandas do SUS, com envolvimento de movimentos sociais e efetivação da Política de Educação Permanente em Saúde no SUS e instituição de programas de incentivo para a interiorização de profissionais, especialmente com financiamento e prioridade para o desenvolvimento da atenção básica de saúde e reconhecimento das

comissões permanentes de integração ensino-serviço comunidade.

15) Garantia do financiamento tripartite e dos processos de recursos, com ampliação da parcela mínima do orçamento geral em saúde, mediante inovação nas formas de arrecadação, de modo a superar o desfinanciamento atual, bem como promover a redução da dependência do setor privado nas ações e serviços de saúde e alcançar a melhoria do padrão de gastos para o fortalecimento da gestão pública, com comando único em cada esfera de governo. De forma particular:

a) Estabelecimento da contribuição sobre grandes fortunas e da tributação sobre os lucros e dividendos distribuídos às pessoas físicas e jurídicas, com destinação para a seguridade social, e consequentemente para a saúde.

b) Ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL para instituições financeiras dos atuais 9 para 18%.

c) Criação de legislação que estabeleça que a contratação de profissionais para a execução de programas financiados pelos Governos Federal e Estadual não impacte o limite legal da folha de pagamento dos municípios.

d) Criação da Lei de Responsabilidade Sanitária desvinculando a saúde da Lei de Responsabilidade Fiscal.

e) Vinculação da arrecadação do Seguro do Trânsito – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) aos fundos de saúde.

f) Extinção da EC nº 93/2015, que dispõe sobre a Desvinculação da Receita da União (DRU) de 30% do Orçamento da Seguridade Social

g) Redução do gasto tributário da União com isenções fiscais a pessoas físicas, jurídicas e entidades filantrópicas e privadas, garantindo que esses recursos sejam investidos em serviços próprios do SUS.

h) Estabelecimento de normas que restrinjam o subsídio público e a renúncia fiscal, para os planos privados de saúde, e que assegure a cobrança do ressarcimento ao SUS, dos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar.

i) Apoio dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, bem como os hospitais regionais, além de ampliar e adaptar espaços em unidades, adequando-se para atendimentos específicos. Ademais, o CNS ainda recomenda a adoção de medidas quanto a diversos instrumentos legais relacionados ao setor saúde e especialmente ao financiamento do SUS, dentre os quais:

a) Aprovação da PEC nº 01/2015, oriunda de um Projeto de Lei de Iniciativa Popular do movimento Saúde +10.

b) Revogação da Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que congelou os investimentos públicos em saúde por 20 anos (até 2036).

c) Aprovação do Projeto de Lei nº 275/15, que garante o diagnóstico para o Câncer em 30 (trinta) dias e garantir o cumprimento da lei para início de tratamento oncológico pelo Sistema Único de Saúde (SUS) até no máximo 60 (sessenta) dias a partir do diagnóstico.

d) Revogação da Lei nº 13.586/17, oriunda da MP nº 795/2017, que autoriza a isenção fiscal as petrolíferas, retirando um trilhão do tesouro nacional.

e) Extinção do subsídio público e renúncia fiscal para os planos privados de saúde, aprimorando a cobrança do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos usuários da saúde suplementar.

f) Auditoria da dívida pública em cumprimento ao preceito constitucional.

g) Reformulação da Lei Federal nº 13.595/2018, que define as atribuições profissionais das(os) agentes comunitários de saúde (ACS) e das(os) agentes de combate às endemias (ACE) e institui 40 (quarenta) horas de trabalho semanal, propondo a garantia do direito de insalubridade e regulamentação da carga horária em 30 (trinta) horas semanais para todos os profissionais de saúde.

h) Arquivamento do Projeto de Lei nº 6.922/2002 (PEC do Veneno), bem como as portarias que liberam o uso dos agrotóxicos na produção agrícola, com proibição em outros países por causarem consequências à saúde das pessoas, de forma direta e indireta.

i) Revogação da Emenda Constitucional nº 86, que trata do orçamento impositivo, por retirar recursos da saúde pública.

j) Revogação da Lei nº 13.097/2015, que dispõe a entrada do capital estrangeiro na Saúde.

k) Garantia, por parte da União, de aplicação de 10% a 15%, da sua receita corrente bruta, através de escalo-

namento (de 2020 a 2023), assegurando a sua parcela de responsabilidade do pleno funcionamento da rede pública de serviços e ações integrais de saúde, em cada território por região de saúde, a partir das seguintes prioridades: atenção básica em saúde (para a ampliação e a cobertura populacional); laboratórios oficiais e dos centros de pesquisa nacional (para o desenvolvimento científico e tecnológico); redes de atenção à saúde, rede de atenção psicossocial, rede de emergência e urgência, rede cegonha, rede pessoas com deficiência; média e alta complexidade (para viabilizar a constituição das redes regionalizadas e integrais à atenção à Saúde).

I) Revogação da Lei 13.429/2017 e a Lei 13.467/2017, que regulamentam a terceirização no serviço público e dispõem sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros, além do Decreto 9.507/2018, que dispõe sobre a execução indireta, mediante contratação, de serviços da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União.

Ciente da diversidade de interesses e da pluralidade de temas presentes na elaboração e aprovação do PPA, o CNS e as diversas Entidades, Órgãos e Movimentos Sociais que o integram, estão mobilizados na busca da implementação de medidas para o aprimoramento e fortalecimento do SUS e a defesa da saúde como direito constitucional, fator de desenvolvimento e política pública universal.

Nesse sentido e na expectativa de que os órgãos governamentais e, especialmente o parlamento brasileiro, adotarão o acolhimento e contemplação no PPA do aqui proposto, o CNS, para além das iniciativas e articulações atuais junto às diversas comissões do Congresso Nacional e órgãos setoriais nas três esferas de governo, se coloca com total abertura e disponibilidade para aprofundar e ampliar o debate destas e de outras proposições para a melhoria da saúde do povo brasileiro

7. ATOS NORMATIVOS PREPARATÓRIOS

7.1. ARTIGOS DAS LEIS ORGÂNICAS DE SAÚDE

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Art. 7º, inciso VIII - participação da comunidade;

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que determina a obrigatoriedade de que os Conselhos de Saúde, entre outras atribuições, deliberem sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades na definição dos planos plurianuais, das leis de diretrizes orçamentárias, das leis orçamentárias e dos planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

7.2. DECRETO Nº 9.463, DE 8 DE AGOSTO DE 2018.

Convoca a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, caput, inciso VI, alínea "a", da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica convocada a 16ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema "Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS".

Art. 2º A 16ª Conferência Nacional de Saúde será coordenada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde e presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, em sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde.

Art. 3º A 16ª Conferência Nacional de Saúde será realizada nas seguintes etapas:

I - municipal, no período de 2 de janeiro a 15 de abril de 2019;

II - estadual e distrital, no período de 16 de abril a 15 de junho de 2019; e

III - nacional, no período de 28 a 31 de julho de 2019.

Art. 4º O regimento interno da 16ª Conferência Nacional de Saúde será aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e editado por meio de portaria do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 5º As despesas com a organização e com a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde correrão à conta das dotações orçamentárias do Ministério da Saúde.

Art. 6º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 8 de agosto de 2018; 197º da Independência e 130º da República.

MICHEL TEMER

Gilberto Magalhães Occhi

7.3. DOCUMENTO ORIENTADOR DE APOIO AOS DEBATES

APRESENTAÇÃO

Atualmente os desafios para a defesa da saúde se avolumaram para dimensões colossais, tendo dois pilares fundamentais. O primeiro pilar de desafios diz respeito à resistência aos mais violentos ataques aos princípios e diretrizes do SUS, realizados por forças que buscam uma contratação social para esse direito aos moldes anteriores a 1988. O outro pilar de desafios trata da formulação de políticas que possam desenvolver o SUS, na direção da superação de seus gargalos, que não são poucos. No último período, é possível tirar bons exemplos para comemorar e acumular forças. Realizamos a 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação e Saúde, a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, a Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, essa última presenteou o SUS, depois de 30 anos, com a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

No entanto, os desafios são muito grandes: o debate da saúde como direito, que considere a soberania nacional e os interesses do nosso povo e da nossa nação, precisa transformar-se em soluções que permitam fazer que o Direito à Saúde seja materializado na garantia do acesso a ações e serviços de saúde.

Através das representações dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores, o Conselho Nacional de Saúde foi buscar, na década de 1980, inspiração para ampliar sua contribuição na luta em defesa da vida e do Direito à Saúde e para construir um processo de resistência à onda de retrocessos, cujos resultados já estão estampados nos principais jornais do Brasil. Assim, convocamos a sociedade brasileira para realizar a nossa “8ª

+ 8”, a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Para além do resgate histórico, 33 anos após a realização da 8ª CNS, o controle social tem a centralidade de seus debates numa agenda muito próxima daquela de 1986. E, é por esta razão que o tema central e os eixos escolhidos para a 16ª CNS (8ª+8) são os mesmos, ou seja, o tema central é “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”. Os Eixos temáticos serão: I – Saúde como direito; II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS. Entretanto, diferentemente de 1986, a arquitetura institucional do Estado Democrático de Direito está registrada na Constituição Brasileira e o caráter de inovação da participação social na saúde está reconhecido legalmente e no cotidiano do sistema de saúde.

A etapa nacional será realizada de 04 a 07 de agosto de 2019, em Brasília, e será precedida por etapas municipais, de 02 de janeiro a 15 de abril, e pelas etapas estaduais e distrital, agendadas para acontecerem de 16 de abril a 15 de junho, as quais com caráter deliberativo no âmbito de suas competências devem contribuir para formulação das políticas de saúde municipais e estaduais, ao mesmo tempo em que as propostas de cunho nacional serão levadas para deliberação na etapa nacional da 16ª CNS (8ª+8). A avaliação das condições de saúde e formulação de diretrizes, nesse momento, deverá levar em conta os avanços na definição organizativa e as diferentes dimensões da crise que vivemos, onde os componentes, político e organizativo, são muito relevantes.

Contribuições para o debate

O presente Documento Orientador tem como objetivo orientar as discussões nas etapas municipais, etapas estaduais e do Distrito Federal; atende ao disposto no Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (=8ª+8) que foi aprovado pela Resolução CNS nº 594, de 09 de agosto de 2018; foi elaborado pela Comissão Organizadora da Conferência e aprovado pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde.

O documento aborda as questões relacionadas ao tema central e aos eixos temáticos definidos para a 16ª CNS (8ª+8) a partir do acúmulo do que foi produzido no âmbito do CNS nos últimos anos e da consulta a documentos oficiais e produções acadêmicas relacionadas. Ao final do texto relacionado a cada um dos temas, estão sugeridas duas Perguntas Estimuladoras para o Debate.

A fim de possibilitar a mobilização de atores dos diferentes segmentos sociais em torno de debates fundamentais na defesa da democracia brasileira, do estado de bem-estar social, da saúde como direito humano, e do SUS como política pública brasileira, foram realizadas atividades formativas preparatórias que compõe a agenda do CNS, como: a Semana da Saúde 2018, o Fórum Social Mundial, o 13º Congresso Rede Unida e o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco); Conferência Nacional de Vigilância em Saúde; Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/2018; Plenárias Populares. Também, o Conselho Nacional de Saúde promoveu as seguintes atividades temáticas, que foram coordenadas pelas suas Comissões Intersetoriais: Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica; 1ª Conferência Nacional Livre de Juventude e Saúde; 1º Seminário de Saúde Mental; 2º Seminário Nacional de Saúde das Mulheres; Seminário Nacional da Pessoa com Deficiência “Garantia da Assistência In-





tegrada”, Oficinas sobre o financiamento em parceria com a CGU; 5º Encontro Nacional de Comitês de Ética em Pesquisa (ENCEP).

Os resultados e produtos destas atividades, e outros documentos que venham a ser produzidos com o objetivo de aprofundar ou apresentar recortes em relação aos temas da conferência ficarão disponíveis na página eletrônica da 16ª CNS (8ª+8) (conselho.saude.gov.br/16cns/) para contribuir com os debates e na formulação de diretrizes e propostas para a Etapa Nacional da conferência.

16ª Conferência Nacional de Saúde (= 8ª+8) – Grande ação em defesa do SUS e da Democracia

Num contexto de retrocessos das políticas sociais, a 16ª Conferência Nacional de Saúde, sendo o maior evento de participação social no Brasil, torna-se ainda mais relevante como uma grande ação em defesa do SUS e da democracia.

O desafio atual é conseguir a contribuição de cada usuário, profissional de saúde, gestor e prestador, para que a gestão participativa, vestida da bandeira da Democracia e Saúde, possa ser uma poderosa guardiã da Constituição Federal na defesa do Direito Humano Fundamental à Saúde.

Defender o SUS significa defender ações e serviços de saúde para a totalidade da população brasileira, sendo que para mais de 75% desta população o SUS é a única opção de assistência à saúde, e defender conquistas

que são exemplos para o mundo:

Sistema nacional de transplantes

Sistema de hemocentro

Resgate de emergências e atendimento pré-hospitalar em situações de acidentes

Tratamento da Sida (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids)

Distribuição de medicamentos para o controle de doenças crônicas não transmissíveis (como hipertensão e diabetes

Sistemas de vacinação capazes de imunizar milhões de brasileiros em apenas um final de semana,

Produção nacional de vacinas para as doenças negligenciadas ou emergentes

Expansão do programa saúde da família e a melhoria dos indicadores de saúde.

Leia, reflita, debata, critique.

Traga sua voz e suas propostas para a 16ª CNS (8ª+8)

Pleno do Conselho Nacional de Saúde

Brasília, 13 de dezembro de 2018.

DEMOCRACIA E SAÚDE

Após a segunda Guerra Mundial, em 1948, estabeleceu-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos, entre os quais, destaca-se aqui, o Direito Humano à Saúde e da proteção da vida. Contudo, demorou pelo menos 40 anos até que esse processo fosse introduzido no Brasil, que só passou a internalizar esses valores a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou, dos artigos 196 a 200, o conceito ampliado da saúde, bem como responsabilizou o Estado pela sua garantia e pela criação do Sistema Único de Saúde, processo motivado pela declaração Alma-Ata de 1978, que ganhou forte aderência no Brasil a partir do processo de redemocratização, na década de 1980, tendo como pontos altos a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a própria promulgação da Constituição Federal.

Durante a abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o sanitarista Sergio Arouca em seu discurso defendeu a ideia de que “Democracia é saúde”. Naquele momento o país vivia o período de redemocratização política e a Conferência fez a associação da Democracia com a Saúde, mobilizando a sociedade brasileira na defesa da ampliação do conceito sobre Saúde, elevando-a à condição de Direito. De acordo com Arouca conseguir a democracia era o “ponto de partida” para se ter saúde, ou seja, “a saúde está diretamente relacionada ao conceito de democracia”.

(...) saúde não é simplesmente ausência de doença: “é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vesti-

² Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras - PAULO HILÁRIO NASCIMENTO SALDIVA e MARIANA VERAS. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v32n92/0103-4014-ea-32-92-0047.pdf>

menta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...)". Sergio Arouca, 1986.

A associação entre Democracia e Saúde, abordada na 8ª Conferência, permitiu-nos escrever um contrato social que reformulou a estrutura do Estado, que declarou a Saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado mediante políticas públicas, bem como desenhou em seus artigos constitucionais um Estado defensor e promotor do Bem-Estar Social, e os caminhos em direção à mudança do modelo de atenção e gestão de Saúde no Brasil.

Entretanto, o Brasil foi um dos raros países que conseguiu produzir esse tipo de contratação social. Nos demais países, essa lógica estava sofrendo ataques brutais durante a década de 1980, seja com a Margaret Thatcher, na Inglaterra, ou com o Ronald Reagan, nos Estados Unidos, que apresentavam para o mundo o neoliberalismo.

Os ataques ao Estado Democrático de Direito colocam a Saúde em risco

A Constituição Federal de 1988 vem sendo atacada desde sua promulgação, o que impôs barreiras para efetiva-

ção de políticas públicas que dessem materialidade aos seus apontamentos, como o Direito à Saúde e ao Bem-Estar Social. Todavia, os mais duros ataques ao Estado Democrático de Direito, preconizado pela Constituição Federal de 1988, foram feitos justamente ao seu caráter Democrático e de Direito.

O Estado Democrático diz respeito à soberania, à vontade popular e ao respeito às minorias

O Estado de Direito significa o acesso ao direito à cidadania através de políticas públicas.

Dessa forma, ao não respeitar a soberania da vontade popular de uma eleição majoritária e ao instituir a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que congela os gastos públicos por 20 anos, romperam com nosso contrato social.

Tal investida precisa ser compreendida dentro das disputas de rumos, não só do Brasil, mas do mundo, não só do nível nacional, mas também do nível local, do território onde vivemos, como dizem “do global ao local”, pois, o que está em disputa é como vivemos e como morremos, quem vive e quem morre, e a disputa entre a vida e a morte.

As consequências dessas disputas podem ser o avanço civilizacional ou uma tragédia humanitária, pois seus desdobramentos impactam diretamente em vidas humanas. A escolha é: Todos têm Direito à Vida? Alguns podem ser elimináveis? O conhecimento humano, a ciência e a tecnologia impactarão nas relações de produção da vida; no avanço ou na tragédia, no local e no global. É possível ver o espectro da morte cobrir vastos territórios pelo mundo, como tem sido divulgado nos

diversos meios de comunicação nacional e internacional: são as gaiolas com crianças na fronteira dos Estados Unidos; são os novos navios negreiros no Mediterrâneo; é a xenofobia e a intolerância ganhando força no Brasil e no mundo; é a violência como solução de conflitos; é uma brutal e cruel concentração de riqueza no mundo, diante disso, a defesa da vida passa a ter um caráter civilizatório na contemporaneidade.

Lutar pela saúde é lutar pela Democracia

Objetivamente, essas disputas travadas num amplo processo de construção do Estado Democrático de Direito proporcionam avanços e conquistas, como os que experimentamos nas três últimas décadas e resultam em aprimoramento e fortalecimento do SUS. Contudo, diante das ameaças a direitos, da redução de investimentos, da retração das políticas públicas sociais, tanto o processo de construção do SUS está em xeque quanto a própria consolidação da democracia.

Foram, portanto, os enfrentamentos em um ambiente democrático que permitiram que as diferentes forças sociais (majoritariamente sem ligações partidárias, vinculadas ao um amplo leque de organizações da sociedade civil que vai de organizações de usuários representantes de patologias, passando por organizações religiosas, indo a profissionais de saúde, a gestores e a populações em situação de vulnerabilidade) conseguissem, mesmo de forma subfinanciada, importantes vitórias na defesa do SUS e da Saúde como Direito, como a Lei 8142/90, que deu materialidade ao princípio do SUS, da participação da comunidade na gestão da saúde, dando caráter legal às Conferências e aos Conselhos, sendo fundamental para os defensores dos avanços do SUS, permitindo que o caráter deliberativo da gestão

participativa tivesse “força de lei”, consagrando o papel do Controle Social em relação a saúde, permitindo a formulação, fiscalização e mobilização da sociedade.

O papel do controle social na luta pela Democracia e Saúde

As Conferências de Saúde têm sua relevância reconhecida para fortalecimento do processo democrático de participação social na gestão do SUS, e para construção de diretrizes para formulação de políticas públicas de saúde que atendam os anseios e necessidades da população. O reconhecimento está centrado na sua potencialidade de fortalecer o arranjo democrático do estado brasileiro e no caráter de inovação que introduz na formulação e execução de políticas públicas. Sempre é oportuno lembrar o registro legal e o acúmulo produzido até o momento, principalmente quando se prepara uma Conferência Nacional de Saúde em um contexto de tamanha complexidade como o atual, onde os níveis de saúde da população mostram contradições e perigosos retrocessos.

Esse processo de conferência, assim como os Conselhos, representam uma verdadeira reforma na condição de funcionamento democrático do Estado, ampliando as relações entre democracia representativa e democracia participativa direta, de caráter ascendente, iniciando seu processo nos níveis municipais, estaduais, distrital, culminando com a etapa nacional.

Democracia Representativa: os cidadãos devem escolher representantes políticos através de eleições. Assim, os indivíduos eleitos passam a ser responsáveis por representar, em tese, os interesses do povo na tomada das decisões de âmbito público.

Democracia Participativa Direta: os cidadãos debatem e votam diretamente sobre as principais questões de seu interesse, sem a necessidade de haver intermediários. A população tem o direito de participar diretamente das tomadas de decisões.

As Conferências de Saúde, constituem-se, portanto, como espaços potentes de participação política da população em defesa da saúde como direito das pessoas e de coletividades, do Sistema Único de Saúde (SUS), da democracia e do bem-estar de todos os brasileiros. Como registra o Parágrafo 1º, do Artigo 1º, da Constituição Brasileira de 1988, “Todo poder emana do povo” e deve ser exercido pelos representantes eleitos na perspectiva de fortalecer o Estado Democrático de Direito fundamentado na soberania, na cidadania, na dignidade da pessoa humana, nos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e no pluralismo político. Os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, que respondem a essa condição primeira, devem operar pautados nos objetivos fundamentais de construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, religião ou credo e quaisquer outras formas de discriminação (CF, Art. 3º).

Conforme determina a Lei Federal nº 8142/90, as Conferências de Saúde são instâncias colegiadas que, sem prejuízo das funções das instâncias de governo, têm a representação dos vários segmentos sociais que constituem os diferentes territórios de abrangência, “para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para

a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (Lei Federal nº 8142/90, Art. 1º, Parágrafo 1º). As Conferências são, portanto, dispositivo previsto na legislação brasileira e compõem a arquitetura do Estado Democrático de Direito, conforme determina a Constituição Brasileira.

Por outro lado, o caráter de inovação está justamente no reconhecimento de que o “Poder emana do povo”, ou seja, não é apenas na escolha direta ou indireta de representantes políticos que se exerce a cidadania, no contexto da arquitetura institucional prevista na Constituição. É também, no caso da saúde, na participação direta, vocalizando suas opiniões e necessidades, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para as políticas de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) expressa o caráter democrático do Estado Brasileiro por meio de políticas que devem ser formuladas e geridas pelos representantes na estrutura do Estado de forma a responder às necessidades de saúde da população e também na participação de representantes de grupos e instituições na avaliação e definição de diretrizes. Essa dupla inserção da participação cidadã, na escolha de representantes para a gestão governamental e na definição de diretrizes e avaliação das políticas e da situação de saúde, dá um caráter de inovação, fortalecendo o slogan que ecoou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de que “Saúde é Democracia”, constituindo a ideia de que não basta um sistema de assistência às doenças.

É preciso um sistema que, sob responsabilidade do Estado brasileiro, também atue nas condições que fortaleçam a saúde individual e coletiva, porque a saúde, “como direito fundamental do ser humano”, inclui a “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros

agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Lei Federal nº 8080/90, Art. 2º). Trata-se do reconhecimento, como registra o Art. 3º da Lei Federal nº 8080/90, que

“os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

Perguntas estimuladoras para o debate

1. Em quais situações do cotidiano podemos perceber o respeito à vontade popular, ou seja, como percebemos as conquistas do Estado Democrático de Direito na vida cotidiana no pleno exercício da cidadania?
2. Quando a vontade popular é desrespeitada os direitos à saúde são diminuídos? É possível perceber isso no dia-a-dia da vida das pessoas, em seus territórios?

EIXO TEMÁTICO I

SAÚDE COMO DIREITO

A definição de que a saúde compõe um direito de todas as pessoas e grupos não é uma invenção do processo de reforma sanitária brasileira e tampouco foi inserido na Constituição Brasileira de forma inédita. A Declaração Universal dos Direitos Humanos promulgada em 1948 menciona em seu artigo 25 que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

O conceito de saúde decorrente dessa declaração exige que saúde seja entendida como direito humano, o qual deve ser universal, indivisível e interdependente. O conceito de “pessoa” que está registrado no documento reconhece a diversidade humana e as condições de adversidade que mulheres e homens estão submetidos por condições estruturais e conjunturais que não estão totalmente sob sua capacidade de superação.

Entender a saúde como direito universal significa compreender que se trata de uma condição que deve ser acessível para todos: pobres, ricos, brancos, negros, índios, mulheres, homens, crianças, idosos, trabalhadores formais e informais, quilombolas, populações ribeirinhas, população em situ-

ação de rua, não devendo haver privilégio de uns em detrimento de outros. No entanto, precisamos respeitar as especificidades de cada um, garantindo o acesso de acordo com as necessidades específicas, significando, assim, equidade. Essa condição está associada ao reconhecimento que as pessoas são expostas a fatores e condições que fragilizam e vulnerabilizam a sua saúde.

A indivisibilidade dos direitos significa que direitos outros, como: educação, moradia, alimentação, emprego e renda são também fundamentais para que as pessoas possam ter saúde, portanto, não devemos separar os direitos, entendendo que um não é mais importante que o outro, pois todos são fundamentais para o bem viver. A Constituição brasileira de 1988 registra esse reconhecimento, quando absorve o conceito ampliado de saúde no entendimento do que ela representa para as pessoas e coletividades.

Ainda, para que a saúde seja tratada como direito humano, além de universal e indivisível, os direitos devem ser interdependentes, o que significa que para termos saúde de qualidade, depende que outros direitos não especificamente de ações e serviços de saúde, mas que condicionam e determinam o bem viver, sejam também garantidos. Colocar a saúde como um direito humano significa considerar que a saúde é uma prerrogativa de todo cidadão, ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida.

Este conceito de saúde como direito humano teve sua concepção referendada pelo movimento da reforma sanitária brasileira, que agregou profissionais de saúde,

professores universitários, lideranças sindicais e comunitárias, que juntos lutavam por um novo modelo de sociedade e de estado que garantisse direitos sociais a todos os brasileiros.

Este movimento culminou com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e que, até os dias de hoje, é considerada um marco na história da construção das conferências de saúde e do SUS. Para muitos, esta conferência é lembrada como “um divisor de águas” da democracia participativa, por ter sido a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à participação da sociedade, e que confirmou o conceito ampliado de saúde, onde saúde deixa de ser um conceito estanque – ausência de doenças, e passa a agregar fatores determinantes e condicionantes, de forma intersetorial.

Além dessa importante contribuição, a 8ª CNS foi inspiradora para formulação das bases para a seção “Da Saúde” da Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988, a qual definiu a Saúde como Direito de todos e Dever do Estado, indicando os princípios e diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS), reafirmando a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

A CF/1988 deu materialidade legal para a “Saúde como Direito de todos e Dever do Estado”, o que não significa que a conquista legal tenha deixado de travar disputas com a tendência mercantilista de saúde e com o modelo de sociedade que a sustenta. Esta conquista constitucional foi apenas um passo deste processo de luta que vem sendo desencadeado cotidianamente pela mobilização da sociedade, principalmente pelas instâncias de Controle Social, ao longo destes 30 anos.

O momento atual, que inclui uma crise moral e ética relevante, também coloca em questão o processo histórico que antecedeu à Constituição atual. Mas é importante lembrar que os problemas de saúde que vivemos atualmente não são idênticos aqueles que o Brasil vivia até o final da década de 1980.

Avanços importantes no acesso às ações e serviços de saúde são visíveis e a negação dessa condição é argumento político dos setores que pretendem destruir essa conquista. Um exemplo, apenas, para recuperar a memória.

Até o início da década de 1980, o acesso à assistência à saúde no sistema público era restrito na maior parte das condições aos contribuintes da previdência social, ou seja, aos trabalhadores do mercado formal de trabalho (com carteira assinada) e uma parte importante da população, sem emprego formal ou em situação de desemprego, somente tinha acesso a ações de saúde pública e prevenção de doenças.

Para esses segmentos de população, nas cidades e no campo, a assistência centrada nas doenças era feita em serviços filantrópicos, quando disponíveis, ou com o pagamento dos serviços. Ou seja, essa assistência, que vulnerabilizavam as pessoas, gerava ainda mais vulnerabilidade, com maior afastamento ao trabalho e fragilização econômica. Pertence ao registro da história da saúde no Brasil, principalmente em populações do campo e das periferias urbanas, a necessidade de venda de patrimônio pessoal e familiar, inclusive aquele que garantia o sustento, para acessar meios de tratamento das doenças.

A partir da Constituição, com o reconhecimento legal da saúde como direito e dever do Estado, o acesso a ações e serviços se torna universal, ficando assim reconhecido que é direito de cidadania e que o conjunto de impostos e contribuições que todos os brasileiros e brasileiras recolhem regularmente às esferas de governo deve ser a fonte da sustentabilidade dessas ações. Não há gratuidade na sustentação do sistema de saúde: as fontes que mantém os orçamentos fiscais e da seguridade social tem como contribuintes as pessoas físicas e jurídicas que circulam pelo território.

Uma vez aprovada a Constituição federal, por meio da qual foi criado o SUS, havia a necessidade de uma legislação específica que a regulamentasse. No caso, a Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 19 de setembro de 1990 - Lei 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O controle social na garantia do direito à saúde

Como esta lei sofreu vários vetos do presidente da república, foi complementada, em 28 de dezembro do mesmo ano, pela lei 8142/90.

A Lei nº 8142/90 regula a participação social, por meio de instâncias oficiais de Controle Social, quais sejam: Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. Busca-se, desta maneira, a participação de atores sociais historicamente não incluídos nos processos decisórios do país com o objetivo de influenciarem a definição e a execução da política de saúde.

O controle social pode ser entendido como a participação do cidadão na gestão pública: fiscalização, monitoramento e controle das ações da Administração Pública. É um importante mecanismo de fortalecimento da cidadania que contribui para aproximar a sociedade do Estado, abrindo a oportunidade de os cidadãos acompanharem as ações dos governos e cobrarem uma boa gestão da coisa pública.

Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos que atuam como espaços participativos estratégicos na reivindicação, formulação, controle e avaliação da execução das políticas públicas de saúde. Já as Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos, por meio de discussões realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários), para avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde.

Juntamente com a gestão destas instâncias e de outras redes de articulação em prol da garantia da participação social, o desafio que se coloca é a criação de uma eficiente rede de informação e comunicação ao cidadão sobre estes espaços de participação e ainda fazer com que o cidadão perceba o seu papel fundamental na reivindicação pelo direito à saúde e no controle social do SUS.

Neste contexto, destaca-se ainda, o papel estratégico que tem o controle social na avaliação ética em pesquisa envolvendo seres humanos e na autêntica defesa dos sujeitos de pesquisa. No Brasil, esse controle vem sendo realizado por meio da atuação da Comissão

Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde - CNS, formada por especialistas, gestores e conselheiros nacionais de saúde representantes dos segmentos de trabalhadores e de usuários do SUS. Com a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho, tem caráter consultivo, deliberativo, normativo e educativo, atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa - CEP- organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam.

A regulação social da ética em pesquisa tem uma missão primordial de assegurar a autonomia e os direitos dos participantes de pesquisas, garantindo-lhes dignidade e pleno exercício de sua cidadania e toda e qualquer estratégia de afastar do controle social a prerrogativa desta regulação e acompanhamento deve ser frontalmente combatida, face em vista ao que acontece esporadicamente com algumas propostas de lei que tenta retirar, ou descaracterizar, o papel do controle social junto aos Comitês de Ética em pesquisa.

Perguntas estimuladoras para o debate

1. Quais obstáculos/dificuldades são percebidos no seu território para que as pessoas tenham o direito à saúde? Os condicionantes da saúde (trabalho, educação, transporte, moradia, lazer, alimentação ...) estão acessíveis a todas as pessoas? As especificidades de cada pessoa são respeitadas? As condições e fatores que expõe as pessoas a condições de vulnerabilidade são reconhecidas?

2. Como tem sido a sua participação e do seu grupo social na garantia do direito a saúde no seu território?

EIXO TEMÁTICO II

CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Reafirmar os princípios do SUS

O Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que tem um sistema de saúde público e gratuito.

O SUS pode ser entendido a partir de um núcleo comum (único) no qual concentram-se os seus princípios, sejam eles doutrinários ou organizativos.

Os princípios doutrinários, aqueles chamados de princípios ideológicos do SUS conferem legitimidade ao Sistema, além de definirem os rumos para a sua implantação.

Universalidade

Universalidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, tenham direito ao acesso às ações e serviços de saúde.

Historicamente quem tinha direito à saúde no Brasil eram apenas os trabalhadores segurados do INPS e depois do INAMPS. Com o SUS isto é diferente. A saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. O SUS foi implantado com a responsabilidade de tornar realidade este princípio.





Equidade

O objetivo da equidade é diminuir desigualdades, o que não significa que equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais, tem suas peculiaridades e, portanto, necessidades diferentes. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é um princípio de justiça social.

Integralidade

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, não fragmentado e integrado a comunidade, o que significa que para atender as suas necessidades de ações em saúde deve-se levar em conta os aspectos envolvidos na vida do ser humano. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Os princípios organizativos que, como o nome diz, tratam da sua organização a partir dos princípios doutrinários e orientam o processo afim de concretizar o SUS na prática.

Regionalização e Hierarquização

De acordo com a CF, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada”. A regionalização e a hierarquização são formas de organização e funcionamento do SUS, o que vale dizer que os serviços devem ser organizados em rede de atenção, em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida.

A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços já existentes, de modo a garantir formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso, de tal sorte que o cidadão tenha a garantia de acesso ao cuidado no tempo oportuno e de forma qualificada. Deve ainda incorporar-se à rotina do acompanhamento dos serviços, com fluxos de encaminhamento e de retorno de informações do nível básico do serviço. Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema.

Descentralização e Comando único

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. No SUS, a descentralização deve se dar até o município, o qual deverá ter garantido condições de gestão, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentraliza-

ção, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Quanto mais perto estiver do cidadão, mais chance de acerto, pois está mais próximo da realidade e da possibilidade de a sociedade exercer o Controle Social.

Participação Social

O conceito de participação social incorporado ao SUS deve estar conectado com o de democracia participativa, onde a população torna-se sujeito ativo da política pública de saúde e não apenas receptor desta. É a comunidade propondo e definindo o serviço público que ela deseja, participando do poder decisório, e radicalizando na democracia.

Ao estabelecer como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação Comunitária/Social, a Constituição Federal de 1988 apontou para a relevância da inserção da população brasileira na definição e acompanhamento de políticas públicas em defesa do direito à saúde, considerando que quanto maior o envolvimento da sociedade em todo o processo de implementação do SUS, maiores as chances de êxito. Haja visto, que diminui o distanciamento entre quem define a política de saúde, e a quem se destina esta política. Além disso, este princípio atribuiu importância a instâncias populares na fiscalização e controle das ações do Estado, considerando as especificidades de cada região brasileira.

O Modelo de Gestão fundamental para efetivação do SUS

Discutir e pensar sobre Modelo de Gestão, em todas as áreas, significa fazer escolhas ou tomar decisões sobre qual o melhor caminho para atingirmos nossos objetivos. Do ponto de vista das organizações (públicas e privadas), o modelo de gestão representa as principais determinações, vontades e expectativas do gestor, de como as coisas devem acontecer.

A gestão está além da prática gerencial. Os aspectos políticos, econômicos e sociais influenciam o modelo de gestão a ser adotado, que não se restringe apenas aos aspectos conceituais, metodológicos e instrumentais da gestão. A gestão é um processo técnico, político e social de produzir resultados.

Sendo assim, do ponto de vista do Estado, o modelo de gestão caracteriza-se como sendo o conjunto de normas e princípios que orientam os gestores na escolha das melhores alternativas e estratégias de ação para levar a política pública a cumprir sua missão com eficácia e atendendo com qualidade a prestação de serviços de interesse da sociedade.

Para a consolidação do sistema de saúde há necessidade do desenvolvimento de um modelo de gestão condizente com suas diretrizes. A principal característica da gestão concebida no SUS é a Gestão Estratégica e Participativa, que compreende todos os mecanismos de deliberação e de gestão compartilhados, com ênfase no controle social, valorizando e fortalecendo os mecanismos instituídos para controle social no SUS, incluindo os Conselhos e as Conferências de Saúde, instrumentos essenciais na formulação de estratégias e no controle

da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Neste modelo, a gestão estratégica e participativa do SUS está fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios, cabendo às três esferas de governo, de maneira conjunta, operar e executar as ações e serviços de saúde; definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde; monitorar o nível de saúde da população e seus indicadores; gerenciar e aplicar de maneira suficiente os recursos orçamentários e financeiros; definir políticas de recursos humanos; realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, com a participação ativa da comunidade em todas essas ações.

Os conselhos de saúde, pelo seu papel de grande relevância pública, constituem uma das principais expressões da democracia participativa, integram a gestão administrativa e participam da formulação, planejamento e controle das políticas públicas, contribuindo, assim, para o fortalecimento da relação Estado e Sociedade e para o pleno exercício da cidadania.

Neste momento, em que a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) tem como um dos seus objetivos reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e leis orgânicas, é fundamental a reafirmação das diretrizes que devem nortear o modelo de gestão a ser implementado no SUS:

- Gestão de caráter estratégico e participativo
- Formulação e execução de políticas econômicas e sociais com impacto na redução de riscos de doenças e de outros agravos
- Formulação e execução de políticas econômicas e sociais que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde
- Execução, direta pelo Estado, de ações e serviços de saúde
- • Caráter complementar da participação da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde, que devem estar submetidas às diretrizes do SUS, incluindo o controle social.
- Organização das ações e dos serviços de saúde de forma regionalizada, hierarquizada em níveis de complexidade crescente e articulada em redes de atenção
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, com promoção de equidade
- Aplicação de recursos financeiros em ações e serviços de saúde públicos de forma constante, crescente e suficiente por parte da União, do Estados, do Distrito Federal e dos Municípios

Importância de um modelo de atenção que atenda aos princípios do SUS e seja resolutivo

Os Modelos de Atenção à Saúde referem-se a combinações e estruturação de tecnologias que devem servir para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades, individuais ou coletivas, de saúde da população. Em suma, um modelo de atenção reflete as escolhas técnicas, as decisões políticas e os financiamentos estruturados para esse atendimento.

Considerando os complexos fenômenos econômicos, ambientais, sociais, culturais e biológicos que determinam o nível e a qualidade da saúde das brasileiras e dos brasileiros, em todas as idades, a avaliação da situação de saúde da população que configura a realidade sanitária vivida pelo Brasil deve ser a base para a estruturação do modelo de atenção.

Complementando, podemos dizer que o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Por essa característica, a definição, ou as escolhas em torno do modelo de atenção é palco de disputas por projetos no campo da saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, ou seja, o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos.

Com o SUS, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, torna-se necessária a mudança do modelo de atenção à saúde. Ao longo dos anos de implementação do SUS trava-se uma disputa para a substituição do modelo centrado nas ações médico-curativas, excessivamente especializado, de alto custo e baixa resolutividade, com ênfase no cuidado fragmentado e no ambiente hospitalar e, portanto, não estruturado, não centrado no cidadão, por um modelo de atenção que conjugue, integralmente, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida de todos os cidadãos.

No âmbito do SUS a organização da atenção à saúde deve considerar, além é claro dos três princípios fundamentais como o princípio da universalidade, da integralidade e da equidade, uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença seja o resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: gestores, prestadores, trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde.

As características do Modelo de Atenção para a consolidação do SUS

O modelo de atenção idealizado para o SUS precisa preconizar as seguintes questões:

- Integralidade do cuidado
- Garantia do acesso
- Regionalização e descentralização dos serviços
- Ações humanizadas e resolutivas de saúde e volta-

das às necessidades de toda a população

- Ações de planejamento e avaliação que respeitem as diferentes necessidades e problemas de saúde locais e regionais
- Intervenção nos problemas de saúde de forma mais precoce e longitudinal, ou seja, com possibilidades de acompanhamento dos indivíduos em seus contextos familiares e territoriais.

Nesta perspectiva, é importante que a assistência seja organizada pela lógica da centralidade de uma Atenção Básica orientadora e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, descentralizada, próxima da vida das pessoas, com cobertura de serviços e ações para 100% da população, em articulação com demais dimensões do sistema, como a média e alta complexidade, que devem estar organizadas quantitativamente e qualitativamente para garantir a integralidade do Sistema.

A defesa da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a consolidação do Modelo de Atenção resolutivo

A expansão da Saúde da Família nos últimos anos tornou-se uma das principais estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil.

Embora ainda em implementação, melhoramento, ampliação e qualificação, a ESF já conta com avanços significativos, tais como:

- Modelo de cuidado centrado em pessoas, aumentando a integralidade e o custo-efetividade;

- Atenção longitudinal por uma mesma Equipe de Profissionais cuidando das pessoas, inseridas em seus territórios e construindo suas comunidades, em diferentes momentos de seus ciclos de vida, sem restrições por conta de etnia, orientação sexual, identidade de gênero ou estrato social, o que determina melhores indicadores sócio-epidemiológicos;
- A Atenção Básica como porta de entrada mais coerente e adequada ao sistema;
- Aumento da resolutividade de ações;
- Afirmação da Atenção básica como melhor cenário para formação de profissionais orientados para atuarem na lógica de um Sistema de Proteção Social.

Nestes anos de implementação, a ESF alcançou melhoria de indicadores da cobertura vacinal, redução da desnutrição, da morbimortalidade infantil e da mortalidade materna, melhoria do acesso a serviços odontológicos, redução das internações desnecessárias, acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Educação Popular em Saúde, redução do número de mortes por causas evitáveis, ampliação do acesso a medicamentos pelo Programa Farmácia Popular, entre outros.

Tais avanços se deram em parte por medidas como:

- Criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);
- Ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde;

- Criação do Programa Brasil Sorridente;
- Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- Criação do Programa Mais Médicos, ampliando a cobertura territorial com a presença do profissional de saúde e consequentemente aumento quantitativo e qualitativo da população atendida.

Torna-se inevitável relacionar a melhoria dos indicadores de saúde ao aumento da cobertura da Atenção Básica nos últimos anos, saindo de 31,8% em 2002 para 62,4% em 2014. Atualmente, 5.460 municípios possuem Estratégia de Saúde da Família e mais de 121 milhões de pessoas - mais de 2/3 da população, estão sendo beneficiadas pela ESF.

Perguntas estimuladoras para o debate

1. Que práticas, saberes e tecnologias devem ser incorporadas no modelo de integralidade nos diferentes níveis de atenção para que as ações do SUS produzam melhorias na saúde das pessoas? Quais são os grandes desafios para a gestão estratégica e participativa do SUS nos próximos anos?
2. Como assegurar a participação ativa da comunidade na elaboração e execução das ações de saúde no seu território?

EIXO TEMÁTICO III

FINANCIAMENTO DO SUS

Da conquista à fragilização da Seguridade Social

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) estabeleceu um marco na proteção social do país, principalmente no que se refere a seguridade social, ao substituir a lógica dos seguros, na qual o direito era restrito à assistência médica e destinado somente aos trabalhadores formais com carteira de trabalho assinada. A partir da Constituição, a população brasileira passou a ser inserida num sistema de proteção social, alcançando a seguridade social como um direito universal. Nasce, então, a concepção de que a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Apesar desse avanço, resultado da legítima disputa dos movimentos sociais, a seguridade social tem sofrido importantes ataques, desde a década de 1990, dificultando, assim, que as pessoas alcancem efetivamente a proteção social que lhes é de direito.

Parte desses ataques são caracterizados pela implementação da denominada política de austeridade fiscal e materializados quando os governos colocam a política econômica como prioridade, ou seja, as metas e resultados fiscais são as principais finalidades de suas ações, subordinando, assim, as políticas da seguridade social a um verdadeiro processo de retirada dos direitos sociais e garantias existentes. Cabe, ainda, ressaltar que as reformas trabalhista e da previdência social têm, também, uma significativa contribuição no agravamento do desmonte da seguridade social.





O Subfinanciamento do SUS

A partir da década de 1990, o desafio de ampliar o acesso aos serviços de saúde a todos os brasileiros e todas as brasileiras de forma descentralizada, universal, equânime e integral reforçou a necessidade de discussão sobre a questão do financiamento adequado e suficiente das ações e dos serviços de saúde. A conquista de suficiência e estabilidade dos recursos para o sistema público de saúde é fundamental para corresponder tanto as necessidades do sistema como os legítimos anseios da população em torno da defesa do direito constitucional à Saúde e do acesso universal e igualitário às ações e serviços do SUS.

Historicamente, o financiamento da saúde pública no Brasil sempre foi precário. Antes do SUS, o financiamento praticamente se restringia às contribuições dos trabalhadores organizados que, mais tarde, ficaram vinculados à Previdência Social. Apesar de estar previsto em lei, tanto na Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde que preveem fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo, o financiamento do SUS tem sido instável e insuficiente, caracterizando real subfinanciamento do SUS, desde a sua criação.

A não aplicação integral do orçamento da Seguridade Social no financiamento da saúde, previdência e assistência social, que se reflete na não priorização da saúde como um direito constitucional e universal, ao lado de momentos de crises fiscal e financeira do Estado brasileiro são fatores determinantes de insuficiência histórica do financiamento do SUS.

Vale ressaltar que, ao mesmo tempo em que o financiamento da saúde pública é precarizado, as sucessivas renúncias fiscais e subvenções de dinheiro público, inclusive para o setor privado de saúde, têm provocado uma expansão deste setor que subverte a ordem constitucional que preconiza o caráter complementar da iniciativa privada no SUS.

As tentativas de vinculação de receitas e/ou de percentuais de gastos mínimos não conseguiram reduzir a instabilidade do processo de financiamento do SUS nas três esferas de governo. Os 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) da União para o financiamento federal das ações e serviços públicos de saúde definido pela CF de 1988 nunca foi cumprido.

A histórica luta pela redução da instabilidade de financiamento do SUS

As disputas e embates por recursos financeiros para o desenvolvimento de um SUS público e universal estão presentes na sociedade brasileira desde a sua criação.

Já nos primeiros anos de implementação, foram várias as iniciativas para viabilizar a sustentabilidade financeira do SUS. Por exemplo, no ano de 1993, a PEC 169 propunha: a aplicação, pela União, de no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) + 10% das Receitas de Impostos Federais; a aplicação, pelos Estados, pelo DF e pelos Municípios, de no mínimo 10% da receita resultante dos seus impostos. Em 1995, a PEC 82 propunha a instituição da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL).

Em 1997, considerando o subfinanciamento, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) pela Lei nº 9.311/1996, com vigência entre 1997 e 2007, quando sua prorrogação foi vetada pelo Congresso Nacional. Inicialmente destinada integralmente à Saúde não representou acréscimo de financiamento para o SUS ao longo de sua vigência, perdendo, a partir de 1994, a sua condição inicial de “fonte exclusiva” quando parte do arrecadado passou a financiar o Fundo de Emergência Social (FSE), processo que, posteriormente, ficou denominado como DRU- Desvinculação de Receitas da União, mecanismo que permite ao governo federal retirar 30% do orçamento da seguridade social (OSS) para o tesouro nacional.

Em 1999, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29 – EC 29, que constituiu uma desvinculação dos gastos de Saúde às fontes de financiamento da Seguridade Social, e a partir de 2000, substituída pelo atrelamento do acréscimo dos recursos federais da Saúde à variação nominal do PIB, determinou a aplicação de, no mínimo, 12% da Receita de Impostos e Transferências pelos Estados e DF e de, no mínimo, 15% da Receita de Impostos e Transferências pelos Municípios. O desempenho do PIB ao longo da primeira década deste século XXI foi pouco dinâmico, o que acarretou a perda de dinamismo dos recursos federais frente às necessidades crescentes do SUS.

A regulamentação da EC 29 ficou pendente por quase 8 anos no Congresso, entre 2003 e 2011, provocando perda de recursos para o SUS. Durante este período houve uma luta do controle social para esta regulamentação, como o PLC 1/2003 no ano de 2003 e outros projetos de lei que propunham mudanças na aplicação mínima pela União dos 10% das Receitas Correntes Brutas, in-

clusive com a proposta de criação da Contribuição Social para Saúde (alíquota de 0,1% sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, ou seja, a mesma base de incidência da CPMF extinta em 2007).

PLC 1/2003	
União	Aplicação de, no mínimo, 10% das Receitas Correntes Brutas
Estados e DF	Aplicação de, no mínimo 12% das Receitas de Impostos e de transferências constitucionais
Municípios e DF	Aplicação de, no mínimo, 15% das Receitas de Impostos e de transferências constitucionais

Assim, com a vigência da Emenda Constitucional 29 a partir do ano de 2000, mantém-se um quadro complicado de disponibilidade de recursos e de inseguranças de suas fontes para o financiamento do SUS.

A década de 2010 foi iniciada sem que esses conflitos fossem resolvidos. A regulamentação da EC 29 aconteceu no ano de 2012 com a promulgação da Lei Complementar 141/2012 (LC 141/2012), que, apesar de estabelecer claramente “o que pode” e “o que não pode” ser considerado como ações de

saúde e aumentar a importância dos Conselhos de Saúde no papel propositivo e fiscalizador do SUS, não incluiu os 10% das Receitas Correntes Brutas, mantendo a regra estabelecida na EC 29, o que significou que novos recursos financeiros para a saúde universal não foram assegurados.

O Movimento Nacional em Defesa da Saúde - “Saúde Mais 10”,

Neste momento, a partir do diálogo entre diferentes movimentos sociais focados na saúde pública e com o protagonismo do Conselho Nacional de Saúde e de várias entidades nacionais e movimentos sociais, nasceu o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública - “Saúde Mais 10”, tendo como centralidade a priorização da saúde por meio de mais recursos financeiros para o setor, sendo necessária a alteração da LC 141/2012.

O movimento com mais de 2,1 milhões de assinaturas viabilizou a tramitação do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP) 321/2013 que previa a aplicação de 10% da Receita Corrente Bruta da União (ou seu equivalente em RCL) no financiamento da saúde, mas que não teve respaldo do Congresso Nacional.

A luta e mobilização pelo financiamento adequado ao tamanho dos desafios dos SUS não tiveram trégua no controle social. Em continuidade ao movimento Saúde Mais 10, a frente ABRASUS lança manifesto em defesa do SUS no período preparatório da 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015). Neste momento a defesa da aprovação da PEC 01/2015 passa a ser fundamental para a garantia do atendimento gratuito e de qualidade aos brasileiros e às brasileiras, ao assegurar o percentual mínimo da

receita corrente líquida para custeio da saúde no Brasil.

O agravamento do subfinanciamento do SUS com a EC 95

A partir de dezembro de 2016 o financiamento do SUS sofre mais um duro golpe. É aprovada a Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos, a EC 95, que ficou conhecida como a “PEC da Morte”. Com a EC 95 o financiamento dos direitos sociais, como a saúde e a educação, ficará congelado até o ano de 2036 afetando a vida cotidiana da população ao reduzir a capacidade de garantia das políticas sociais, particularmente da saúde, dando lugar para a formação de superávit primário para pagamento de juros e amortização da dívida pública.

Na prática, a consequência final desse processo é a deterioração progressiva das condições de saúde da população, pois o desfinanciamento federal do SUS impacta negativamente no financiamento das ações desenvolvidas pela rede de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) lançou o abaixo-assinado contra a Emenda Constitucional nº 95/2016 para ser enviado ao Supremo Tribunal Federal (STF).

O objetivo do abaixo-assinado é impedir a execução ilegal da Emenda Constitucional 95/2016, que substitui o “piso” (limite mínimo) de despesas nas áreas de saúde e educação pelo “teto” (limite máximo) de 2018 a 2036. Estima-se que, com o congelamento de investimentos, haverá uma redução de 400 bilhões no orçamento durante esse período. A fixação da regra do “teto” reduzirá, na prática, as despesas

por habitante com o SUS e com a educação pública. Ainda que a população cresça nas próximas duas décadas, o governo vai reduzir os investimentos, mesmo diante de direitos básicos, garantidos na Constituição de 1988. “O acesso à saúde e à educação como obrigação do Estado deve estar acima de quaisquer divergências político-ideológicas para a construção de uma sociedade mais justa e fraterna”, diz o documento.

Desafios para um financiamento capaz de favorecer a implantação da saúde universal no nosso país

Que a União aplique 10%, no mínimo, da sua receita corrente bruta (ou seu equivalente em RCL) em ações e serviços públicos de saúde

Ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL (fonte de financiamento para a saúde) para instituições financeiras (atual 9%) para 18%

O aprofundamento dos mecanismos de tributação para a esfera financeira, mediante a criação de um Imposto Geral sobre a Movimentação Financeira (IGMF) e a tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, atualmente isentas na legislação, destinadas ao Orçamento da Seguridade Social (saúde, previdência e assistência social);

O estabelecimento da Contribuição sobre Grandes Fortunas com destinação para a Seguridade Social, e consequentemente para a saúde.

Defesa do caráter público e universal do direito à assistência à saúde de qualidade e segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção.

Implementação da ordem constitucional que preciza o caráter complementar da iniciativa privada no SUS, não permitindo que os interesses privatizantes sejam preponderantes no modelo de gestão e de atenção à saúde no SUS

Rejeitar a permanência da DRU, que retira 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Tesouro Nacional, como forma de não prejudicar a “saúde” financeira do referido orçamento

Perguntas estimuladoras para o debate

1. Quais são as principais consequências da falta de do financiamento insuficiente do sistema público de saúde na realidade local, regional e nacional?
2. Quais são as principais ações possíveis para a superação do subfinanciamento da saúde?

ALGUNS NÚMEROS DO SUS

Contribuição expressiva para o aumento da expectativa de vida

1988 – 69,7 Anos 2016 – 75,8 Anos

Dados contabilizados em nos últimos anos demonstram os Grandes Números do SUS

Mais de 4,1 bilhões de tratamentos ambulatoriais ao ano

Mais de 1,4 bilhão de consultas médicas ao ano

Mais de 11,5 milhões de internações ao ano

Saúde da Família atinge a mais de 112 milhões de habitantes, ou seja, mais da metade da população brasileira (56%) ao ano

619 milhões de atendimentos realizados em mulheres no SUS ao ano

2,7 milhões de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde ao ano

Mais de 27 mil transplantes ao ano

Mais de 150 milhões de pessoas por ano atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

Mais de 250 mil agentes comunitários de saúde na quase totalidade de municípios

O Programa Nacional de Imunizações do Brasil é um dos maiores do mundo, ofertando 45 diferentes imunobiológicos para toda a população

O Programa Nacional de Imunizações contempla crianças, adolescentes, adultos, idosos gestantes e povos indígenas.

Ao todo, são disponibilizadas na rotina de imunização 19 vacinas, cuja proteção inicia nos recém-nascidos, podendo se estender por toda a vida.

REGRAS DO PROCESSO DE CANDIDATURA E ELEIÇÃO DO CONJUNTO DE DELEGADOS/AS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL PARA A ETAPA NACIONAL DA 16ª CNS (8ª+8)

Considerando o Regimento da 16ª CNS (8ª+8), aprovado pela Resolução CNS nº 594, de 9 de agosto de 2018, a Etapa Estadual e do Distrito Federal deverão eleger Delegadas e Delegados que participarão da Etapa Nacional, de forma a assegurar a paridade das Delegadas e dos Delegados representantes dos Usuários em relação ao conjunto das Delegadas e dos Delegados dos demais segmentos, no conjunto dos eleitos, obedecendo ao previsto na Resolução CNS nº 453/2012 e na Lei nº 8.142/1990:

I – 50% dos participantes serão representantes dos Usuários, e de suas entidades e movimentos;

II – 25% dos participantes serão representantes dos Trabalhadores da Saúde; e

III – 25% serão representantes de Gestores e Prestadores de Serviços de Saúde.

A composição do conjunto de Delegadas e de Delegados à Etapa Estadual e do Distrito Federal e à Etapa Nacional buscará promover o mínimo de 50% de mulheres em cada delegação.

1. Quais são as formas de eleição do conjunto de delegados/as estaduais e do Distrito Federal para a etapa nacional da 16ª CNS (8ª+8)?

A eleição do conjunto de delegados/as estaduais e do Distrito Federal para a etapa nacional da 16ª CNS (8ª+8) será realizada pela via ascendente, havendo, também, a possibilidade de que até 30% da delegação seja eleita pela via horizontal.

2. O que é eleição pela via ascendente?

A eleição por via ascendente é aquela regida pelos processos eleitorais tradicionais das Conferências de Saúde, ou seja, via pela qual será eleita a delegação do respectivo estado e do Distrito Federal para a Etapa Nacional escolhidos entre os participantes da respectiva etapa. Pela via ascendente deverá ser eleito, no mínimo, 70% do número total dos/as Delegados/as (conforme a tabela anexa ao Regimento da 16ª CNS (8ª+8) publicado pela Resolução CNS nº 594/2018).

3. Os candidatos à eleição pela via ascendente devem participar da Etapa Estadual e do Distrito Federal?

Sim. Os eleitos pela via ascendente precisam participar da respectiva conferência.

4. Pela via ascendente também são eleitos/as respectivos/as suplentes?

Sim. Do total de delegados/as eleitos na via ascendente deve ser previsto a escolha de mais 20 % para serem suplentes para os casos de impedimento ou ausência dos Delegados/as eleitos/as.

5. O que é eleição pela via horizontal?

A via horizontal é uma nova prática da participação social para a eleição da delegação da Etapa Estadual e do Distrito Federal para participação na Etapa Nacional.

Por meio da via horizontal uma parcela de até no máximo 30% da delegação estadual e do Distrito Federal poderá ser eleita entre as/os representantes de entidades e movimentos sociais que, comprovadamente, atuaram na organização, na mobilização social e nos debates públicos das atividades preparatórias da 16ª CNS (8ª+8).

6. Então a os eleitos pela via horizontal compõem a delegação do Estado e do Distrito Federal?

Sim. Desde que hajam candidatos para eleição pela via horizontal, os eleitos desta forma comporão a delegação do Estado e do Distrito Federal

7. Em que momento será feita a eleição pela via horizontal?

A eleição pela via horizontal será realizada após a eleição da delegação pela via ascendente durante a Plenária Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal.

8. Os candidatos à eleição pela via horizontal devem participar da Etapa Estadual e do Distrito Federal?

Não necessariamente. Os candidatos para a eleição pela via horizontal não precisam participar da respectiva conferência.

9. Quais são as atividades preparatórias da 16ª CNS (8ª+8) que poderão qualificar participantes da eleição pela via horizontal?

Podem se eleger pela via horizontal as pessoas ou os/as representantes de entidades e movimentos sociais que comprovem a participação na organização e mobilização das atividades preparatórias da Etapa Municipal e da Etapa Estadual/Distrito Federal, tais como: Plenárias Populares, com a participação de conselheiras e conselheiros municipais, estaduais e nacionais, entidades e movimentos sociais, populares e sindicais, cujos objetivos, conteúdos e metodologias terão por base as definições do Art. 1º do Regimento da 16ª CNS (8ª+8) e conferências livres, compreendidas como os Debates, Encontros e Plenárias para promover a participação nas etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal e Nacional.

10. Quais são os critérios mínimos para a realização destas atividades preparatórias que justifiquem a participação na eleição pela via horizontal?

As atividades citadas no item anterior devem ter no mínimo os seguintes critérios para que possam justificar a participação na eleição pela via horizontal:

I – o candidato deve ter organizado e mobilizado atividades políticas, de debate e de mobilização voltadas para a 16ª CNS (8ª+8), que tenham reunido no mínimo 5 vezes o número de Delegados/as, previstos para o respectivo estado e Distrito Federal, na tabela anexa ao

Regimento da 16ª CNS (8ª+8) publicado pela Resolução CNS nº 594/2018; e também

II – colhido assinaturas de, no mínimo 10 vezes a mais de pessoas que o número de Delegados/as previstos para o respectivo estado e Distrito Federal, tabela anexa ao Regimento da 16ª CNS (8ª+8) publicado pela Resolução CNS nº 594/2018, para o abaixo assinado “Somos amigas e amigos das causas: SUS público, universal, integral e de qualidade. Educação pública, gratuita e de qualidade”, disponível no site do Conselho Nacional de Saúde, http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/08-go01_abaixoAssinadoEC95.html

11. Aqueles que optarem por disputar as vagas da eleição pela via horizontal poderão participar também da eleição por via ascendente?

Não. Os participantes da eleição pela via horizontal não poderão pleitear a concorrência entre as vagas da eleição da via ascendente.

12. Como garantir a paridade das Delegadas e dos Delegados representantes dos Usuários em relação ao conjunto das Delegadas e dos Delegados dos demais segmentos pela via horizontal?

Toda a delegação (via ascendente + via horizontal) deve observar a paridade prevista na Resolução CNS nº 453/20122, ou seja, o resultado final da lista de delegados/as é que deve cumprir com a legislação pertinente à paridade.

13. Como viabilizar na prática essa paridade?

Ao se inscrever para a eleição pela via horizontal, o can-

didato/a deverá informar a qual segmento pertence. No processo de abertura e definição de vagas para a eleição pela via horizontal, o respectivo conselho deverá informar para qual ou quais segmentos as vagas serão destinadas.-

14. Como o Estado e o Distrito Federal devem organizar o processo de eleição pela via horizontal?

Cabe ao Conselho Estadual e do Distrito Federal definir, em instrumento normativo, os prazos e os documentos necessários para viabilizar as inscrições dos candidatos/as a eleição pela via horizontal, respeitando as definições constantes do Regimento e das Diretrizes Metodológicas da 16ª CNS (8ª+8) sobre o assunto.

15. O que deve constar, minimamente, no instrumento normativo do Conselho Estadual e do Distrito Federal sobre a eleição pela via horizontal?

O instrumento normativo do Conselho Estadual e do Distrito Federal sobre a eleição pela via horizontal deve constar, minimamente:

- Data limite para que os interessados em concorrer a uma vaga pela eleição pela via horizontal apresentem sua inscrição, em formulário próprio disponibilizado pelo respectivo conselho;
- Definição da lista de documentos a serem apresentados no ato da inscrição, que comprovem o cumprimento dos critérios mínimos para participação na eleição pela via horizontal.

16. O Conselho Estadual e do Distrito Federal devem definir previamente o número de vagas para

a eleição pela via horizontal?

Não. O Conselho Estadual e do Distrito Federal não devem definir previamente o número de vagas para a eleição pela via horizontal. A proporção a ser utilizada na Plenária Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal (no mínimo 70% pela via ascendente e no máximo 30% pela via horizontal) será definida com base na demanda de candidaturas inscritas, no prazo estabelecido pelo Conselho Estadual e do DF (conforme item anterior) para a eleição pela via horizontal, até o máximo de 30% do número total dos/as Delegados/as, conforme a tabela anexa ao Regimento da 16ª CNS (8ª+8) publicado pela Resolução CNS nº 594/2018.

DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

ESTADO/REGIÃO	NÚMERO DE DELEGADOS
Região Norte	444
Rondônia	56
Acre	48
Amazonas	76
Roraima	48
Pará	112
Amapá	48
Tocantins	56
Região Nordeste	872
Maranhão	100
Piauí	68
Ceará	120
Rio Grande do Norte	72
Paraíba	76
Pernambuco	124
Alagoas	72
Sergipe	60
Bahia	180
Região Centro-Oeste	296
Mato Grosso do Sul	64
Mato Grosso	68
Goiás	96
Distrito Federal	68
Região Sudeste	960
Minas Gerais	232
Espírito Santo	76
Rio de Janeiro	192
São Paulo	460
Região Sul	380
Paraná	140
Santa Catarina	100
Rio Grande do Sul	140

7.4. RESOLUÇÕES DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

RESOLUÇÃO Nº 568, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2017

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de dezembro de 2017, 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 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando o Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) que definiu as diretrizes fundamentais para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) pautadas em três pilares: “Saúde como Direito”; “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento do Setor”;

Considerando que em seu preâmbulo, a Constituição Federal de 1988, institui o Estado Democrático de Direito destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e estabelece

em seu primeiro artigo, o fortalecimento da Federação, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, declara seus princípios fundamentais e afirma a soberania popular, além de instituir como novo paradigma, a democracia participativa;

Considerando a Constituição Federal de 1988, art. 196, segundo o qual 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 o estabelecido na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que a participação da comunidade integra um dos princípios do SUS;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece a Conferência de Saúde como uma das instâncias colegiadas do SUS e define no §1º que a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Execu-

tivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde;

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que determina a obrigatoriedade de que os Conselhos de Saúde, entre outras atribuições, deliberem sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades na definição dos planos plurianuais, das leis de diretrizes orçamentárias, das leis orçamentárias e dos planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

Considerando que as deliberações da 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS) precisam ser contempladas no próximo ciclo de planejamento da União e servir de subsídio para a elaboração do Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual de 2020-2023; e

Considerando a necessidade de reafirmar tanto o que dispõe a Constituição Federal, pela Democracia Participativa, quanto as diretrizes estabelecidas na 8ª CNS.

Resolve:

Art. 1º. Remeter para a Trecentésima Primeira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde a deliberação

sobre a realização da Etapa Nacional da 16ª CNS (8ª+8) tendo como tema central “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”.

Art. 2º. Aprovar, enquanto parte integrante das etapas preparatórias da 16ª CNS (8ª+8), as seguintes atividades:

- a. O Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu);
- b. A 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS);
- c. O Fórum Social Mundial/2018;
- d. A Semana da Saúde, de 2 a 8 de abril de 2018;
- e. O Congresso da Rede Unida/2018;
- f. O Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) 2018;

g. Atividades temáticas, nas áreas abaixo relacionadas, a serem coordenadas pelas Comissões Intersetoriais do CNS de forma articulada com as questões transversais de equidade, saúde de pessoas com patologias, ciclos de vida, promoção, proteção e práticas integrativas, alimentação e nutrição e educação permanente:

- I. Saúde das Pessoas com Deficiência;
- II. Assistência Farmacêutica e Ciência e Tecnologia;
- III. Saúde Bucal;
- IV. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;
- V. Saúde Mental;
- VI. Saúde da População Negra;
- VII. Recursos Humanos e Relações de Trabalho; e
- VIII. Orçamento e financiamento.

Art. 3º. A 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSI), convocada pela Resolução CNS nº 567, de 08 de dezembro de 2017, contribuirá com subsídios para a

16ª CNS (8ª+8).

Art. 4º. As deliberações aprovadas na Etapa Nacional da 16ª CNS (8ª+8) deverão subsidiar a estruturação da proposta do Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual de 2020-2023.

Art. 5º. Encaminhar, em até 60 dias após a aprovação desta resolução, minuta de decreto e portaria para providências quanto à convocação do processo da 16ª CNS (8ª+8).

RONALD FERREIRA DOS SANTOS
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

*Homologo a Resolução CNS nº 568,
de 8 de dezembro de 2017, nos termos do
Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.*

RICARDO BARROS
Ministro de Estado da Saúde

*Publicada no DOU em 15/01/2018
Ed. 10, Seção 1, Pag. 46*

RESOLUÇÃO CNS Nº 594, DE 9 DE AGOSTO DE 2018.

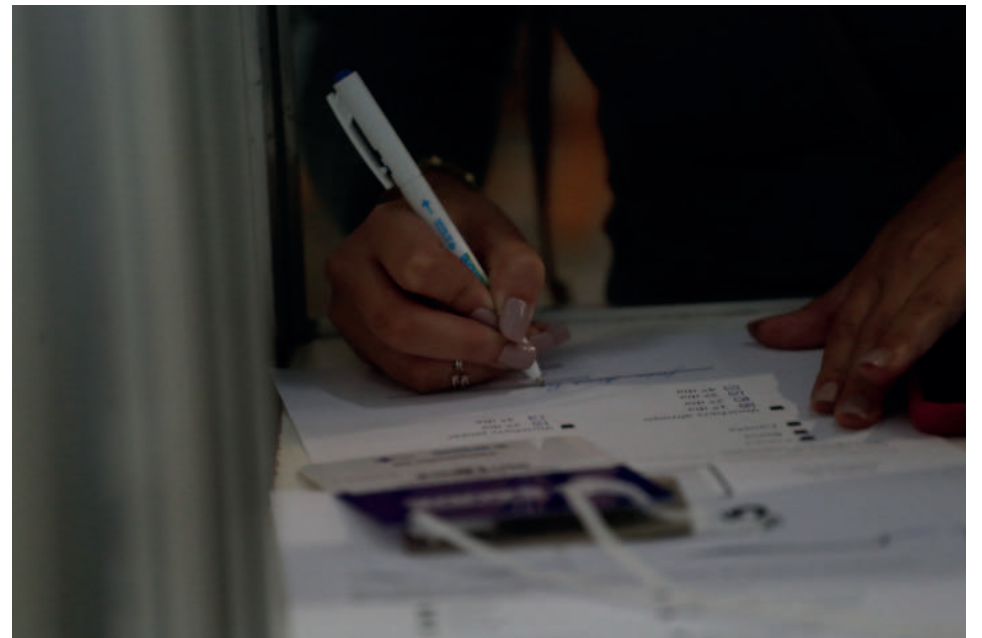
O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 8 e 9 de agosto de 2018, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata, resolve:

Aprovar o Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), que tem por tema “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 594, de 9 de agosto de 2018, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

GILBERTO OCCHI
Ministro de Estado da Saúde





REGIMENTO DA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (8ª+8)

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E OBJETIVOS

Art. 1º A 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), convocada pelo Decreto Presidencial nº 000, de 00 de julho de 2018, publicado no Diário Oficial da União em 00 de julho de 2018, tem por objetivos:

I – Debater o tema da Conferência com enfoque na saúde como direito e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS);

II – Pautar o debate e a necessidade da garantia de financiamento adequado e suficiente para o SUS;

III – Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

IV – Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade brasileira acerca da saúde como direito e em defesa do SUS;

V – Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

VI – Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes do Plano Plurianual - PPA e dos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, no contexto dos 30 anos do SUS;

VII – Aprofundar o debate sobre as possibilidades sociais e políticas de barrar os retrocessos no campo dos direitos sociais, bem como da necessidade da democratização do Estado, em especial as que incidem sobre o setor saúde.

CAPÍTULO II

DO TEMA

Art. 2º A 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), em virtude da referência celebratória à 8ª Conferência Nacional de Saúde, tem como tema: “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”.

§1º Os eixos temáticos da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) são:

I – Saúde como direito;

II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e

III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

§2º As apresentações das Expositoras e dos Expositores, nas distintas etapas da Conferência, têm a finalidade de qualificar os debates, e serão orientadas por Ementas.

CAPÍTULO III

DAS ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

Art. 3º As Atividades Preparatórias possuem caráter formativo e, conforme previsto na Resolução CNS nº 568, de 8 de dezembro de 2017, é integrada pelos seguintes documentos e processos:

I – Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2ª CNSMu);

II – 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS);

III – Fórum Social Mundial/2018;

IV – Semana da Saúde, de 2 a 8 de abril de 2018;

V – Congresso da Rede Unida/2018;

VI – Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) 2018;

VII – XXXIV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/2018;

VIII – Atividades temáticas, nas áreas abaixo relacionadas, a serem coordenadas pelas Comissões Intersetoriais do CNS de forma articulada com as questões transversais de equidade, saúde de pessoas com patologias, ciclos de vida, promoção, proteção e práticas integrativas, alimentação e nutrição e educação permanente:

a) Saúde das Pessoas com Deficiência;

b) Assistência Farmacêutica e Ciência e Tecnologia;

c) Saúde Bucal;

d) Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

e) Saúde Mental;

f) Saúde da População Negra;

g) Recursos Humanos e Relações de Trabalho; e

h) Orçamento e financiamento adequado e suficiente para o SUS.

IX – Plenárias Populares, com a participação de conselheiras e conselheiros municipais, estaduais e nacionais, entidades e movimentos sociais, populares e sindicais, cujos objetivos, conteúdos e metodologias terão por base as definições do Art. 1º deste Regimento.

X – Conferências livres, compreendidas como os Debates, Encontros e Plenárias para promover a participação nas etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal e Nacional.

§1º As atividades preparatórias não têm caráter deliberativo e antecede as etapas Municipal, Estadual/Distrito Federal e Nacional.

§2º Com o objetivo de ampliar a participação popular nos debates dos temas propostos pela 16ª CNS (8ª+8), as atividades preparatórias possuem alta relevância política e por isso, constituirão parte significativa da Conferência em todas as ações prévias de suas etapas, conforme previsto neste Regimento.

§3º Diante da necessidade de ampliar a participação e a mobilização popular nos debates e na ação pública em torno da saúde como direito e do processo eleitoral do ano de 2018, a participação direta nas atividades preparatórias será condição essencial para a candidatura enquanto Delegada e Delegado de todas as demais etapas da conferência, sobretudo, para o conjunto da delegação a ser eleito por via horizontal.

CAPÍTULO IV

DAS ETAPAS

Art. 4º A 16ª CNS conta com 3 (três) etapas para debate, elaboração, votação e acompanhamento de propostas, de acordo com o seguinte calendário:

I – Etapa Municipal: 2 de janeiro a 15 de abril de 2019;

II – Etapa Estadual e do Distrito Federal: 16 de abril a 15 de junho de 2019;

III – Etapa Nacional: 28 a 31 de julho de 2019.

§1º Todas as etapas deverão ser antecedidas por atividades preparatórias, bem como de monitoramento e acompanhamento do posterior desdobramento das diretrizes e propostas aprovadas.

§2º Os debates sobre o tema e os eixos temáticos da Conferência serão conduzidos nas etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal e na etapa Nacional, com base em Documento Orientador elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde.

§3º As deliberações da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) serão objeto de monitoramento pelas instâncias de controle social, em todas suas esferas, com vistas a acompanhar seus desdobramentos.

§4º A Etapa Nacional ocorrerá ainda que não sejam realizadas as etapas previstas nos incisos I e II em sua integralidade.

§5º Em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) será assegurada a paridade das Delegadas e dos Delegados representantes dos Usuários em relação ao conjunto das Delegadas e dos Delegados dos demais segmentos, no conjunto dos eleitos pela via ascendente, obedecendo ao previsto na Resolução CNS nº 453/2012 e na Lei nº 8.142/1990.

§6º A eleição por via ascendente é aquela regida pelos processos eleitorais tradicionais das Conferências de Saúde, ou seja, é pela via ascendente que se elege, na Etapa Municipal, a delegação do respectivo Município para participação da Etapa Estadual, sendo na Etapa Estadual que se elege a delegação do respectivo estado e do Distrito Federal para a Etapa Nacional.

§7º A eleição por via horizontal é uma nova prática da participação social por meio da qual uma parcela da delegação estadual será eleita entre as/os representantes de entidades e movimentos sociais que, comprovadamente, atuaram na mobilização social e nos debates públicos das atividades preparatórias da 16ª CNS (8ª+8).

§8º Em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) será assegurada acessibilidade plena, considerando aspectos arquitetônicos, atitudinais, programáticos e comunicacionais, de acordo com o Manual de Acessibilidade para a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), recomendado pela Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência (CIASPD/CNS), a Lei nº 10.098/2000, o Decreto nº 5.296/2004 e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.

§9º Conforme previsto na Resolução CNS nº 568, de 8 de dezembro de 2017, a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSI), convocada pela Resolução CNS nº 567, de 08 de dezembro de 2017, contribuirá com subsídios para a 16ª CNS (8ª+8).

Art. 5º A responsabilidade pela realização de cada etapa da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), incluído o seu acompanhamento, será de competência da respectiva esfera de governo (Municipal, Estadual e do Distrito Federal e Nacional) e seus respectivos Conselhos de Saúde, com apoio solidário de movimentos, entidades e instituições.

Seção I

DA ETAPA MUNICIPAL

Art. 6º A Etapa Municipal da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), com base em Documento Orientador e sem prejuízo de outros debates, tem o objetivo de analisar as prioridades locais de saúde, formular propostas no âmbito dos Municípios, dos Estados e da União, e elaborar Relatório Final, nos prazos previstos por este Regimento.

§1º A divulgação da Etapa Municipal será ampla e a participação aberta a todas e a todos, com direito a voz e voto, em todos seus espaços.

§2º O Documento Orientador a que se refere o caput deste artigo será definido pelo Conselho Nacional de Saúde e editado após a publicação deste Regimento.

§3º As propostas e diretrizes que incidirão sobre as políticas de saúde nas esferas Estadual, do Distrito Federal e Nacional serão destacadas no Relatório Final da Etapa Municipal.

§4º O Relatório Final da Etapa Municipal será de responsabilidade dos Conselhos Municipais de Saúde e deverá ser enviado à Comissão Organizadora da Etapa Estadual e até o dia 25 de abril de 2019.

§5º O Relatório Final das conferências regionais do Distrito Federal deverá ser enviado à Comissão Organizadora da Etapa do Distrito Federal até o dia 25 de abril de 2019.

§6º O registro dos dados sobre sua Conferência no Portal da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) será feito por cada Conselho Municipal de Saúde, até o dia 25 de abril de 2019.

Art. 7º Na Conferência Municipal serão eleitas, de forma paritária, as Delegadas e os Delegados que participarão da Conferência Estadual, conforme Resolução CNS nº 453/2012.

§1º O resultado da eleição das Delegadas e Delegados da Etapa Municipal será enviado pelos Conselhos Municipais de Saúde à Comissão Organizadora da Etapa Estadual e do Distrito Federal até o dia 15 de abril de 2019.

§2º A atualização dos dados junto ao Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS será feito por cada Conselho Municipal de Saúde, até o dia 25 de abril de 2018.

§3º A Plenárias das Conferências Municipais deverão incentivar que sejam eleitas pessoas que ainda não participaram de outras conferências e que tenham demonstrado compromisso ético e político com a conferência, bem como com os debates em torno do tema central da 16ª CNS (8ª+8).

§4º Poderá compor a delegação dos municípios para a etapa estadual da 16ª CNS (8ª+8), todas as pessoas interessadas nos debates, desde que se inscrevam na condição de participante livre, para os quais não será assegurada hospedagem e alimentação.

Art. 8º As atividades preparatórias da Etapa Municipal da 16ª CNS (8ª+8) devem ser organizadas ainda no ano de 2018 com vistas a potencializar a participação popular nos debates dos eixos da Conferência e ampliar as vozes e representações sociais em torno da defesa da consolidação do SUS e do seu financiamento adequado e suficiente.

§1º Todas as instituições, entidades e movimentos populares e sociais que tenham em sua agenda de debate e ação a defesa dos direitos sociais, da democracia e da participação popular poderão organizar atividades da Etapa Preparatória da 16ª CNS (8ª+8), em especial as descritas nos incisos VIII, IX e X do Art. 5º deste Regimento.

§2º Em virtude da agenda eleitoral do ano de 2018, as atividades preparatórias da Etapa

Municipal poderão pautar os projetos políticos em curso pela defesa do SUS, de sua consolidação e financiamento adequado e suficiente.

§3º Só poderão participar das etapas subsequentes, na condição de Delegadas e Delegados, as pessoas que participarem ativamente nos processos e atividades preparatórias da Etapa Municipal.

Seção II

DA ETAPA ESTADUAL E DO DISTRITO FEDERAL

Art. 9º A Etapa Estadual e do Distrito Federal da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), com base no Documento Orientador da Conferência, ocorrerá entre 16 de abril e 15 de junho de 2019, tem por objetivo analisar as propostas e prioridades de âmbito estadual e nacional provenientes das Conferências Municipais; formular diretrizes para a saúde nas esferas Estadual, do Distrito Federal e Nacional; e elaborar Relatório final da Etapa Estadual e do Distrito Federal, dentro dos prazos previstos por este Regimento.

Art. 10 Participam da Etapa Estadual e do Distrito Federal as Delegadas eleitas e os Delegados eleitos nas Conferências Municipais, no caso dos estados, e nas conferências regionais, no caso do Distrito Federal, as Delegadas e os Delegados eleitos pelo Conselho Estadual de Saúde e Conselho de Saúde do Distrito Federal, assim como Convidadas e Convidados e outros participantes, nos termos deste Regimento.

§1º Os critérios de participação para a Etapa Estadual e do Distrito Federal são estabelecidos pelos respectivos Conselhos de Saúde, observando-se a recomendação do Art. 41 deste Regimento.

§2º Poderão ser Delegadas e Delegados da Etapa Estadual as Conselheiras e Conselheiros Estaduais, titulares e suplentes, assim como Delegadas eleitas e Delegados eleitos pelo Pleno do respectivo Conselho Estadual de Saúde, constituindo, em seu conjunto, até 10% (dez por cento) do número total das Delegadas e dos Delegados Municipais eleitos nas Conferências Municipais.

§3º A composição do conjunto total de Delegadas e Delegados da Etapa Estadual e do Distrito Federal da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) buscará promover o mínimo de 50% de mulheres no conjunto total de cada delegação.

§4º A atualização dos dados junto ao Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) será feito por cada Conselho Estadual de Saúde e o Conselho de Saúde do Distrito Federal, até o dia 21 de junho de 2019.

Art. 11 Na Etapa Estadual e do Distrito Federal serão eleitas as Delegadas e os Delegados que participarão da Etapa Nacional, de forma paritária, conforme Resolução CNS nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, atendendo de igual maneira ao que está previsto neste artigo.

§1º 70% dos/as Delegados/as que participarão da Etapa Nacional serão eleitos/as na Plenária Final da Etapa Estadual pela via ascendente, ou seja, entre todos os participantes, considerando-se a proporcionalidade populacional de cada estado conforme tabela em anexo a este Regimento, sendo recomendada a escolha de um total de 20% de suplentes para os casos de impedimento ou ausência dos Delegados/as eleitos/as.

§2º Após a eleição a que se refere o §1º, também na Plenária Final da Etapa Estadual, poderão ser eleitos/as os/as demais 30% dos/das Delegados/as pela via horizontal, ou seja, que, comprovadamente, participaram da organização e mobilização das atividades preparatórias da Etapa Municipal e da Etapa Estadual/Distrito Federal, conforme os critérios descritos nos incisos deste parágrafo.

a) Ainda que não tenham participado da Etapa Estadual, poderão postular uma vaga na delegação do estado ou do Distrito Federal para a Etapa Nacional da 16ª CNS (8ª+8) as pessoas ou os/as representantes de entidades e movimentos sociais que:

I – Tenham organizado atividades políticas, de debate e de mobilização das atividades preparatórias da 16ª CNS (8ª+8), que tenham reunido no mínimo 5 vezes o número de Delegados/as, previstos para o respectivo estado, na tabela anexa deste Regimento; e

II – Tenham colhido assinaturas de, no mínimo 10 vezes a mais de pessoas que o número de Delegados/as previstos para o respectivo estado, conforme tabela anexa a este Regimento, para o abaixo assinado “Somos amigas e amigos das causas: SUS

público, universal, integral e de qualidade. Educação pública, gratuita e de qualidade”, disponível no site do Conselho Nacional de Saúde, http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/08%go01_abaixoAssinadoEC95.html.

III – Ainda que não obedeça às proporcionalidades organizativas dos Conselhos de Saúde, recomenda-se a observância da paridade prevista na Resolução CNS nº 453/2012, para a composição do conjunto de Delegados/as eleitos/as pela via horizontal, prevista neste parágrafo 2º.

IV – Aqueles que optarem por disputar as vagas da eleição pela via horizontal, ou seja, entre os 30% do total de vagas, não poderão pleitear a concorrência entre as vagas da eleição por via ascendente, ou seja, entre os 70% eleitos entre os Delegados/as da Etapa Estadual.

b) As regras pormenorizadas do processo de candidatura e eleição do conjunto de Delegados/as a serem eleitos/as por via horizontal, como descrito no §2º deste artigo, serão publicadas no Documento Orientador da 16ª CNS (8ª+8).

§3º Caso o total de vagas reservadas às delegações estaduais não sejam preenchidas na sua totalidade, ou na ausência ou impedimento de algum dos seus Delegados/as, a Plenária Final da Etapa Estadual indicará suplente nos termos do §1º.

§4º As propostas e diretrizes que incidirão sobre as políticas de saúde de âmbito Nacional serão destacadas no Relatório final da Etapa Estadual e do Distrito Federal.

§5º O Relatório Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal será de responsabilidade dos respectivos Conselhos de Saúde e deverá ser enviado à Comissão Organizadora da Etapa Nacional até o dia 21 de junho de 2019.

§6º As despesas com o deslocamento dos Delegados e Delegadas eleitos na Etapa Estadual para Brasília serão de responsabilidade dos seus respectivos Estados de origem.

§7º O Conselho Estadual de Saúde e o Conselho de Saúde do Distrito Federal devem indicar um representante da Delegação Estadual e do Distrito Federal, dentre as Delegadas eleitas e Delegados eleitos, para articulação com a Comissão Organizadora Nacional.

§8º As inscrições das Delegadas eleitas e dos Delegados eleitos, titulares e suplentes para 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) deverão ser feitas pela Comissão Organizadora da Etapa Estadual e do Distrito Federal, e devem ser enviadas à Comissão Organizadora Nacional, através do Portal da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), até 21 de junho de 2019.

Art. 12 As atividades preparatórias da Etapa Estadual da 16ª CNS (8ª+8) devem ser organizadas, em articulação regional ou com municípios específicos do estado, com vistas a potencializar a participação popular nos debates dos eixos da Conferência e ampliar as vozes e representações sociais em torno da defesa da consolidação do SUS e do seu financiamento adequado e suficiente.

§1º A participação dos/as conselheiros/as estaduais de saúde, das entidades e dos movimentos populares e sociais de representação estadual nas atividades preparatórias da Etapa Municipal é de extrema relevância e podem ser consideradas condição especial para eleição das Delegadas e Delegados da Etapa Estadual.

§2º Todas as instituições, entidades e movimentos populares e sociais que tenham em sua agenda de debate e ação a defesa dos direitos sociais, da democracia e da participação popular poderão organizar atividades preparatórias à Etapa Estadual da 16ª CNS (8ª+8), em especial as descritas nos incisos VII, VIII e IX do Art. 5º deste Regimento.

§3º Em virtude da agenda eleitoral do ano de 2018, as atividades preparatórias da Etapa Estadual poderão pautar os projetos políticos em curso pela defesa do SUS, de sua consolidação e financiamento adequado e suficiente.

§4º 30% dos/as Delegados/as representantes dos estados e do Distrito Federal na Etapa Nacional da 16ª CNS serão eleitos entre aqueles que participarem ativamente na organização dos processos e atividades preparatórias, nos termos previstos no Art. 11 deste Regimento.

Seção III

DA ETAPA NACIONAL

Art. 13 A Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) ocorrerá em Brasília, de 28 a 31 de julho de 2019 e têm por objetivos principais analisar e votar o Relatório Nacional Consolidado, elaborado pela Comissão de Relatoria, com base nos Relatórios das Conferências Estaduais e do Distrito Federal, sob a perspectiva do direito à saúde, pública e de qualidade, como direito do povo brasileiro.

§1º A 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, em sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde.

§2º A 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) será coordenada pelo/a Presidente do Conselho Nacional de Saúde, e, em sua ausência ou impedimento pelo Secretário-Geral ou Secretária Geral da Comissão Organizadora.

§3º Em virtude do processo de transição pelo qual passará o Pleno e a direção do Conselho Nacional de Saúde e buscando o fortalecimento e a continuidade dos processos organizativos e operacionais da 16ª CNS (8ª+8), o atual Presidente do CNS exercerá, após o término de seu mandato, a função de Coordenador-Adjunto da Comissão Organizadora da 16ª CNS.

Art. 14 A Etapa Nacional da 16ª CNS (8ª+8) será constituída por 5 (cinco) momentos estratégicos:

I – A Plenária de Abertura;

II – A 3ª Marcha em Defesa do SUS, da Democracia e da Saúde do Povo Brasileiro;

III – A Plenária Final;

IV – Instâncias deliberativas; e

V – Atividades autogestionadas.

Art. 15 São instâncias de deliberativas da Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8):

I – Os Grupos de Trabalho; e

II – A Plenária Deliberativa.

§1º A proposta de Regulamento da Etapa Nacional será amplamente divulgada e submetida à consulta virtual no Portal da 16ª Conferência Nacional, por um período de no mínimo 30 dias.

§2º As sugestões a que se refere o §1º deste artigo serão sistematizadas pela Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

§3º O Regulamento da Etapa Nacional, sistematizado pela Comissão Organizadora após consulta virtual, será apreciado e aprovado, em caráter definitivo, pelo Pleno do CNS até dezembro de 2018.

§4º Os Grupos de Trabalho serão compostos paritariamente por Delegadas e Delegados, nos termos da Resolução CNS nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com participação de Convidadas e Convidados, estes proporcionalmente divididos em relação ao seu número total.

§5º Os Grupos de Trabalho serão realizados simultaneamente, para discutir e votar os conteúdos do Relatório Nacional Consolidado.

§6º A Plenária Deliberativa tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar propostas provenientes do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, bem como as moções de âmbito nacional e internacional.

§7º O Relatório aprovado na Plenária Deliberativa da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) será apresentado na Plenária Final da conferência e, posteriormente encaminhado ao CNS e ao Ministério da Saúde, devendo ser editado no primeiro trimestre de 2020 e amplamente divulgado, por meios eletrônicos e impressos, com versão em braile, e

servirá de base para os processos posteriores de monitoramento e acompanhamento.

I – A Plenária Final da 16ª CNS (8ª+8) será um momento celebratório aos lutadores sociais pela defesa do direito à saúde.

II – A 3ª Marcha em Defesa do SUS, da Democracia e da Saúde do Povo Brasileiro percorrerá a Esplanada dos Ministérios e se encerrará na Alameda dos Estados, onde o abaixo-assinado “Somos amigas e amigos das causas” será protocolado no Supremo Tribunal Federal (STF).

Seção IV

DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Art. 16 A Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) será composta por 26 (vinte e seis) membros e, após as eleições do Conselho Nacional de Saúde, poderá ser ampliada em até 100% com a inclusão dos novos conselheiros nacionais de saúde, nos moldes a seguir elencados:

I – A Comissão Organizadora será formada pelo/a Coordenador/a de cada uma das 18 (dezoito) Comissões Intersetoriais do CNS juntamente com os membros da Mesa Diretora; e

II – Após as eleições, em havendo renovação da Coordenação das Comissões, os novos coordenadores e os membros da Mesa Diretora poderão integrar a Comissão Organizadora nos termos do caput deste artigo.

§1º A Comissão Organizadora será coordenada pelo/a Presidente do Conselho Nacional de Saúde e, na sua ausência ou impedimento, pelo Coordenador-Adjunto.

§2º Um total de 50% dos/as conselheiros/as eleitos/as eleitas para o triênio 2018-2021 integrarão a Comissão Organizadora da 8ª+8 em conjunto com os membros indicados antes do processo eleitoral.

§3º Todos/as os/as novos/as coordenadores/as das Comissões Intersectoriais do CNS indicados para o triênio 2018-2021 integrarão a Comissão Organizadora em conjunto com os demais anteriormente indicados.

§4º Os membros a que se refere o caput deste artigo permanecerão na Comissão Organizadora, após a finalização do triênio 2015-2018, ainda que não tenham mandato renovado no Pleno do CNS.

Art. 17 A Comissão Organizadora terá a seguinte estrutura:

I – Coordenador/a Geral, em sua ausência representado/a pelo/a Coordenador-Adjunto;

II – Secretário/a Geral e Secretário/a Adjunto/a;

III – Relator/a Geral e Relator/a Adjunto/a;

IV – Coordenador/a de Comunicação, Informação e Acessibilidade;

V – Coordenador/a de Articulação e Mobilização;

VI – Coordenador/a de Infraestrutura e Acessibilidade; e

VII – Coordenador/a de Cultura e Educação Popular.

§1º Os membros da Secretaria Geral; Coordenação de Comunicação, Informação e Acessibilidade; Coordenação de Articulação e Mobilização; Coordenação de Infraestrutura e Acessibilidade; e Coordenação de Cultura e Educação Popular serão indicados pelo Pleno do CNS entre os integrantes da Comissão Organizadora Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

§2º A Comissão Organizadora escolherá, entre os conselheiros nacionais de saúde, um/a Secretário/a Adjunto/a e um/a Coordenador/a Adjunto/a para a secretaria e as coordenações referidas nos incisos IV, V, VI e VII.

Art. 18 A Comissão Organizadora contará com Comitê Executivo, coordenado pela Secretaria Executiva do CNS, que trabalhará de modo articulado com os demais órgãos do

Ministério da Saúde, instâncias, entidades e movimentos sociais, populares e sindicais envolvidos, para apoio técnico, administrativo, financeiro, logístico e de infraestrutura da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

Parágrafo único. O Comitê Executivo será composto por:

I – 02 (dois) integrantes da Secretaria Executiva do CNS;

II – 02 (dois) integrantes da Comissão Organizadora; e

III – 02 (dois) integrantes do Ministério da Saúde.

Seção V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 19 A Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) tem as seguintes atribuições:

I – Promover as ações necessárias à realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), atendendo às deliberações do CNS e do Ministério da Saúde e propor:

- a) O detalhamento de sua metodologia;
- b) Os nomes do/as expositores/as das mesas redondas e participantes das demais atividades;
- c) Os critérios para participação e definição dos/as convidados/as nacionais e internacionais, a serem aprovados pelo Pleno do CNS;
- d) A elaboração de ementas para os/as expositores/as das mesas; e
- e) Os/as Delegados/as indicados/as ou eleitos/as por entidades nacionais, de gestores e prestadores de serviços de saúde, a serem aprovados pelo Pleno do CNS.

II – Envidar todos os esforços necessários ao cumprimento das condições de infraestrutura e acessibilidade para a Etapa Nacional;

III – Acompanhar a execução orçamentária da Etapa Nacional;

IV – Analisar e aprovar a prestação de contas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

V – Encaminhar até 60 (sessenta) dias, após o encerramento da Conferência, o Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) ao CNS e ao Ministério da Saúde, com prazo de edição previsto para o primeiro trimestre de 2020, para ampla divulgação e início dos processos de monitoramento;

VI – Apreciar os recursos relativos ao credenciamento de Delegadas e Delegados, assim como discutir questões pertinentes à 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), submetendo-as ao Pleno do CNS.

VII – Indicar, como apoiadores, pessoas e representantes de entidades e movimentos com contribuição significativa em cada área para integrarem as Comissões, caso julgue necessário.

Art. 20 Ao Coordenador/a Geral cabe:

I – Convocar as reuniões da Comissão Organizadora;

II – Coordenar as reuniões e atividades da Comissão Organizadora;

III – Submeter à aprovação do CNS as propostas e os encaminhamentos da Comissão Organizadora;

IV – Supervisionar todo o processo de organização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

Art. 21 Ao Secretário/a Geral cabe:

I – Organizar a pauta das reuniões da Comissão Organizadora;

II – Participar das reuniões do Comitê Executivo;

III – Ter acesso e conhecimento de todos os documentos recebidos e encaminhados em função da realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

IV – Encaminhar os documentos produzidos pela Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) para providências.

V – Substituir ao Coordenador/a Geral nos seus impedimentos.

Art. 22 Ao Relator/a Geral cabe:

I – Coordenar a Comissão de Relatoria da Etapa Nacional;

II – Promover o encaminhamento, em tempo hábil, dos relatórios das Conferências Estaduais e do Distrito Federal à Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

III – Orientar o processo de trabalho dos relatores das Plenárias e dos Grupos de Trabalho;

IV – Consolidar os Relatórios da Etapa Estadual e do Distrito Federal e prepará-los para distribuição às Delegadas e aos Delegados da Etapa Nacional;

V – Sistematizar a produção dos Grupos de Trabalho;

VI – Coordenar a elaboração e a organização das moções de âmbito nacional e internacional, aprovadas na Plenária Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

VII – Estruturar o Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) a ser apresentado ao CNS e ao Ministério da Saúde; e

VIII – Reunir os textos das apresentações dos expositores para fins de registro e divulgação.

Parágrafo único. O Relator/a Geral e o Relator/a Adjunto/a serão indicados pelo Pleno

do CNS, sendo um deles, necessariamente, Conselheiro/a Nacional de Saúde.

Art. 23 À Coordenadora ou ao Coordenador de Comunicação e Informação e Acessibilidade cabe:

- I – Propor a política de divulgação da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- II – Promover a divulgação do Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- III – Orientar as atividades de Comunicação Social da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- IV – Promover ampla divulgação da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) nos meios de comunicação social, inclusive o virtual;
- V – Articular, em conjunto com a Secretaria Executiva do CNS e órgãos de comunicação do Ministério da Saúde, a elaboração de um plano geral de Comunicação Social da Conferência;

Parágrafo único. A Comissão de Comunicação e Informação assegurará que todo o material da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) seja produzida de maneira a garantir acessibilidade, conforme disposto no Manual de Acessibilidade da CISP/D/CNS.

Art. 24 À Coordenadora ou ao Coordenador de Infraestrutura e Acessibilidade cabe:

- I – Envidar todos os esforços necessários ao cumprimento das condições de infraestrutura e acessibilidade necessárias à realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), referentes ao local, equipamentos e instalações audiovisuais, reprografia, comunicações, hospedagem, transporte, alimentação, tradutor de sinais;
- II – Supervisionar, juntamente com a Comissão Organizadora, a prestação de contas de todos os recursos destinados à realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- III – Propor os meios de acessibilidade, com vistas a incluir pessoas com deficiência e outras necessidades especiais, asseguradas condições para sua efetiva participação, nos termos do Manual de Acessibilidade da CIASPD/CNS.

Art. 25 À Coordenadora ou ao Coordenador de Mobilização e Articulação cabe:

- I – Estimular a organização e a realização de Conferências de Saúde em todos os Municípios, Estados e no Distrito Federal, em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- II – Mobilizar e estimular a participação paritária das Usuárias e dos Usuários em relação ao conjunto das Delegadas e dos Delegados de todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- III – Mobilizar e estimular a participação paritária das trabalhadoras e dos trabalhadores de saúde em relação à soma das Delegadas e dos Delegados gestores e prestadores de serviços de saúde;
- IV – Fortalecer e articular o intercâmbio Estado-Estado e Distrito Federal e incentivar a troca de experiências positivas sobre o alcance do tema das etapas Estadual, do Distrito Federal e Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8); e
- V – Garantir a articulação dos movimentos sociais, populares e sindicais para a realização de ato político, em cada uma das 03 (três) etapas, com vistas a sensibilizar a opinião pública para o tema e os eixos temáticos da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

Art. 26 À Coordenadora ou ao Coordenador de Cultura e Educação Popular cabe:

- I – Identificar grupos de arte e cultura, especialmente aqueles que desenvolvem ações no âmbito da saúde e mobilizá-los para participar do processo de construção da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- II – Participar diretamente da organização da Programação Cultural da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- III – Promover grande ato político-cultural durante a Etapa Nacional da 16ª CNS (8ª+8) objetivando inserir o tema da conferência nas mídias sociais e na agenda cultural da cidade com vistas a ampliar a relevância sociocultural da conferência;
- IV – Contribuir com a construção metodológica da 16ª Conferência Nacional de Saúde

(8ª+8), identificando e compartilhando referências, dinâmicas, vivências e práticas que promovam o diálogo e articulação entre o saber e o protagonismo popular no âmbito da Conferência;

V – Assessorar a Coordenação de Infraestrutura no que concerne às condições de acessibilidade contemplando as particularidades socioculturais e regionais dos diferentes grupos sociais presentes, como também no cuidado à saúde disponibilizado aos participantes; e

VI – Propor práticas e dinâmicas de acolhimento e de humanização no espaço da Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

Art. 27 Ao Comitê Executivo da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) cabe:

I – Garantir o cumprimento do Termo de Referência (TR), aprovado pela Comissão Organizadora, seu acompanhamento e sua fiscalização e execução na Etapa Nacional;

II – Implementar as deliberações da Comissão Organizadora;

III – Articular a dinâmica de trabalho entre a Comissão Organizadora e o Ministério da Saúde;

IV – Enviar orientações e informações relacionadas às matérias aprovadas pela Comissão Organizadora aos Conselhos de Saúde, aos movimentos sociais, populares e sindicais, aos gestores e prestadores de serviço de saúde e às demais entidades da sociedade civil sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

V – Apoiar as etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal na condução dos atos preparatórios para a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

VI – Elaborar o orçamento e solicitar suplementações necessárias;

VII – Organizar a prestação de contas e encaminhar informes à Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

VIII – Apresentar propostas para atividades, infraestrutura e acessibilidade da 16ª Con-

ferência Nacional de Saúde (8ª+8);

IX – Solicitar a participação de técnicos dos órgãos do Ministério da Saúde, no exercício das suas atribuições, para contribuir, em caráter temporário ou permanente com a organização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

X – Providenciar a divulgação do Regimento e Regulamento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

XI – Propor a celebração e acompanhar a execução dos contratos e convênios necessários à realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

XII – Formular a sistemática de credenciamento e votação da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

XIII – Acompanhar o credenciamento das Convidadas e dos Convidados e das Delegadas e dos Delegados da Etapa Nacional;

XIV – Organizar os procedimentos para a votação das Delegadas e dos Delegados da Etapa Nacional e os seus controles necessários;

XV – Propor e organizar a Secretaria da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

XVI – Promover, em articulação com a Coordenação de Comunicação e Informação e a Coordenação de Mobilização e Articulação, a divulgação da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), considerando os princípios e as condições de Acessibilidade; e

XVII – Providenciar os atos e encaminhamentos pertinentes ao fluxo dos gastos com as devidas previsões, cronogramas e planos de aplicação.

Art. 28 As Adjuntas e os Adjuntos correspondentes à estrutura da Comissão Organizadora prevista no Art. 14 deste Regimento substituirão as respectivas Coordenadoras ou Coordenadores, Secretária Geral ou Secretário Geral e Relatora Geral ou Relator Geral, em caso de impedimentos.

Seção VI

DOS PARTICIPANTES

Art. 29 A Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) terá um público variável, conforme os seus distintos momentos estratégicos, contando com 3.248 (três mil duzentos e quarenta e oito) Delegadas/os, 976 (novecentos e setenta e seis) Convidadas/os e 100 (cem) participantes por credenciamento livre, nos termos deste Regimento.

§1º A definição dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) nas etapas municipais e estaduais, buscará atender aos seguintes critérios de equidade:

I – Gênero, identidade de gênero e diversidade sexual;

II – Étnico-raciais, de modo a garantir representatividade aos diversos grupos que compõem as populações negra e indígena, e as comunidades originárias e tradicionais, respeitadas as diferenças e proporcionalidades locais;

III – Representatividade rural e urbana, considerando as trabalhadoras e os trabalhadores do campo e da cidade;

IV – Geracional, estimulando, especialmente, a participação de entidades, coletivos e movimentos de jovens e de idosos e aposentados;

V – Pessoas com deficiência e com necessidades especiais, patologias e doenças raras ou negligenciadas;

§2º A composição do conjunto total de Delegadas e Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) buscará promover o mínimo de 50% de mulheres no conjunto total de cada delegação.

§3º Nos termos do §4º, do Art. 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e nos termos da Resolução nº 453/2012 do CNS, a representação das Usuárias e dos Usuários nas etapas Estadual e do Distrito Federal e Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) será paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviços e trabalhadoras e trabalhadores da saúde, sendo assim configurada a participação:

I – 50% dos participantes serão representantes dos Usuários, e de suas entidades e movimentos;

II – 25% dos participantes serão representantes dos Trabalhadores da Saúde; e

III – 25% serão representantes de Gestores e Prestadores de Serviços de Saúde.

§4º O número de Convidadas e Convidados previsto no caput deste Artigo equivale a 30% (trinta por cento) do número total de delegados, ajustado para múltiplo de quatro, e o número de participantes com credenciamento livre equivale a 10% (dez por cento) do número de Convidadas e Convidados.

Art. 30 Os participantes da Etapa Nacional distribuir-se-ão nas seguintes categorias:

I – Delegadas e Delegados, com direito a voz e voto;

II – Convidadas e Convidados, com direito a voz;

III – Participante, por credenciamento livre, com direito a voz nas mesas de debate; e

IV – Outros participantes nas atividades não deliberativas.

Art. 31 As Delegadas e os Delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) serão eleitas e eleitos nas etapas Estadual e do Distrito Federal, e pelo Conselho Nacional de Saúde, obedecendo às seguintes regras, explicitadas no Anexo:

I – Divisão equitativa de até 30% do total de Delegadas e Delegados entre os 27 Estados e o Distrito Federal que tenham desenvolvido atividades de debate e mobilização social e popular em torno dos eixos da 16ª CNS (8ª+8), conforme previsto no Art. 11 deste Regimento;

II – Distribuição de, no mínimo, 70% do total de Delegadas e Delegados a partir da divisão proporcional da população de cada Estado e do Distrito Federal, mantido como piso o número de Delegadas e Delegados participantes da 15ª Conferência Nacional de Saúde;

III – O número final de Delegadas e Delegados por Unidade da Federação, para cumprimento do previsto no §3º do Art. 29 deste Regimento, será distribuído conforme anexo; e

IV – Serão Delegadas e Delegados na 16ª CNS (8ª+8) as Conselheiras e Conselheiros Nacionais, titulares e suplentes, assim como Delegadas e Delegados eleitas e eleitos pelo Pleno do CNS, constituindo, em seu conjunto, 10% (dez por cento) do número total das Delegadas e dos Delegados Estaduais e do Distrito Federal previstos neste regimento.

Parágrafo único. As Delegadas eleitas e os Delegados eleitos pelo Conselho Nacional de Saúde, preservada a paridade, serão escolhidos entre:

- a) Gestores e prestadores de serviço em saúde municipais, estaduais e federais;
- b) Entidades de trabalhadores de saúde;
- c) Entidades e movimentos de usuários.

Art. 32 Serão eleitas e eleitos, nas Etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal, 30% (trinta por cento) de Delegadas e Delegados suplentes, de cada segmento, para a substituição, se necessário, de titulares de cada Etapa da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

Art. 33 As Conselheiras e os Conselheiros de Saúde, titulares e suplentes, poderão ser Delegadas e Delegados para participarem das etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) nos seguintes termos:

I - Etapa Estadual e do Distrito Federal: Conselheiras e Conselheiros de Saúde Estaduais e do Distrito Federal;

II - Etapa Nacional: Conselheiras e Conselheiros Nacionais de Saúde.

§1º As Conselheiras e os Conselheiros nacionais poderão participar das etapas Municipal, Estaduais e do Distrito Federal como Convidados.

§2º A Delegação indígena contará com 200 pessoas de modo a representar a maior

diversidade possível do total de grupos étnicos que compõe essa importante parcela da população brasileira, sendo:

- a) 50% escolhidas na 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; e
- b) 50% indicadas pelo Movimento Indígena.

Art. 34 As Convidadas e os Convidados para a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) poderão ser escolhidas entre:

I – Participantes das Plenárias Populares;

II – Participantes das Conferências livres;

III – Participantes das atividades preparatórias previstas no Art. 5º, inciso VIII;

III – Participantes de Debates, Encontros e Conferências Livres, realizadas por unidades de saúde, entidades sindicais e da sociedade civil, movimentos e associações comunitárias, escolas, vilas, bairros, assentamentos, comunidades, inclusive virtuais, distritos ou regiões, desde que abertas e informadas no Portal da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), em cadastro específico;

IV – Representantes de entidades e instituições de âmbito nacional, pesquisadores e personalidades do campo científico ou popular com atuação relevante na área da saúde; e

V – Entidades e movimentos populares e sindicais, religiosos, dos povos indígenas e quilombolas, trabalhadoras e trabalhadores rurais e assentados, movimento feminista e de mulheres, movimento negro, movimento LGBT, da luta antimanicomial, da luta contra a Aids, comunidades dos rios, do campo e da floresta, comunidades extrativistas, coletivos da juventude e movimento estudantil, pessoas com patologias, pessoas com deficiências, idosos e aposentados, população em situação de rua, população cigana e demais populações em situação de vulnerabilidade social.

§1º Os Conselhos Estaduais de Saúde e do Distrito Federal que indicarem as Convidadas e os Convidados obedecerão os mesmos critérios para participação das Convidadas e

dos Convidados nacionais.

§2º Poderão ser convidados representantes de entidades e instituições internacionais; dos demais conselhos de direitos sociais e políticas públicas vinculados à administração pública federal; membros dos órgãos de controle; integrantes do Ministério Público Federal, Ministério Público do Trabalho, Conselho Nacional do Ministério Público, vinculados à saúde; entre outros que tenham aderência à temática da conferência.

Art. 35 Os Conselhos Estaduais de Saúde e o Conselho de Saúde do Distrito Federal ou respectivas Comissões Organizadoras das conferências comunicarão, pelo Portal da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), a presença de pessoas com deficiência ou com necessidades especiais de acessibilidade e mães com crianças em período de amamentação, para os cuidados de alimentação e creche, com vistas a garantir condições necessárias à sua plena participação.

Art. 36 A Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) estará aberta ao credenciamento livre de participantes, cujo limite de vagas e ficha de inscrição serão divulgados pelo Portal da Conferência.

Parágrafo único. Os participantes com credenciamento livre terão direito à alimentação no local do evento, durante sua realização, não cabendo ao Ministério da Saúde ou ao CNS qualquer responsabilidade por seus gastos com hospedagem, transporte e traslado em Brasília.

Seção VII

DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 37 As despesas com a preparação e realização da Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) correrão à conta de dotações orçamentárias consignadas pelo Ministério da Saúde.

§1º O Ministério da Saúde arcará com as despesas relativas à Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), da seguinte forma:

I – Delegadas e Delegados, que são conselheiros nacionais de saúde e eleitos pelo Conselho Nacional de Saúde, terão suas despesas com alimentação, hospedagem e deslocamento para Brasília custeadas pelo Ministério da Saúde;

II – Delegadas eleitas e Delegados eleitos na Etapa Estadual e no Distrito Federal terão suas despesas de deslocamento e hospedagem para Brasília, custeadas pelos seus respectivos Estados e pelo Distrito Federal.

III – Convidadas e Convidados, e participantes com credenciamento livre terão suas despesas com alimentação, no local do evento, custeadas pelo Ministério da Saúde.

§2º A Comissão organizadora buscará, em conjunto com o Ministério da Saúde e outras entidades, especialmente as integrantes do CNS, meios solidários de alojamento e transporte local para as convidadas e aos convidados nacionais e internacionais.

Seção VIII

DO ACOMPANHAMENTO DAS ETAPAS E DO MONITORAMENTO

Art. 38 Caberá ao Pleno do CNS, bem como às demais esferas do Controle Social, acompanhar o andamento das Etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal e Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

Art. 39 O Monitoramento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) tem como objetivo viabilizar o permanente acompanhamento, por parte do Conselho Nacional de Saúde, dos encaminhamentos e efetivação das deliberações aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde, nos termos previstos pela Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, e pela Resolução CNS n.º 454, de 14 de junho de 2012.

Parágrafo único. O monitoramento será de responsabilidade solidária das três esferas do Controle Social e objetiva verificar a efetividade das diretrizes e proposições constantes no Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 40 A metodologia para a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) será objeto de Resolução do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 41 Os critérios de participação das Delegadas e Delegados, Convidadas e Convidados e Participantes para a Etapa Estadual e do Distrito Federal poderão ser os mesmos adotados na Etapa Nacional, conforme previsto neste Regimento.

Art. 42 Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), ad referendum do Pleno do Conselho Nacional de Saúde.

CAPÍTULO V

ANEXO – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Estado/Região	NÚMERO DE DELEGADOS
Região Norte	444
Rondônia	56
Acre	48
Amazonas	76
Roraima	48
Pará	112
Amapá	48
Tocantins	56
Região Nordeste	872
Maranhão	100
Piauí	68
Ceará	120
Rio Grande do Norte	72
Paraíba	76
Pernambuco	124
Alagoas	72
Sergipe	60
Bahia	180
Região Centro-Oeste	296
Mato Grosso do Sul	64
Mato Grosso	68
Goiás	96
Distrito Federal	68
Região Sudeste	960
Minas Gerais	232
Espírito Santo	76
Rio de Janeiro	192
São Paulo	460
Região Sul	380
Paraná	140
Santa Catarina	100
Rio Grande do Sul	140

Total de Delegados dos Estados	2.952
Total de Delegados Nacionais*	296
Total de Delegados na 16ª. Conferência Nacional de Saúde	3.248
Total de Convidados	974
Total de Delegados/as Indígenas	200
Total de Participantes Livres	100
Total de Participantes na 16ª. Conferência Nacional de Saúde	4.522

* Serão eleitas e eleitos 144 (cento e quarenta e quatro) Conselheiras e Conselheiros Nacionais, titulares e suplentes e 152 (cento e cinquenta e dois) Delegadas eleitas e Delegados eleitos pelo Pleno do CNS, equivalente a 10% do número total de Delegadas e Delegados eleitos nas conferências estaduais.

NOTA 1 - Para a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) utiliza-se como critério de equidade territorial a proporção 40%-60%. Isso significa que 40% da população total do país foi dividida igualmente pelos 27 Estados, independentemente do número de habitantes, e os demais 60% de acordo com a população de cada Estado. Para garantir paridade entre usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores (50%, 25%, 25%) o resultado foi arredondado para o múltiplo de quatro mais próximo. Para o cálculo utilizou-se a projeção do IBGE para 2014, realizada para o TCU.

NOTA 2 - O número de vagas foi calculado de modo a não haver redução, em nenhum Estado, do número de delegados que participaram da 14ª Conferência Nacional

Publicada no DOU nº 179, seção 1, em 17 de setembro de 2018

RESOLUÇÃO Nº 595, DE 13 DE SETEMBRO DE 2018.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de setembro de 2018, 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; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e

considerando a Constituição Federal de 1988 que, em seu Art. 198, III, dispõe que a participação da comunidade é uma das diretrizes organizadoras do Sistema Único de Saúde (SUS);

considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe que a participação da comunidade na gestão do SUS é um requisito essencial, a ser exercido nos Conselhos de Saúde e também nas Conferências de Saúde enquanto instância colegiada a se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes;

considerando que o Decreto nº 9.463, de 8 de agosto de 2018, publicado no Diário Oficial da União nº 153, quinta-feira, 9 de agosto de 2018, seção 1, página 05, convoca a 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS=8ª+8);

considerando a Resolução CNS nº 594, de 9 de agosto de 2018 que prevê em seu Art. 16, que dispõe sobre a composição da Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS=8ª+8);

considerando os debates acerca da composição da Comissão Organizadora da 16ª CNS=8ª+8 ocorridos na 308ª Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 8 e 9 de agosto de 2018, e da 139ª Reunião Ordinária da Mesa Diretora do CNS, ocorrida nos dias 30 e 31 de agosto de 2018; e

considerando a necessidade de observar os procedimentos e os prazos previstos para o encaminhamento das atividades relativas à organização da 16ª CNS=8ª+8.

Resolve:

Art. 1º Aprovar a composição da Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde, nos seguintes termos.

§1º Membros da Mesa Diretora:

I – Ronald Ferreira dos Santos

II – Francisca Rêgo Oliveira Araújo

III – Rildo Mendes

IV – Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro

V – Geordecio Menezes de Souza

VI – André Luiz de Oliveira

VII – Neilton Araújo de Oliveira

VIII – Nelson Augusto Mussolini

§2º Membros das Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde:

I – Zaira Maria Tronco Salerno - Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN);

II – Priscilla Viégas Barreto de Oliveira - Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência (CIASPD);

III – Moisés Toniollo de Souza - Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias (CIASPP);

IV – Geraldo Adão Santos - Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de

Vida (CIASCV);

V – Lenise Aparecida Martins Garcia - Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (CICTAF);

VI – Sueli Terezinha Goi Barrios - Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPECSS);

VII – Tathiane Aquino de Araújo - Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade (CIPPE);

VIII – Simone Maria Leite Batista - Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CIPPSPICS);

IX – Cláudio Ferreira do Nascimento - Comissão Intersetorial de Saúde Bucal (CISB);

X – Carmen Lucia Luiz - Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMU);

XI – Haroldo Jorge de Carvalho Pontes - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI);

XII – Shirley Marshal Diaz Morales - Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS);

XIII – Fernando Zasso Pigatto - Comissão Intersetorial de Vigilância Em Saúde (CIVS);

XIV – Douglas Vinicius Pereira - Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT);

XV – Denise Torreão Corrêa da Silva - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CISTT);

XVI – Wanderley Gomes da Silva - Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN);

XVII – Antonio Pitol - Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM);

XVIII – Francisca Valda da Silva - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP);

XIX – Representante a ser indicado(a) pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);

XX – Arilson da Silva Cardoso - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS);

XXI – Representante a ser indicado(a) pelo Ministério da Saúde.

Art. 2º Alterar o Art. 16 da Resolução CNS nº 594, de 9 de Agosto de 2018, apenas nos seguintes termos: onde se lê “[...] será composta por 26 (vinte e seis) membros [...]”, leia-se “[...] será composta por 29 (vinte e nove) membros [...]”.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 595, 13 de setembro de 2018, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

GILBERTO OCCHI

Ministro de Estado da Saúde

Publicada DOU nº 220, sexta feira, 16 de novembro de 2018, página 41

RESOLUÇÃO Nº 602, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de novembro de 2018, 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; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata, resolve:

considerando que o Art. 198, III da CF/1988 prevê a participação da comunidade como

uma das diretrizes para a organização das ações e serviços públicos de saúde;

considerando os 30 anos de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade de registro e propagação da história dos lutadores e lutadoras sociais pela saúde pública no Brasil e no mundo;

considerando que a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe 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 (Art. 2º da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008);

considerando a Resolução CNS nº 585, de 10 de maio de 2018, que reafirmou o papel estratégico da agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável e como promotora de equidade, contribuindo para que o Brasil tenha, novamente, papel destacado em virtude de suas ações para o cumprimento das metas e reforçou que o controle social é o instrumento fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; e

considerando o disposto na Resolução CNS nº 594, de 9 de agosto de 2018 e a necessidade de organização da 16ª CNS (8ª+8).

Resolve:

Art. 1º Alterar o item II da Resolução CNS nº 570, de 31 de janeiro de 2018, que passa a vigorar com a seguinte redação:

“II) A etapa nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) ocorrerá nos dias 4 a 7 de agosto de 2019, em Brasília-Distrito Federal”.

Art. 2º Alterar a Resolução CNS nº 594, de 9 de agosto de 2018, nos itens abaixo relacionados, que passam a vigorar com a redação dada por esta resolução, nos termos ora propostos.

Art. 3º Alterar a redação das seguintes proposições:

“Art. 4º [...]

III – Etapa Nacional: 4 a 7 de agosto de 2019.

[...]

Art. 13 [...]

§2º A 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) será coordenada pelo/a Presidente do Conselho Nacional de Saúde, e, em sua ausência ou impedimento pelo Coordenador-Adjunto ou Coordenadora-Adjunta da Comissão Organizadora.

Art. 14 [...]

Parágrafo único. As Atividades autogestionadas são não deliberativas, de responsabilidade de organizações da sociedade civil, cujos critérios serão definidos e divulgados pela Comissão Organizadora em instrumento próprio.

[...]

Art. 16 A Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) será composta por 29 (vinte e nove) membros e, após as eleições do Conselho Nacional de Saúde, poderá ser ampliada em até 100% com a inclusão dos novos conselheiros nacionais de saúde, nos moldes a seguir elencados:

[...]

Art. 17

§2º A Comissão Organizadora escolherá, entre os conselheiros nacionais de saúde, um/a Coordenador/a Adjunto/a para as coordenações referidas nos incisos IV, V, VI e VII.”

Art. 4º Inserir as seguintes proposições normativas:

“Art. 23 [...]

VI – Coordenar a Comissão de Comunicação e Informação e Acessibilidade.

Art. 24 [...]

IV - Coordenar a Comissão de Infraestrutura e Acessibilidade.

Art. 25 [...]

VI - Coordenar a Comissão de Mobilização e Articulação.

Art. 26 [...]

VII - Coordenar a Comissão de Cultura e Educação Popular.

[...].”

Art. 5º Alterar as seguintes proposições:

“Art. 29 A Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) terá um público variável, conforme os seus distintos momentos estratégicos, contando com 3.448 (três mil quatrocentos e quarenta e oito) Delegadas/os, 1.036 (mil e trinta e seis) Convidadas/os e 104 (cento e quatro) participantes por credenciamento livre, nos termos deste Regimento.

[...]

§4º O número de Convidadas e Convidados previsto no caput deste Artigo equivale a 30% (trinta por cento) do número total de delegados, ajustado para múltiplo de quatro, e o número de participantes por credenciamento livre equivale a 10% (dez por cento) do número de Convidadas e Convidados, ajustado para múltiplo de quatro.

Art. 30 [...]

I – Delegadas e Delegados, com direito a voz e voto em todas as atividades;

II – Convidadas e Convidados, com direito a voz nos Grupos de Trabalho e nas atividades não deliberativas;

III – Participante, por credenciamento livre, com direito a voz nas atividades não deliberativas; e

IV – Outros participantes, cuja participação é regulada pelo Regulamento da Etapa Nacional da 16ª CNS.

[...]

Art. 36 A Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) estará aberta ao credenciamento livre de até 104 (cento e quatro) participantes, com inscrição prévia em ficha própria a ser divulgada pelo Portal da Conferência.

Art. 37 [...]

III - Convidadas e Convidados, participantes por credenciamento livre, equipe de apoio e integrantes das Comissões terão suas despesas com alimentação, no local do evento, custeadas pelo Ministério da Saúde.

[...].”

ANEXO – DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

ESTADO/REGIÃO	NÚMERO DE DELEGADOS
Região Norte	444
Rondônia	56
Acre	48
Amazonas	76
Roraima	48
Pará	112
Amapá	48
Tocantins	56
Região Nordeste	872
Maranhão	100
Piauí	68
Ceará	120
Rio Grande do Norte	72
Paraíba	76
Pernambuco	124
Alagoas	72
Sergipe	60
Bahia	180
Região Centro-Oeste	296
Mato Grosso do Sul	64
Mato Grosso	68
Goiás	96
Distrito Federal	68

Região Sudeste	960
Minas Gerais	232
Espírito Santo	76
Rio de Janeiro	192
São Paulo	460
Região Sul	380
Paraná	140
Santa Catarina	100
Rio Grande do Sul	140
TOTAL DE DELEGADOS DOS ESTADOS	2.952
TOTAL DE DELEGADOS NACIONAIS*	296
TOTAL DE DELEGADOS/AS INDÍGENAS	200
TOTAL DE DELEGADOS NA 16ª. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	3.448
TOTAL DE CONVIDADOS	1.036
TOTAL DE PARTICIPANTES LIVRES	104
TOTAL DE PARTICIPANTES NA 16ª. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE	4.588

Art. 6º Revogar o inciso V do Art. 21 e o §2º do Art. 37.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 602, de 8 de novembro de 2018, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

GILBERTO OCCHI

Ministro de Estado da Saúde

Publicada no DOU nº 231, Seção 1, em 03/12/2018

RESOLUÇÃO Nº 612, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2018.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de dezembro de 2018, 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; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e

considerando que o Art. 198, III da CF/1988 prevê a participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização das ações e serviços públicos de saúde;

considerando os 30 anos de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade da construção social da saúde pública no Brasil;

considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e cria a Conferência de Saúde enquanto instância colegiada a se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes;

considerando a Resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) “Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), desdobrados em 169 metas, da qual o Brasil é signatário;

considerando que a implantação da Agenda 2030 exigirá uma nítida prioridade dos governos federal, estaduais, distrital e municipais para superação do desafio de implementar políticas e programas transversais e intersetoriais;

considerando a Resolução CNS nº 585, de 10 de maio de 2018, que reafirmou o papel estratégico da agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável e como promotora de equidade, contribuindo para que o Brasil tenha, novamente, papel destacado em virtude de suas ações para o cumprimento das metas e reforçou que o controle social é o instrumento fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;

considerando que compete ao CNS o papel de fortalecer a participação e o controle social no SUS (Art. 10, IX da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008); e

considerando a Resolução CNS nº 594, de 9 de agosto de 2018, que aprovou o Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

Resolve:

Aprovar o Regulamento da Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8 CNS), conforme documento anexo desta resolução.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 612, de 13 de dezembro de 2018, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

GILBERTO OCCHI

Ministro de Estado da Saúde

7.5. REGULAMENTO DA ETAPA NACIONAL

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º Este Regulamento define as regras de funcionamento da Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde – 16ª CNS (8ª+8), convocada pelo Decreto Presidencial nº 9.463, de 8 de agosto de 2018, com Regimento aprovado na 308ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), realizada nos dias 8 e 9 de agosto de 2018 e publicado por meio da Resolução CNS nº 594, de 9 de agosto de 2018.

CAPÍTULO II

DO TEMÁRIO

Art. 2º Nos termos do Regimento da 16ª CNS (8ª+8), em virtude da referência celebratória à 8ª Conferência Nacional de Saúde, a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) tem como tema: “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”.

Parágrafo único. Os eixos temáticos da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) são:

I – Saúde como direito;

II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e

III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

Art. 3º O tema e os eixos temáticos da 16ª CNS (8ª+8) serão discutidos em mesas de debates, com coordenação, secretaria e expositores indicados pela Comissão Organizadora.

§1º A proposta para a programação, incluindo os espaços de debates e as atividades culturais, será apreciada pelos Conselheiros Nacionais de Saúde na 312ª Reunião Ordinária do Pleno do CNS de 12 e 13 de dezembro de 2018.

§2º Poderão participar das mesas de debates as Delegadas e os Delegados, as Convidadas e os Convidados, Participantes por Credenciamento Livre e outros participantes, de acordo com o Regimento da 16ª CNS (8ª+8) e organização proposta pela Comissão Organizadora.

CAPÍTULO III

DOS PARTICIPANTES

Art. 4º Nos termos do Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) os participantes da Etapa Nacional estão distribuídos nas seguintes categorias:

I – Delegadas e Delegados, com direito a voz e voto em todas as atividades;

II – Convidadas e Convidados, com direito a voz nos Grupos de Trabalho e nas atividades não deliberativas;

III – Participante, por credenciamento livre, com direito a voz nas atividades não deliberativas; e

IV – Outros participantes, assim caracterizados:

a) Participantes das atividades autogestionadas, com direito à voz nas atividades não deliberativas;

b) Expositoras e expositores das Mesas de Debate, com direito à voz nas atividades não deliberativas; e

c) Integrantes das Comissões da Organização da 16ª CNS (8ª+8), com direito à voz em todas as atividades.

CAPÍTULO IV

DO CREDENCIAMENTO

Art. 5º O credenciamento das Delegadas e dos Delegados titulares deverá ser realizado no dia 28 de julho de 2019, das 8 horas às 18 horas, e no dia 29 de julho de 2019, das 8 horas às 14 horas.

Art. 6º O credenciamento dos suplentes que substituirão as Delegadas e os Delegados titulares não credenciados no prazo definido no Art. 5º deste Regulamento deverá ser realizado no dia 29 de julho de 2019, das 14 horas às 18 horas.

§1º Fica sob a responsabilidade da/do representante da delegação de cada Estado e do Distrito Federal acompanhar a substituição das Delegadas e dos Delegados titulares pelos respectivos suplentes.

§2º A/o representante da delegação de cada Estado e do Distrito Federal deverá ser indicado pelo Conselho Estadual de Saúde e o Conselho de Saúde do Distrito Federal dentre as Delegadas eleitas e Delegados eleitos, para articulação com a Comissão Organizadora Nacional, conforme previsto no §7º do Art.11 do Regimento da 16ª CNS (8ª+8).

Art. 7º O credenciamento das Convidadas, dos Convidados, Participantes por credenciamento livre, integrantes das Comissões da Organização da 16ª CNS (8ª+8) e expositoras e expositores será realizado no dia 28 de julho de 2019, das 12 horas às 18 horas, e no dia 29 de julho de 2019, das 8 horas às 18 horas.

Art. 8º Os Participantes das atividades autogestionadas farão inscrição em formulário próprio disponibilizado pelo Portal da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 9º Nos termos do Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) a Etapa Nacional terá a seguinte organização:

I – Plenária de Abertura;

II – Marcha em Defesa do SUS, da Democracia e da Saúde do Povo Brasileiro;

III – Mesas de Debates;

IV – Grupos de Trabalhos;

V – Tribuna Livre;

VI – Atividades autogestionadas; e

VII - Plenária Final.

§1º A Plenária de Abertura é uma sessão solene, não deliberativa, para dar início à 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) e de acesso às autoridades, à representantes de instituições e entidades públicas e privadas, às Delegadas, Delegados, convidadas, convidados, Participantes por credenciamento livre e outros participantes nas atividades não deliberativas.

§2º A 3ª Marcha em Defesa do SUS, da Democracia e da Saúde do Povo Brasileiro percorrerá a Esplanada dos Ministérios e se encerrará na Alameda dos Estados, onde o abaixo-assinado “Somos amigas e amigos das causas” será protocolado no Supremo Tribunal Federal (STF).

§3º As Mesas de Debates são sessões, não deliberativas, que têm a finalidade de apresentar e qualificar os debates em torno da temática da 16ª CNS (8ª+8) e serão orientadas por ementas propostas pela Comissão Organizadora, de acesso às Delegadas, Delegados, convidadas, convidados, Participantes por credenciamento livre e outros participantes nas atividades não deliberativas, com direito à voz.

§4º Os Grupos de Trabalho são instâncias deliberativas para discutir e votar os conteúdos do Relatório Nacional Consolidado e de acesso restrito, e controlado, às Delegadas e Delegados com direito a voz e voto e às Convidadas e Convidados com direito à voz.

§5º A Tribuna Livre é uma sessão, não deliberativa, de livres manifestações das Delegadas, Delegados, Convidadas, Convidados, Participantes por credenciamento livre e outros participantes nas atividades não deliberativas, com direito à voz a partir de prévia

inscrição e com coordenação da Comissão Organizadora da Conferência.

§6º As Atividades autogestionadas são atividades, não deliberativas, de responsabilidade de organizações da sociedade civil, cujos critérios serão definidos e divulgados pela Comissão Organizadora em instrumento próprio.

§7º Observado o disposto no Regimento Interno da 16ª CNS (8ª+8), a Plenária Final é uma sessão organizada em dois momentos distintos, sendo um deliberativo e outro não deliberativo, quais sejam:

I - Plenária Deliberativa: sessão deliberativa que tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar propostas provenientes do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, bem como as moções de âmbito nacional e internacional, de acesso restrito, e controlado, às Delegadas e Delegados com direito à voz e voto.

II - Plenária Final Celebratória: sessão não deliberativa, posterior à Plenária Deliberativa, para a celebração às lutadoras e lutadores sociais pela defesa do direito à saúde e encerramento da 16ª CNS (8ª+8), de acesso às autoridades, à representantes de instituições e entidades públicas e privadas, às Delegadas, Delegados, convidadas, convidados, Participantes por credenciamento livre e outros participantes nas atividades não deliberativas.

CAPÍTULO VI

DAS MESAS DE DEBATES

Art. 10 A discussão das Mesas de Debates será feita mediante apresentações e debate com até 3 (três) expositores/as, 1 (uma) coordenadora ou coordenador e 1 (uma) secretária ou secretário.

§1º As coordenadoras e coordenadores e as secretárias e secretários de cada mesa de diálogo serão indicados pela Comissão Organizadora.

§2º As expositoras e os expositores serão escolhidos entre os segmentos que compõem o controle social e pessoas com conhecimento e experiência na área de saúde ou em temáticas que guardam afinidade com os eixos da Conferência.

§3º Cada mesa de diálogo disporá de até 1 (uma) hora para exposição seguida de até 1 (uma) hora para o debate.

Art. 11 O debate será feito por meio da manifestação escrita ou verbal dos participantes definidos pelo §3º do Art. 9º deste Regulamento, garantindo-se a ampla oportunidade de participação no tempo estipulado para o debate e em número de inscrições compatível com o tempo disponível para o debate, tendo prioridade para manifestação os inscritos pela primeira vez.

Parágrafo único. O tempo máximo para cada manifestação será de até 3 (três) minutos improrrogáveis, exceto para as pessoas com deficiência auditiva e demais pessoas com deficiências ou patologias que tenham dificuldade de comunicação, cujo tempo será de até 6 (seis) minutos.

CAPÍTULO VII

DAS INSTÂNCIAS DE DECISÃO

Art. 12 Nos termos do Regimento da 16ª CNS (8ª+8) são instâncias de decisão:

I – Os Grupos de Trabalho; e

II – A Plenária Deliberativa da Plenária Final.

Parágrafo único. Conforme previsto neste Regulamento participarão dos Grupos de Trabalho as Delegadas e Delegados com direito a voz e voto e as Convidadas e Convidados com direito à voz e da Plenária Deliberativa apenas as Delegadas e Delegados com direito a voz e voto.

Art. 13 O Relatório Nacional Consolidado das propostas referentes às etapas estaduais e do Distrito Federal será apresentado em diretrizes e propostas, devidamente sistematizado pela Comissão de Relatoria, nos termos do Regimento e das Diretrizes Metodológicas da 16ª CNS (8ª+8).

Parágrafo único. Os/as relatores/as da etapa estadual/Distrito Federal serão convidados/as a apoiar a Comissão de Relatoria, entre outros/as convidados/as.

Art. 14. Para efeito da 16ª CNS (8ª+8) compreende-se:

I – Diretriz: enunciado de uma ideia abrangente, que indica caminho, sentido ou rumo. É formulada em poucas frases, de modo geral em apenas uma ou duas, de modo sintético. Embora possa conter números e ser fixada no tempo e no espaço, isto não é indispensável, pois esse detalhamento cabe aos objetivos e metas definidos nos planos de ação. Desse modo, uma diretriz deve ser compreendida como uma indicação essencialmente política; e

II – Proposta: a ação que deve ser realizada, detalhando algum aspecto da diretriz a que se vincula. As propostas indicarão o que deverá ser feito, orientando a execução das ações. Indica um determinado aspecto de uma diretriz, dando-lhe um rumo que orientará a ação, podendo ser mais ou menos detalhada, aproximando-se de uma meta.

Art. 15 Caso sejam identificadas diretrizes e propostas aprovadas nas Etapas Estaduais e do Distrito Federal que não tenham sido contempladas ou tiveram seus méritos alterados no Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal, a representante ou o representante da delegação de Estado e do Distrito Federal poderá apresentar pedido de consulta por escrito à Comissão de Relatoria.

Parágrafo único. O pedido a que se refere o caput deste artigo poderá ser feito desde a data de divulgação do Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal até as 12 horas do dia 28 de julho de 2019, que avaliará a pertinência do recurso, e, em caso de concordância, o encaminhará aos Grupos de Trabalho responsáveis pelo debate do respectivo tema, vinculado ao pedido de consulta.

CAPÍTULO VIII

DOS GRUPOS DE TRABALHO

Art. 16 Os Grupos de Trabalho (GTs) são instâncias de debate e votação das diretrizes e propostas de âmbito nacional constantes do Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal da 16ª CNS (8ª+8), em número total de 45 (quarenta e cinco) grupos, considerando-se a paridade por segmentos e a representação por Estados na sua composição.

Art. 17 Nos termos do Regimento da 16ª CNS (8ª+8) e da Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, os Grupos de Trabalho (GT) serão compostos paritariamente entre os segmentos dos usuários (50%), trabalhadores da saúde (25%) e gestores e prestadores (25%), sendo as convidadas e convidados distribuídos pelos Grupos de Trabalho proporcionalmente ao seu número total.

§1º A garantia da paridade está subordinada à efetivação do credenciamento de todos/as delegados/as.

§2º Caberá à Comissão Organizadora Nacional a distribuição dos/as delegados/as credenciados/as, observando a paridade definida no caput deste artigo, dos convidados/as e até o limite numérico de cada GT e considerando, sempre que possível, a indicação feita pelos participantes no ato da inscrição de três GTs de sua preferência em ordem de opção (1ª, 2ª e 3ª opção).

Art. 18 Os Grupos de Trabalho (GTs) contarão com a seguinte organização:

I – a instalação e início dos debates deverá ocorrer com quórum mínimo de 40% (quarenta por cento) das Delegadas e dos Delegados credenciados presentes;

II – após a instalação prevista no item I, a votação ocorrerá com qualquer número de presentes nos Grupos de Trabalho;

III – as atividades serão dirigidas por uma Mesa Coordenadora com a função de organizar as discussões do Grupo de Trabalho, realizar o processo de verificação de quórum, controlar o tempo e organizar a participação das Delegadas e dos Delegados e das Convidadas e Convidados, e será composta por:

a) Coordenadora ou Coordenador Titular, indicado pela Comissão Organizadora;

b) Coordenadora ou Coordenador Adjunto, indicado entre os participantes do GT; e

c) Secretária ou Secretário, indicado pela Comissão Organizadora.

IV – a relatoria de cada Grupo de Trabalho será composta por até 4 (quatro) membros indicados pela Comissão de Relatoria.

Art. 19 As indicações, a serem feitas pela Comissão Organizadora, da Coordenadora ou Coordenador Titular e da Secretária ou Secretário dos 45 (quarenta e cinco) GTs deverão atender a paridade da seguinte forma:

I – Coordenadoras ou Coordenadores: 23 (vinte e três) serão representantes das Usuárias/os; 11 (onze) serão representantes das Trabalhadoras/es da Saúde; e 11 (onze) serão representantes de Gestoras/es e Prestadoras/es de Serviços de Saúde; e

II – Secretárias ou Secretários: 23 (vinte e três) serão representantes das Usuárias/os; 11 (onze) serão representantes das Trabalhadoras/es da Saúde; e 11 (onze) serão representantes de Gestoras/es e Prestadoras/es de Serviços de Saúde.

Art. 20 Os GTs serão realizados simultaneamente e deliberarão sobre o Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal, elaborado pela Comissão de Relatoria, da seguinte forma:

I – os GTs serão divididos pelos eixos temáticos I, II, III nos termos do Art. 2º deste Regulamento, onde cada 15 (quinze) grupos discutirão e deliberarão sobre um mesmo eixo temático;

II – as diretrizes e propostas relacionadas ao Tema da 16ª CNS (8ª+8): “Democracia e Saúde”, considerado Eixo Transversal pelo processo da conferência, serão debatidas em todos os Grupos de Trabalho; e

III – os GTs analisarão e deliberarão sobre todas as diretrizes e propostas relacionadas ao seu respectivo tema e ao tema transversal, priorizando-as por meio do sistema de votação.

Parágrafo único. Na Etapa Nacional, não serão acatadas Diretrizes e Propostas novas, cabendo aos Grupos de Trabalho discutir somente diretrizes e propostas que constarem do Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal. As contribuições nacionais se darão por meio do Documento Orientador e seus anexos.

Art. 21. Instalado o GT, a mesa coordenadora dos trabalhos procederá da seguinte forma:

I - promoverá a leitura de todas as Diretrizes constantes do Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal, em seguida colocará em votação priorizando-as em lista crescente, conforme percentual de votação; e

II - fará a leitura de cada proposta referente ao seu respectivo eixo temático e ao eixo transversal, constante do Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal, consultando o Plenário sobre os destaques e registrando os nomes dos proponentes, observando-se o que segue:

§1º Os destaques serão de supressão parcial ou total do texto.

§2º Os destaques deverão ser apresentados à mesa coordenadora dos trabalhos durante a leitura das propostas dos Grupos de Trabalho.

Art. 22 Após a leitura, a votação dos destaques será encaminhada da seguinte maneira:

§1º Caso haja mais de um destaque para a mesma proposta, recomenda-se que os proponentes se reúnam e, preferencialmente, apresentem um destaque único.

§2º Ao término da leitura, serão apreciados os destaques e a Delegada autora ou o Delegado autor do destaque terá 2 (dois) minutos para defender sua proposta de supressão.

§3º Após a defesa da proposta de supressão serão conferidos 2 (dois) minutos para a Delegada ou o Delegado que queira fazer a defesa de manutenção do texto original.

§4º Será permitida uma segunda manifestação, a favor e contra, se a Plenária não se sentir devidamente esclarecida para a votação.

§5º Caso a autora ou o autor do destaque não estiver presente no momento da sua apreciação, o destaque não será considerado.

Art. 23 A votação será realizada da seguinte forma:

I – a votação será realizada na seguinte ordem: a proposta do Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal será a proposição número 1 e o destaque de supressão será a proposição número 2;

II – será votada a proposta do Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal contra o destaque de supressão total;

III – se o destaque de supressão total vencer a votação, não será apreciado o destaque de supressão parcial; e

IV – caso a proposta do Relatório Consolidado vencer a votação colocar-se-á a mesma em votação contra cada um dos destaques de supressão parcial.

Parágrafo único. Não serão discutidos novos destaques para itens já aprovados.

Art. 24 De acordo com o Regimento da 16ª CNS (8ª+8):

I – serão consideradas aprovadas as diretrizes e propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais de votos favoráveis em pelo menos metade mais um (1) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático, compondo o Relatório Final da 16ª CNS (8ª+8);

II – as diretrizes e propostas que obtiverem mais de 50% (cinquenta por cento) e menos de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo menos metade mais um (1) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático, serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Deliberativa;

III – as diretrizes e propostas que obtiverem mais de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo menos 5 (cinco) Grupos de Trabalho serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Deliberativa; e

IV – as propostas que não atingirem o número de votos favoráveis necessários serão consideradas não aprovadas.

Parágrafo único. A Comissão de Relatoria promoverá a análise de todas as diretrizes e propostas aprovadas nos GTs. As diretrizes e propostas identificadas como conflitantes, ou resultantes de duas ou mais supressões diferentes de uma mesma diretriz ou proposta, serão enviadas para apreciação e deliberação da Plenária Deliberativa.

Art. 25 A Mesa Coordenadora do Grupo de Trabalho avaliará e poderá assegurar às Delegadas e aos Delegados uma intervenção pelo tempo improrrogável de 2 (dois)

minutos, nas seguintes situações:

I – pela Questão de Ordem quando os dispositivos do Regimento e deste Regulamento não estiverem sendo observados;

II – por solicitação de Esclarecimento quando a dúvida for dirigida à Mesa Coordenadora do GT, antes do processo de votação; e

III – por solicitação de Encaminhamento quando a manifestação da Delegada ou do Delegado for relacionada ao processo de condução do tema em discussão.

§1º Não serão permitidas questões de ordem durante o regime de votação.

§2º As solicitações de encaminhamento somente serão acatadas pela Mesa Coordenadora dos Trabalhos quando se referirem às propostas em debate, com vistas à votação.

CAPÍTULO IX

DAS MOÇÕES

Art. 26. As propostas de moção, de âmbito, repercussão e relevância nacional ou internacional, serão encaminhadas por Delegadas e por Delegados, e devem ser apresentadas à Comissão de Relatoria da 16ª CNS (8ª+8), até às 14 horas do dia 30 de julho de 2019 em formulário próprio, a ser definido pela Comissão de Relatoria, que terá os seguintes campos de identificação:

I – o seu âmbito (nacional ou internacional);

II – o tipo de moção (apoio, repúdio, apelo, solidariedade ou outro);

III – as destinatárias ou os destinatários da moção;

IV – o fato ou condição que motiva ou gera a moção e a providência referente ao pleito; e

V – a proponente ou o proponente principal da moção, poderá, opcionalmente, identificar seu nome, sua unidade federativa, bem como o segmento que representa.

Art. 27 Cada proposta de moção deverá ser assinada por, no mínimo, 400 (quatrocentos) Delegadas e Delegados credenciados.

Art. 28 A Comissão de Relatoria organizará as propostas de moção recebidas, que atenderam aos critérios previstos neste artigo, classificando-as e agrupando-as por tema.

CAPÍTULO X

DA PLENÁRIA DELIBERATIVA

Art. 29. A Plenária Deliberativa tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar as diretrizes e propostas provenientes do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, bem como as moções de âmbito nacional e internacional.

§1º Na Plenária Deliberativa, somente serão discutidas e aprovadas diretrizes e propostas que constarem do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, organizado pela Comissão de Relatoria, em conformidade com os termos desse Regulamento.

§2º O relatório será apresentado no salão da Plenária Deliberativa da 16ª CNS (8ª+8), podendo ser em formato eletrônico ou impresso dependendo dos meios disponíveis no momento.

Art. 30 Participação da Plenária Deliberativa:

I – Delegadas e Delegados, com direito a voz e voto; e

II – Integrantes das Comissões de Organização da 16ª CNS (8ª+8).

Parágrafo único. A Comissão Organizadora destinará locais específicos de permanência para as pessoas com deficiência.

Art. 31 A Plenária Deliberativa contará com uma mesa composta de modo paritário, com definição de coordenação e secretaria, sendo todos os membros indicados pela Comissão Organizadora.

Art. 32 A apreciação e votação das diretrizes e propostas que compõem o Relatório

Final Consolidado da 16ª CNS (8ª+8) serão encaminhadas da seguinte maneira:

I – serão informados os códigos de identificação das diretrizes e propostas aprovadas com 70% (setenta por cento) ou mais de votos favoráveis em pelo menos metade mais um (1) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático constantes do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho;

II – serão informados os códigos de identificação das diretrizes e propostas que tiveram supressão total e as que foram excluídas por não obterem a votação mínima prevista nesse regulamento;

III – em seguida, a Mesa da Coordenação dos Trabalhos promoverá a leitura e votação das diretrizes e proposta remetidas à Plenária Deliberativa, por Eixo Temático; e

IV – Encerrada a fase de apreciação do Relatório de Grupos da 16ª CNS (8ª+8) a coordenadora ou o coordenador da mesa procederá à leitura das propostas de moções e as submeterão à aprovação da Plenária Deliberativa observando o percentual de aprovação previsto no Art. 25 deste Regulamento.

§1º Caso a maioria das/os presentes na plenária não se sentir devidamente esclarecida para a votação, será permitida às Delegadas e aos Delegados uma manifestação “a favor” e uma “contra”, com duração de até 2 (dois) minutos.

§2º Nos termos do Art. 22 deste Regulamento, a Mesa Coordenadora dos Trabalhos concomitantemente à apresentação e apreciação das propostas constantes do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, apresentará, caso exista, as propostas conflitantes ou resultantes de duas ou mais supressões diferentes de uma mesma diretriz ou proposta do referido relatório, para apreciação e deliberação da Plenária Deliberativa.

Art. 33 A Mesa Coordenadora dos Trabalhos da Plenária Deliberativa avaliará e poderá assegurar às Delegadas e aos Delegados o direito de questão de ordem, ou de esclarecimento e propostas de encaminhamento, nos termos do Art. 23 deste Regulamento.

Art. 34 A 16ª CNS (8ª+8) aprovará as diretrizes, as propostas e as moções, com 50% mais 1 (um) das Delegadas e dos Delegados presentes em Plenário.

Art. 35 Concluída a votação das moções, encerra-se a sessão da Plenária Deliberativa da 16ª CNS (8ª+8).

CAPÍTULO XI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 36 Serão conferidos certificados de participação na 16ª CNS (8ª+8) às Delegadas e aos Delegados, integrantes da Comissão Organizadora, Comitê Executivo, Comissão de Formulação e Relatoria e Comissão de Mobilização e Comunicação, Convidadas, Convidados, Participantes por credenciamento livre, expositoras e expositores, reladoras e relatores, equipes de apoio, assessoria e monitoria, especificando-se a condição da sua efetiva participação na Conferência.

Art. 37 Será disponibilizado atendimento às intercorrências, emergências e urgências de saúde aos participantes durante os dias de realização da Etapa Nacional da Conferência.

§1º É de responsabilidade individual de cada participante zelar pela promoção de sua saúde quanto aos medicamentos e tratamentos que utiliza cotidianamente.

§2º As especificidades relacionadas a mobilidade, alimentação e tratamentos especiais deverão ser previamente informadas pelo participante no ato de sua inscrição.

Art. 38 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora.

Publicada no DOU nº 73, em 16/04/2019.

RESOLUÇÃO Nº 613, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2018.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de dezembro de 2018, 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; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e

considerando o disposto nos artigos 37 e 40 da Resolução CNS nº 597, de 8 de agosto de 2019, que aprova o Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde;

considerando a importância de inovações no formato e na metodologia das Conferências de Saúde, visando aprimorar e ampliar seu potencial mobilizador, participativo e propositivo;

considerando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988; e

considerando o princípio da participação e do controle social no SUS, e as atribuições das Conferências de Saúde, nos termos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Resolve

Aprovar as diretrizes metodológicas para a 16ª Conferência Nacional de Saúde – 16ª CNS (8ª+8), nos termos do Anexo I desta Resolução.

RONALD FERREIRA DOS SANTOS

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 613, de 13 de dezembro de 2018, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

GILBERTO OCCHI

Ministro de Estado da Saúde

ANEXO

7.6. DIRETRIZES METODOLÓGICAS

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS, TEMA CENTRAL E EIXOS DE DISCUSSÃO

Art. 1º A 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8 CNS) tem como objetivos:

I – Debater o tema da Conferência com enfoque na saúde como direito e na consolidação do SUS;

II – Pautar o debate e a necessidade da garantia de financiamento adequado e suficiente para o SUS;

III – Reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, para garantir a saúde como direito humano, a sua universalidade, integralidade e equidade do SUS, com base em políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

IV – Mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade brasileira acerca da saúde como direito e em defesa do SUS;

V – Fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

VI – Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas a partir das necessidades de saúde e participar da construção das diretrizes do Plano Plurianual (PPA) e dos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, no contexto dos 30 anos do SUS; e

VII – Aprofundar o debate sobre as possibilidades sociais e políticas de barrar os retrocessos no campo dos direitos sociais, bem como da necessidade da democratização do Estado, em especial as que incidem sobre o setor saúde.

Art. 2º A 16ª CNS (8ª+8) tem como tema: “Democracia e Saúde”.

Art. 3º Os eixos temáticos da 16ª CNS (8ª+8), definidos na Resolução CNS nº 594/2018, são:

I – Saúde como direito;

II – Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e

III – Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

Parágrafo único. O Documento Orientador da 16ª CNS (8ª+8), de caráter propositivo, será elaborado por representantes da Comissão Organizadora com base no seu tema e eixos temáticos, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e apoiará os debates em todas as etapas da 16ª CNS (8ª+8).

CAPÍTULO II

DAS ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

Art. 4º Constituem Atividades Preparatórias para efeito da 16ª CNS (8ª+8):

a) Plenárias Populares, com a participação de conselheiras e conselheiros municipais, estaduais e nacionais, entidades e movimentos sociais, populares e sindicais, cujos objetivos, conteúdos e metodologias terão por base os objetivos, tema central e eixos de discussão da 16ª CNS (8ª+8); e

b) Conferências livres, compreendidas como os Debates, Encontros e Plenárias para promover a participação nas etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal e Nacional.

Art. 5º As atividades preparatórias não têm caráter deliberativo e deve anteceder as etapas Municipal, Estadual/Distrito Federal e Nacional.

§1º As atividades preparatórias da Etapa Municipal devem ser organizadas com vistas a potencializar a participação popular nos debates dos eixos da Conferência e ampliar as vozes e representações sociais em torno da defesa da consolidação do SUS e do seu

financiamento adequado e suficiente, podendo as mesmas serem organizadas pelos conselhos de saúde, ou pelas instituições, entidades ou movimentos sociais.

§2º As atividades preparatórias da Etapa Estadual e do Distrito Federal devem ser organizadas, em articulação regional ou com municípios específicos do estado, com vistas a potencializar a participação popular nos debates dos eixos da Conferência e ampliar as vozes e representações sociais em torno da defesa da consolidação do SUS e do seu financiamento adequado e suficiente, podendo as mesmas serem organizadas pelos conselhos de saúde, ou pelas instituições, entidades ou movimentos sociais.

§3º As atividades preparatórias terão o objetivo de ampliar a participação popular nos debates dos temas propostos pela 16ª CNS (8ª+8) e constituem parte significativa da Conferência.

§4º A participação direta nas atividades preparatórias será condição essencial para a candidatura enquanto Delegada e Delegado de todas as demais etapas da conferência, sobretudo, para o conjunto da delegação a ser eleito por via horizontal.

§5º Poderão organizar Atividades Preparatórias todas as instituições, entidades e movimentos populares e sociais que tenham em sua agenda de debate e ação a defesa dos direitos sociais, da democracia e da participação popular.

CAPÍTULO III

DA PARTICIPAÇÃO

Art. 6º A composição do conjunto de Delegadas e de Delegados e de convidadas e convidados das Etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal (DF) e Nacional da 16ª CNS, buscará atender aos seguintes critérios de equidade:

- a) Gênero, identidade de gênero e diversidade sexual;
- b) Étnico-raciais, de modo a garantir representatividade aos diversos grupos que compõem as populações negra e indígena, e as comunidades originárias e tradicionais, respeitadas as diferenças e proporcionalidades locais;

c) Representatividade rural e urbana, considerando as trabalhadoras e os trabalhadores do campo e da cidade;

d) Geracional, estimulando, especialmente, a participação de entidades, coletivos e movimentos de jovens e de idosos e aposentados; e

e) Pessoas com deficiência e com necessidades especiais, patologias e doenças raras ou negligenciadas.

Art. 7º A composição do conjunto de Delegadas e de Delegados à Etapa Estadual e do Distrito Federal e à Etapa Nacional buscará promover o mínimo de 50% de mulheres em cada delegação.

Art. 8º A representação nas Etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal e na Etapa Nacional da 16ª CNS (8ª+8) será obrigatoriamente constituída por:

- a) 50% de representantes de usuárias e usuários;
- b) 25% de representantes das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde; e
- c) 25% de representantes de gestoras e gestores e prestadores de serviços de saúde.

Art. 9º Em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) será assegurada acessibilidade plena, considerando aspectos arquitetônicos, atitudinais, programáticos e comunicacionais, de acordo com a legislação vigente, tais como, a Lei nº 10.098/2000, o Decreto nº 5.296/2004, Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 e a norma técnica NBR 9050/2015.

CAPÍTULO IV

ELEIÇÃO DE DELEGADAS E DELEGADOS

Art. 10 Em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) será assegurada a paridade das Delegadas e dos Delegados representantes dos Usuários em relação ao conjunto das Delegadas e dos Delegados dos demais segmentos, no conjunto dos

eleitos, obedecendo ao previsto na Resolução CNS nº 453/2012 e na Lei nº 8.142/1990, sendo assim configurada a participação:

I – 50% dos participantes serão representantes dos Usuários, e de suas entidades e movimentos;

II – 25% dos participantes serão representantes dos Trabalhadores da Saúde;

III – 25% serão representantes de Gestores e Prestadores de Serviços de Saúde; e

IV – A eleição de Delegadas e Delegados da 16ª CNS (8ª+8) será realizada pela via ascendente, havendo, também, a possibilidade de que até 30% da delegação estadual e do Distrito Federal seja eleita pela via horizontal, sendo atendido ao disposto no Art. 10 desta seção IV.

a) A eleição por via ascendente é aquela regida pelos processos eleitorais tradicionais das Conferências de Saúde, ou seja, via pela qual será eleita a delegação do respectivo Município, e das Regiões de Saúde do Distrito Federal, para participação da Etapa Estadual e do Distrito Federal e do respectivo estado e do Distrito Federal para a Etapa Nacional.

b) A via horizontal é uma nova prática da participação social para a eleição da delegação da Etapa Estadual e do Distrito Federal para participação na Etapa Nacional. Por meio da via horizontal uma parcela da delegação estadual e do Distrito Federal poderá ser eleita entre as/os representantes de entidades e movimentos sociais que, comprovadamente, atuaram na mobilização social e nos debates públicos das atividades preparatórias da 16ª CNS (8ª+8).

CAPÍTULO V

DA ELEIÇÃO DA DELEGAÇÃO ESTADUAL E DO DISTRITO FEDERAL PELA VIA HORIZONTAL

Art. 11 A delegação Estadual e do Distrito Federal poderá ser eleita da seguinte forma:

I – No mínimo 70% do número total dos/as Delegados/as (conforme a tabela anexa ao Regimento da 16ª CNS publicado pela Resolução CNS nº 594/2018) deverá ser eleita

pela via ascendente.

a) A via ascendente é a forma tradicional de eleição de delegados/as entre os participantes da Conferência Estadual e do Distrito Federal.

b) Do total de delegados/as eleitos na via ascendente deve ser previsto a escolha de mais 20 % para serem suplentes para os casos de impedimento ou ausência dos Delegados/as eleitos/as.

Art. 12 Após a eleição dos/as delegados/as na via ascendente, também na Plenária Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal, serão eleitos os demais Delegados/as, numa parcela de até 30%, pela via horizontal.

§1º Podem se eleger pela via horizontal as pessoas ou os/as representantes de entidades e movimentos sociais que comprovem a participação na organização e mobilização das atividades preparatórias da Etapa Municipal e da Etapa Estadual/Distrito Federal, conforme os critérios descritos abaixo:

I – Tenham organizado atividades políticas, de debate e de mobilização das atividades preparatórias da 16ª CNS (8ª+8), que tenham reunido no mínimo 5 vezes o número de Delegados/as, previstos para o respectivo estado, na tabela anexa ao Regimento da 16ª CNS publicado pela Resolução CNS nº 594/2018; e

II – Tenham colhido assinaturas de, no mínimo 10 vezes a mais de pessoas que o número de Delegados/as previstos para o respectivo estado, tabela anexa ao Regimento da 16ª CNS publicado pela Resolução CNS nº 594/2018, para o abaixo assinado “Somos amigas e amigos das causas: SUS público, universal, integral e de qualidade. Educação pública, gratuita e de qualidade”, disponível no site do Conselho Nacional de Saúde, http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/08ago01_abaixoAssinadoEC95.html

§2º As pessoas ou os/as representantes de entidades e movimentos sociais a que se referem o parágrafo 1º não precisam participar da Conferência Estadual e do Distrito Federal. A eleição dos candidatos deverá ser feita na Plenária Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal.

§3º Aqueles que optarem por disputar as vagas da eleição pela via horizontal não po-

derão pleitear a concorrência entre as vagas da eleição por via ascendente.

Art. 13 Toda a delegação (via ascendente + via horizontal) deve observar a paridade prevista na Resolução CNS nº 453/2012.

Art. 14 Cabe ao Conselho Estadual e do Distrito Federal definir, em instrumento normativo, os prazos e os documentos necessários para viabilizar as inscrições dos candidatos/as a eleição pela via horizontal.

Art. 15 A proporção a ser utilizada na Plenária Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal (no mínimo 70% pela via ascendente e no máximo 30% pela via horizontal) será definida com base na demanda de candidaturas para a eleição pela via horizontal, até o máximo de 30% do número total dos/as Delegados/as (conforme a tabela anexa ao Regimento da 16ª CNS publicado pela Resolução CNS nº 594/2018).

CAPÍTULO VI

DAS DIRETRIZES E PROPOSTAS

Art. 16 Para efeito da 16ª CNS (8ª+8), compreende-se Diretriz como o enunciado de uma ideia abrangente, que indica caminho, sentido ou rumo. É formulada em poucas frases, de modo geral em apenas uma ou duas, de modo sintético. Embora possa conter números e ser fixada no tempo e no espaço, isto não é indispensável, pois esse detalhamento cabe aos objetivos e metas definidos nos planos de ação. Desse modo, uma diretriz deve ser compreendida como uma indicação essencialmente política.

Art. 17 Para efeito da 16ª CNS (8ª+8), compreende-se Proposta como uma ação que deve ser realizada, detalhando algum aspecto da Diretriz a que se vincula. As propostas indicarão o que deverá ser feito, orientando a execução das ações. Indica um determinado aspecto de uma diretriz, dando-lhe um rumo que orientará a ação, podendo ser mais ou menos detalhada, aproximando-se de uma meta.

CAPÍTULO VII

DIRETRIZES PARA A ETAPA MUNICIPAL

Art. 18 Cada Município realizará sua Conferência de Saúde, compreendida como Etapa Municipal da 16ª CNS (8ª+8).

Art. 19 No Distrito Federal as Conferências das Regiões de Saúde equivalerão à Etapa Municipal e precedem a Conferência do Distrito Federal.

Parágrafo único. As conferências descritas neste Art. 19 deverão observar o disposto nos artigos 20 a 27 referentes às Diretrizes para a Etapa Municipal.

Art. 20 A Etapa Municipal deverá ser antecedida por atividades preparatórias, não deliberativas, compreendidas como: Conferências livres, Debates, Encontros e Plenárias para promover a participação nesta etapa, podendo as mesmas serem organizadas pelos conselhos de saúde, ou pelas instituições, entidades ou movimentos sociais.

Art. 21 Todas as etapas preparatórias e as Conferências deverão ter ampla divulgação, sendo abertas à participação de todas e todos, com direito a voz e voto, em todos seus espaços.

Art. 22 Os debates da Etapa Municipal terão como referência o Documento Orientador, compreendido como instrumento de apoio ao debate, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, sem prejuízo de outros textos que venham a ser elaborados pelos respectivos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Art. 23 A programação de cada Conferência deve ser elaborada considerando o tema, os eixos temáticos e os objetivos descritos no capítulo I deste documento, que orientarão a organização de atividades (mesas redondas, painéis, discussões temáticas, praças, fóruns, rodas de conversa e outras dinâmicas) que permitam e estimulem a participação e o livre debate dos eixos temáticos, em suas várias dimensões.

Art. 24 O tema, e os eixos temáticos poderão ser trabalhados de modo agregado, desde que garantido o debate de todos eles, preferencialmente em Grupos de Trabalho, cujos resultados devem ser levados à Plenária Final sistematizados por tema e eixos temáticos.

Art. 25 A Comissão de Organização e ou Conselho de Saúde responsável pela realização da etapa Municipal deve encaminhar o Relatório Final de sua respectiva conferência

com o conjunto de diretrizes e propostas de âmbito regional, estadual e nacional à Comissão Organizadora da Etapa Estadual até o dia 25 de abril de 2019, e estabelecer processo de monitoramento das diretrizes e propostas para o município.

Parágrafo único. Orienta-se que os relatórios das Conferências Municipais de Saúde sejam cadastrados simultaneamente no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Art. 26 Estimula-se que os Municípios utilizem, em especial nos Grupos de Trabalho e na Plenária Final, metodologia semelhante à da Etapa Estadual e Nacional.

Art. 27 A Etapa Municipal elege, de forma paritária, as Delegadas e os Delegados que participarão da Conferência Estadual, conforme Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012 e o previsto no capítulo III deste documento.

Parágrafo único. O resultado da eleição das Delegadas e Delegados da Etapa Municipal será enviado pelos Conselhos Municipais de Saúde à Comissão Organizadora da Etapa Estadual e do Distrito Federal até o dia 15 de abril de 2019.

Art. 28 Utilização dos parâmetros da Portaria nº 1274, de 7 de julho 2016, que trata de ambientes institucionais saudáveis e do Guia para elaboração de alimentação saudável em eventos (CAISAN/CGAN).

CAPÍTULO VIII

DIRETRIZES PARA A ETAPA ESTADUAL E DO DISTRITO FEDERAL

Art. 29 Cada Estado e o Distrito Federal realizarão suas Conferências de Saúde, compreendidas como Etapa Estadual e do Distrito Federal da 16ª CNS (8ª+8).

Art. 30 A Etapa Estadual, e do Distrito Federal, deverá ser antecedida por atividades preparatórias, não deliberativas, compreendidas como: Conferências livres, Debates, Encontros e Plenárias para promover a participação nesta etapa, podendo as mesmas serem organizadas pelos conselhos de saúde, ou pelas instituições, entidades ou movimentos sociais.

Art. 31 Todas as Conferências Estaduais e do Distrito Federal, assim como as respectivas etapas preparatórias, deverão ter ampla divulgação dos objetivos, do tema e dos eixos temáticos da 16ª CNS.

Art. 32 Participam da Etapa Estadual e do Distrito Federal:

§1º Delegadas eleitas e Delegados eleitos nas Conferências Municipais, no caso dos estados, e nas conferências regionais, no caso do Distrito Federal.

§2º Delegadas e Delegados eleitos pelo Conselho Estadual de Saúde e Conselho de Saúde do Distrito Federal, constituindo, em seu conjunto, até 10% (dez por cento) do número total das Delegadas e dos Delegados eleitos nas Conferências Municipais e das Regiões de Saúde do Distrito Federal.

§3º Convidadas e Convidados e outros participantes, conforme critérios estabelecidos pelos respectivos Conselhos de Saúde, respeitada a paridade do segmento de usuários em relação ao conjunto de representantes do governo, prestadores de serviços e trabalhadoras e trabalhadores da saúde.

§4º Os critérios de participação para a Etapa Estadual e do Distrito Federal são estabelecidos pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 33 Os debates da Etapa Estadual e do Distrito Federal terão como apoio o Relatório Consolidado da Etapa Municipal e das Regiões de Saúde do Distrito Federal, a ser elaborado pelas Comissões de Relatoria das Conferências Estaduais e do Distrito Federal, e o Documento Orientador aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, sem prejuízo de outros textos.

Art. 34 A programação de cada Conferência Estadual e do Distrito Federal deve ser elaborada considerando o tema, os eixos temáticos e os objetivos descritos no capítulo I deste documento, que orientarão a organização de atividades (mesas redondas, painéis, discussões temáticas, praças, fóruns, rodas de conversa e outras dinâmicas) que permitam e estimulem a participação e o livre debate dos eixos temáticos, em suas várias dimensões.

Art. 35 O tema, e os eixos temáticos poderão ser trabalhados de modo agregado, des-

de que garantido o debate de todos eles, preferencialmente em Grupos de Trabalho, cujos resultados devem ser levados à Plenária Final sistematizados por tema e eixos temáticos.

Art. 36 Os Conselhos Estaduais de Saúde e o Conselho de Saúde do Distrito Federal devem encaminhar seu respectivo Relatório Final à Comissão Organizadora da Etapa Nacional, exclusivamente por meio eletrônico, no endereço 16cns@saude.gov.br, até o dia 21 de junho de 2019.

§1º O Relatório Final a que se refere o Art. 36 deve conter uma (01) Diretriz referente ao Tema Central; uma (01) Diretriz para cada um dos três (03) eixos temáticos e até cinco (05) Propostas por Diretriz, aprovadas na Plenária Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal.

§2º Orienta-se que os relatórios das Conferências de Saúde Estaduais e do Distrito Federal sejam cadastrados simultaneamente no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Art. 37 A Etapa Estadual e do Distrito Federal elege, de forma paritária, as Delegadas e os Delegados que participarão da Conferência Nacional, conforme Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012 e do capítulo VII deste documento.

Art. 38 As inscrições das Delegadas eleitas e dos Delegados eleitos, titulares e suplentes para a Etapa Nacional devem ser enviadas à Comissão Organizadora Nacional, através do Portal da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), até 21 de junho de 2019.

Art. 39 Utilização dos parâmetros da portaria nº 1274, de 7 de julho 2016, que trata de ambientes institucionais saudáveis e do Guia para elaboração de alimentação saudável em eventos (CAISAN/CGAN).

CAPÍTULO IX

DIRETRIZES PARA A ETAPA NACIONAL

Art. 40 A Etapa Nacional deverá ser antecedida por atividades preparatórias, não deliberativas, compreendidas como: Conferências livres, Debates, Encontros e Plenárias para

promover a participação nesta etapa, podendo as mesmas serem organizadas pelos conselhos de saúde, ou pelas instituições, entidades ou movimentos sociais.

Art. 41 A Etapa Nacional da 16ª CNS (8ª+8) terá como base inicial o Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal, elaborado por sua Comissão de Relatoria, a ser apresentado e votado nos Grupos de Trabalho, precedidos por atividades que permitam e estimulem a participação e o livre debate dos eixos temáticos, em suas várias dimensões.

Parágrafo único. O Relatório Consolidado dos Estados e do Distrito Federal irá conter a sistematização dos Relatórios das etapas estaduais e de Distrito Federal, organizado na forma de diretrizes e propostas.

Art. 42 Garantida a paridade das Delegadas e dos Delegados por segmento – usuárias e usuários (50%), trabalhadoras e trabalhadores da saúde (25%) e gestoras e gestores e prestadores de serviço (25%) – os Grupos de Trabalho serão divididos pelos eixos temáticos 1, 2, e 3 ficando cada grupo responsável pela análise das diretrizes e propostas relacionadas ao respectivo tema, sendo que cada um dos eixos temáticos deverá ser discutido por 15 (quinze) grupos de trabalho.

§1º O eixo principal será discutido por todos os Grupos de Trabalho.

§2º A composição de Delegadas e de Delegados nos Grupos de Trabalho será proporcional às delegações dos Estados e do Distrito Federal.

§3º Nos Grupos de Trabalho somente serão discutidas as propostas que constarem do Relatório Consolidado da Etapa dos Estados e do Distrito Federal, não sendo aceitas novas propostas.

Art. 43 Das deliberações nos Grupos de Trabalho:

I – serão consideradas aprovadas as diretrizes e propostas que obtiverem 70% (setenta por cento) ou mais de votos favoráveis em pelo menos metade mais um (1) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático, compondo o Relatório Final da 16ª CNS (8ª+8);

II – as diretrizes e propostas que obtiverem mais de 50% (cinquenta por cento) e menos

de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo menos metade mais um (1) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático, serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Deliberativa;

III – as diretrizes e propostas que obtiverem mais de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo menos 5 (cinco) Grupos de Trabalho serão encaminhadas para apreciação e votação na Plenária Deliberativa; e

IV – as diretrizes e propostas que não atingirem o número de votos favoráveis necessários serão consideradas não aprovadas.

Parágrafo único. A Comissão de Relatoria promoverá a análise de todas as diretrizes e propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho. As diretrizes e propostas identificadas como conflitantes, ou resultantes de duas ou mais supressões diferentes de uma mesma diretriz ou proposta, serão enviadas para apreciação e deliberação da Plenária Deliberativa.

Art. 44 A Plenária Deliberativa terá como base o Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, organizado pela Comissão de Relatoria que será apreciado conforme normatizado pelo Regulamento da Etapa Nacional da 16ª CNS (8ª+8).

§1º Serão informadas as diretrizes e propostas já aprovadas na fase de Grupos de Trabalho.

§2º Serão informadas as diretrizes e propostas que tiveram supressão total e as que foram excluídas por não obterem a votação mínima na fase de Grupos de Trabalho.

§3º Serão lidas e votadas as diretrizes e proposta remetidas à Plenária Deliberativa, por Eixo Temático.

§4º Serão lidas e votadas as propostas de moções.

§5º As diretrizes, as propostas e as moções serão consideradas aprovadas com o voto favorável de 50% mais 1 (um) das Delegadas e dos Delegados presentes em Plenário.

Publicada no DOU nº 250, seção 1, 31/12/2018, páginas 108 e 109

8. GUIA DE ACESSIBILIDADE

Este guia foi produzido com a finalidade de auxiliar conselhos estaduais e municipais de saúde, entidades e movimentos sociais a promoverem conferências acessíveis, que atendam às necessidades das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida de maneira plena e igualitária, garantindo a elas condições de igualdade e autonomia.



<http://bit.ly/34sA0mB>

Para ter acesso ao conteúdo codificado em um QR Code, a pessoa deve primeiro dispor de uma câmera em um telefone celular e um programa feito para ler o código bidimensional.

9. COMISSÕES

As seis comissões criadas para organização da 16ª Conferência Nacional de Saúde estão definidas na Resolução nº 594, de 9 de agosto de 2018, que aprova o regimento da etapa nacional. Cento e vinte e uma (121) pessoas que compõem as seguintes comissões:

Comissão de Articulação e Mobilização – 16 membros

Comissão de Comunicação, Informação e Acessibilidade – 16 membros

Comissão de Cultura e Educação Popular – 16 membros

Comissão de Infraestrutura e Acessibilidade – 16 membros

Comissão Organizadora – 41 membros

Comissão de Relatoria – 16 membros

Os membros das comissões da 16ª Conferência Nacional de Saúde são representantes da Mesa Diretora e das Comissões Intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Ministério da Saúde.

Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8)

Descrição das competências da Comissão Organizadora da 16ª Conferência

- Promover as ações necessárias à realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), atendendo às deliberações do CNS e do Ministério da Saúde e propor:
- O detalhamento de sua metodologia
- Os nomes do/as expositores/as das mesas redondas e participantes das demais atividades
- Os critérios para participação e definição dos/as convidados/as nacionais e internacionais, a serem aprovados pelo Pleno do CNS
- A elaboração de ementas para os/as expositores/as das mesas
- Os/as Delegados/as indicados/as ou eleitos/as por entidades nacionais, de gestores e prestadores de serviços de saúde, a serem aprovados pelo Pleno do CNS
- Envidar todos os esforços necessários ao cumprimento das condições de infraestrutura e acessibilidade para a Etapa Nacional
- Acompanhar a execução orçamentária da Etapa Nacional
- Analisar e aprovar a prestação de contas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8)
- Encaminhar até 60 (sessenta) dias, após o encerramento da Conferência, o Relatório Final da 16ª

Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) ao CNS e ao Ministério da Saúde, com prazo de edição previsto para o primeiro trimestre de 2020, para ampla divulgação e início dos processos de monitoramento

- Apreciar os recursos relativos ao credenciamento de Delegadas e Delegados, assim como discutir questões pertinentes à 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8), submetendo-as ao Pleno do CNS.
- Indicar, como apoiadores, pessoas e representantes de entidades e movimentos com contribuição significativa em cada área para integrarem as Comissões, caso julgue necessário
- Comitê Executivo: articular com os demais órgãos do Ministério da Saúde, instâncias, entidades e movimentos sociais, populares e sindicais envolvidos, para apoio técnico, administrativo, financeiro, logístico e de infraestrutura da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8)

A Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) foi composta por:

- Coordenador/a de cada uma das 18 (dezoito) Comissões Intersetoriais do CNS dos mandatos 2015-2018 e 2018-2021
- Integrantes da Mesa Diretora do CNS dos mandatos 2015-2018 e 2018-2021
- Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

- Representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)
- Representante do Ministério da Saúde
- Representante da Opas – Convidado



MEMBRO	REPRESENTAÇÃO
1.ALCEU KUHN	Comissão Intersectorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência (CIASPD) - (Mandato 2018-2021)
2.ALTAMIRA SIMÕES DOS SANTOS DE SOUZA	Comissão Intersectorial de Políticas de Promoção da Equidade (CIPPE) - (Mandato 2018-2021)
3.ANDRÉ LUIZ DE OLIVEIRA	Mesa Diretora (Mandatos 2015-2018 e 2018-2021)
4.ANTONIO PITOL	Comissão Intersectorial de Saúde Mental (CISM) - (Mandato 2015-2018)
5.ARILSON DA SILVA CARDOSO	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)
6.ARTUR CUSTÓDIO MOREIRA DE SOUSA	Comissão Intersectorial de Vigilância em Saúde (CIVS) - (Mandato 2018-2021)
7.CARMEN LUCIA LUIZ	Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher (CISMU) - (Mandato 2015-2018)
8.CLÁUDIO FERREIRA DO NASCIMENTO	Comissão Intersectorial de Saúde Bucal (CISB) - (Mandato 2015-2018)
9.CLEONEIDE PAULO OLIVEIRA PINHEIRO	Mesa Diretora (Mandato 2015-2018)
10.DENISE TORREÃO CORRÊA DA SILVA	Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CISTT)
11.DOUGLAS VINICIUS PEREIRA	Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) - (Mandato 2015-2018)
12.ELAINE JUNGER PELAEZ	Mesa Diretora (Mandato 2018-2021)
13.FERNANDO LELES	Convidado Opas
14.FERNANDO ZASSO PIGATTO	Comissão Intersectorial de Vigilância em Saúde (CIVS) (Mandato 2015-2018)

MEMBRO	REPRESENTAÇÃO
15.FRANCISCA RÊGO OLIVEIRA ARAÚJO	Mesa Diretora (Mandato 2015-2018)
16.FRANCISCA VALDA DA SILVA	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep)
17.GEORDECI MENEZES DE SOUZA	Mesa Diretora (Mandato 2015-2018)
18.GERALDO ADÃO SANTOS	Comissão Intersectorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida (CIASCV) - (Mandato 2015-2018)
19.GETÚLIO VARGAS JÚNIOR	Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento (COFIN) - (Mandato 2018-2021)
20.HAROLDO JORGE DE CARVALHO PONTES	Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)
21.JOANA BATISTA OLIVEIRA LOPES	Comissão Intersectorial de Saúde Bucal (CISB) - (Mandato 2018-2021)
22.JOSÉ ARAÚJO DA SILVA	Comissão Intersectorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida (CIASCV) - (Mandato 2018-2021)
23.JURANDI FRUTUOSO	Mesa Diretora (Mandato 2018-2021)
24.LENISE APARECIDA MARTINS GARCIA	Comissão Intersectorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (CICTAF) - (Mandato 2015-2018)
25.MARIA ANGELICA ZOLLIN DE ALMEIDA	Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) - (Mandato 2018-2021)
26.MARISA HELENA ALVES	Comissão Intersectorial de Saúde Mental (CISM) – (Mandato 2018-2021)
27.MARYLENE ROCHA DE SOUZA	Ministério da Saúde.
28.Moysés Toniollo DE SOUZA	Comissão Intersectorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias (CIASPP) - (Mandatos 2015-2018 e 2018-2021)

MEMBRO	REPRESENTAÇÃO
29.NEILTON ARAUJO DE OLIVEIRA	Mesa Diretora (Mandatos 2015-2018 e 2018-2021)
30.NELSON AUGUSTO MUSSOLINI	Mesa Diretora (Mandato 2015-2018)
31.Priscilla Viégas BARRETO DE OLIVEIRA	Comissão Intersectorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência (CIASPD) - (Mandato 2015-2018)
32.RILDO MENDES	Mesa Diretora (Mandato 2015-2018)
33.RONALD FERREIRA DOS SANTOS	Mesa Diretora (Mandato 2015-2018)
34.RUTH CAVALCANTI GUILHERME	Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) - (Mandato 2018-2021)
35.SHIRLEY MARSHAL DIAZ MORALES	Comissão Intersectorial de Saúde Suplementar (CISS) - (Mandatos 2015-2018)
36.SIMONE MARIA LEITE BATISTA	Comissão Intersectorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CIPPSPICS) (Mandatos 2015-2018 e 2018-2021)
37.SOLIMAR VIEIRA DA SILVA MENDES	Comissão Intersectorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (CICTAF) - (Mandato 2018-2021)
38.SUELI TEREZINHA GOI BARRIOS	Comissão Intersectorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPECSS) - (Mandatos 2015-2018 e 2018-2021)
39.TATHIANE AQUINO DE ARAÚJO	Comissão Intersectorial de Políticas de Promoção da Equidade (CIPPE) - (Mandato 2015-2018)
40.VÂNIA LÚCIA FERREIRA LEITE	Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI) - (Mandatos 2015-2018)
41.VANJA ANDRÉA SANTOS	Mesa Diretora (Mandato 2018-2021)
42.WANDERLEY GOMES DA SILVA	Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento (COFIN) - (Mandato 2015-2018)
43.ZAIRA MARIA TRONCO SALERNO	Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) - (Mandato 2015-2018)

ESTRUTURA DA COMISSÃO ORGANIZADORA DA 16ª CONFERÊNCIA

Estrutura	Representante
Coordenador Geral	Fernando Zasso Pigatto
Coordenador Adjunto	Ronald Ferreira dos Santos
Secretário Geral	Geordeci Menezes de Souza
Relatora Geral	Francisca Rêgo Oliveira Araújo
Coordenador de Comunicação, Informação e Acessibilidade	Wanderley Gomes da Silva
Coordenador de Articulação e Mobilização	Getúlio Vargas Júnior
Coordenadora de Infraestrutura e Acessibilidade	Zaira Maria Tronco Salerno
Coordenadora de Cultura e Educação Popular	Simone Maria Leite Batista
Comitê Executivo	
Representação	Representante
Secretaria Executiva do CNS	Ana Carolina Dantas Souza
	Marco Aurélio Pereira
Comissão Organizadora da 16ª CNS	Fernando Zasso Pigatto
	Ronald Ferreira dos Santos
Ministério da Saúde	Daniela de Carvalho Ribeiro
	Márcia Helena Leal
Assessoria Técnica / Conselho Nacional de Saúde	Maria Eugênia C. Cury

Comissão de Relatoria

Atribuições

- Promover o encaminhamento, em tempo hábil, dos relatórios das Conferências Estaduais e do Distrito Federal à Comissão Organizadora da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8);
- Orientar o processo de trabalho dos relatores das Plenárias e dos Grupos de Trabalho;
- Consolidar os Relatórios da Etapa Estadual e do Distrito Federal e prepará-los para distribuição às Delegadas e aos Delegados da Etapa Nacional;
- Sistematizar a produção dos Grupos de Trabalho;
- Coordenar a elaboração e a organização das moções de âmbito nacional e internacional, aprovadas na Plenária Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8)
- Estruturar o Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) a ser apresentado ao CNS e ao Ministério da Saúde; e
- Reunir os textos das apresentações dos expositores para fins de registro e divulgação.

Breve Narrativa das Atividades

A Comissão de Relatoria, ao longo do processo da construção coletiva da 16ª Conferência, realizou sete reuniões com o intuito de organizar sua metodologia de trabalho e desenhar toda a logística de funcionamento das atividades de relatos e memórias das Conferências de Saúde.

O trabalho foi desenvolvido, seguindo uma trajetória que imprimiu ações ao longo de dois anos, passando pela colaboração na construção do documento orientador, elaboração das diretrizes e orientações para a relatoria das etapas municipais, estaduais e distrital e nacional.

Foi propositora da primeira pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, com protocolo autorizado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), intitulada “Democracia é Saúde: estudos integrados da participação social na 16ª. CNS”. Para viabilizar sua realização construiu parcerias com a Rede Unida, LAPPACS/UFRGS, UFRN e a Fiocruz que agregaram recursos técnicos, logístico e operacionais previstos no projeto, organizou e acompanhou a execução da pesquisa até a etapa nacional e as atividades da própria Comissão.

Realizou reuniões de planejamento e preparação das atividades pré Conferência junto aos pesquisadores e colaboradores da pesquisa, bem como junto aos relatores nacionais. Durante a Conferência pesquisadores e relatores compartilharam espaço e tarefas que foram realinhadas e resignificadas a cada demanda. E após a Conferência pesquisadores e relatores trabalharam na sistematização do Relatório da 16ª Conferência utilizaram as evidências produzidas pela pesquisa sobre o cenário das conferências das etapas e o perfil dos

participantes nesta primeira publicação do Relatório da 16ª Conferência.

O Relatório Final aprovado na 16ª Conferência, teve como base o consolidado das conferências estaduais, um dispositivo com força social e política capaz de enfrentar o clima de instabilidade e incerteza que ameaçam o acesso universal constitucional e o próprio SUS diante da institucionalização do desfinanciamento implantado com a EC 95/2016 que associa a concepção das desvinculação de receitas das políticas públicas e de direitos com a decisão de governo de implantar a recessão econômica como estratégia para alcançar o ajuste fiscal. (Machado, 2019)

A 16ª Conferência mobilizou corações e mentes, sonhos e reuniu coletivos em atuação nas lutas por direitos, um processo potente que configura-se como um marco na participação social na saúde na conjuntura atual e demandou à Relatoria tarefas e responsabilidades que resultou na produção do relatório de diretrizes e propostas, moções e recomendações para o PPA encaminhados à Comissão Organizadora e Mesa Diretora, sendo submetido à apreciação e deliberação do Pleno do Conselho Nacional de Saúde, resultando em recomendações e resolução do CNS.

Obviamente é um trabalho de colaboração mútua, intersetorial, intercomissões de gentes que acreditam na construção coletiva e na gestão participativa. Para tanto, a contamos com mais de 250 colaboradores que trabalharam em importante parceria composta pela equipe de relatores e a equipe de pesquisa, mobilizando mais de 500 colaboradores de forma direta ou indiretamente.

Composição:

MEMBRO TITULAR	REPRESENTAÇÃO	ENTIDADE
FRANCISCA RÊGO OLIVEIRA ARAÚJO	Coordenação Geral	
Entidades de trabalhadores/as	ABENFISIO	
ADELINA MARIA MELO FEIJÃO	Gestores/as e Prestadores/as	DENASUS/MS
ALCINDO ANTÔNIO FERLA	Entidades de trabalhadores/as	REDE UNIDA
ANDRÉ PERES BARBOSA DE CASTRO	Gestores/as e Prestadores/as	SVS/MS
CARMENCITTA IGNATI	Entidades de usuários/as	MOPS
CLÁUDIA RIBEIRO DA CUNHA FRANCO	Entidades de trabalhadores/as	CNTSS
DALMARE ANDERSON BEZERRA DE OLIVEIRA SÁ	Entidades de usuários/as	ANPG
ENI CARAJÁ FILHO	Entidades de usuários/as	MORHAN
IARA CAMPOS ERVILHA	Gestores/as e Prestadores/as	SVS/MS
IVONE MARTINI DE OLIVEIRA	Entidades de trabalhadores/as	COFEN
LENISE APARECIDA MARTINS GARCIA	Entidades de usuários/as	CNBB
MARIANA RESENDE	Gestores/as e Prestadores/as	SVS/MS
RAYANNE CRISTINE MÁXIMO FRANÇA	Entidades de usuários/as	COIAB
ROSIANE DANTAS PACHECO	Entidades de usuários/as	ANEPS
VALDEVIR BOTH	Entidades de trabalhadores/as	REDE UNIDA/CEAP

Convidados Colaboradores da Comissão de Relatoria:

MEMBRO TITULAR	REPRESENTAÇÃO	ENTIDADE
DAVI VITAL DO ROSÁRIO	Entidades de usuários/as	FENAFAL
DÉBORA RAYMUNDO MELECCHI	Entidades de trabalhadores/as	FENAFAR
EDUARDO BONFIM DA SILVA	Entidades de usuários/as	DIESAT
FRANCISCA VALDA DA SILVA	Entidades de trabalhadores/as	ABEn
GEORDECI MENEZES DE SOUZA	Entidades de usuários/as	CUT
JULIANA ACOSTA SANTORUM		CEBES
MÁRCIA BEGHINI ZAMBRIM	Entidades de usuários/as	CNBB
MARIA FRANCISCA SANTOS ABRITTA MORO		CGU
MOACIR TAVARES MARTINS FILHO	Gestores/as e Prestadores/as	Conass
Assessoria Técnica / Conselho Nacional de Saúde	Eliana Bohland	

Comissão de Comunicação e Informação e Acessibilidade

Atribuições

- Promover ampla divulgação da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8) nos meios de comunicação social, inclusive o virtual;
- Promover a divulgação do Regimento da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8);
- Orientar as atividades de Comunicação Social da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8);
- Promover ampla divulgação da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8) nos meios de comunicação social, inclusive o virtual;
- Articular, em conjunto com a Secretaria Executiva do CNS e órgãos de comunicação do Ministério da Saúde, a elaboração de um plano geral de Comunicação Social da Conferência; e
- Assegurar que todo o material da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8) seja produzido de maneira a garantir acessibilidade, conforme disposto no Manual de Acessibilidade da CISP/D/CNS.

Breve Narrativa das Atividades

A Comissão de Comunicação da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) foi fundamental para os registros da diversidade que compôs o processo do maior evento participativo do Brasil. Uma série de reuniões ocorreram no decorrer dos meses que antecederam a etapa nacional, onde foram definidas estratégias para que fosse possível retratar a história de forma panorâmica, tentando dar conta da infinidade de detalhes e especificidades que o evento carrega na sua gênese.

Nesse processo, a equipe de comunicação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi essencial, pois executou inúmeras tarefas, de forma simultânea, além de trazer ideias plurais que resultaram num grande acervo da participação social brasileira na saúde, contando narrativas em fotos, vídeos, textos, transmissões ao vivo e artes gráficas que lançam olhares sobre as múltiplas perspectivas da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como rege a Constituição de 1988.

A Comunicação do CNS definiu com antecedência um Manual de Cobertura Colaborativa, onde as entidades que realizaram etapas preparatórias puderam se subsidiar na produção de conteúdos e compartilhá-los de forma sistemática. Com um site específico do evento, todos os materiais gráficos foram disponibilizados de forma aberta para os realizadores das mais de quatro mil conferências preparatórias, que puderam, num fluxo, sob tutoria dos profissionais de comunicação do CNS, fazer com que as informações ganhassem abrangência nacional.

A Comunicação do CNS e do Ministério da Saúde (MS)

também contou com 15 jornalistas parceiros das entidades: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Movimento de Reintegração Hanseniano (Morhan), Conselho Federal de Psicologia (CFP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Projeto Sífilis, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), MS e Opas, além de uma série de comunicadores livres que potencializaram as ações de forma estratégica.

Foram produzidas 7 lives temáticas, além das transmissões diárias, nos dois turnos, durante os 4 dias de evento; 183 matérias, releases, notícias ou reportagens; 8.443 fotos; 153 vídeos; 1.343 peças gráficas; 1 hot site. Nesse período, os esforços em assessoria de imprensa do CNS conseguiram pautar de forma positiva, em diferentes veículos, a 16ª Conferência com 427 inserções. Todo o material está disponível nas redes sociais oficiais (Facebook, Twitter, Instagram, Youtube e Flickr), no site do CNS e no hot site do evento.

MEMBRO TITULAR	REPRESENTAÇÃO	ENTIDADE
WANDERLEY GOMES DA SILVA	Coordenação Geral Entidades de usuários/as	CONAM
GILSON SILVA	Entidades de usuários/as	Força Sindical
HELIANA HEMETÉRIO	Entidades de usuários/as	ABGLT
MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA	Entidades de usuários/as	UNEGRO
ARTUR CUSTÓDIO MOREIRA DE SOUSA	Entidades de usuários/as	Morhan
PUYR DOS SANTOS TEMBÉ	Entidades de usuários/as	COIAB
PRISCILA TORRES DA SILVA	Entidades de usuários/as	Superando Lúpus
MOYSÉS LONGUINHO TONIOLO	Entidades de usuários/as	ANAIDS
CLEUZA FAUSTINO	Entidades de trabalhadores/as	FENASPS
MIRIAM OLIVEIRA	Entidades de trabalhadores/as	CNTSS
DERIVAN BRITO DA SILVA	Entidades de trabalhadores/as	ABRATO
RUTH BITTENCOURT	Entidades de trabalhadores/as	CFESS
AEDÊ CADAXA	Gestores/as e Prestadores/as	SVS/MS
JOSÉ VIANA	Gestores/as e Prestadores/as	SVS/MS

Assessoria Técnica / Conselho Nacional de Saúde – Laura Janice X. Fernandes

Comissão de Infraestrutura e Acessibilidade

- Envidar todos os esforços necessários ao cumprimento das condições de infraestrutura e acessibilidade necessárias à realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), referentes ao local, equipamentos e instalações audiovisuais, reprografia, comunicações, hospedagem, transporte, alimentação, tradutor de sinais;
- Supervisionar, juntamente com a Comissão Organizadora, a prestação de contas de todos os recursos destinados à realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- Propor os meios de acessibilidade, com vistas a incluir pessoas com deficiência e outras necessidades especiais, asseguradas condições para sua efetiva participação, nos termos do Manual de Acessibilidade da CIASPD/CNS; e

Breve Narrativa das Atividades

A comissão de Infraestrutura e acessibilidade avaliou que em meio aos desafios que se apresentaram não faltou determinação e objetivo para concluir a conferência da melhor forma possível, com soluções às demandas que se apresentaram. Acolher a todos os participantes e oferecer o melhor em termo de infraestrutura e acessibilidade, transporte, alimentação, hospedagem, credenciamento, o fluxo e a sinalização das atividades suscitou de todos os envolvidos despendimento, compromisso e afeto, gerando uma boa energia que vinculou pessoas ao propósito do evento. A experiência vivida serviu de grande aprendizado, revelando situações e contextos na oferta de serviços e atividades que são essenciais para o alcance de melhores resultados nas próximas Conferências.

MEMBRO TITULAR	REPRESENTAÇÃO	ENTIDADE
ZAIRA MARIA TRONCO SALERNO	Coordenação Geral Entidades de trabalhadores/as	ASBRAN
MARIA DO CARMO T. RIBEIRO	Entidades de usuários/as	ABRA
MARISA FURIA SILVA	Entidades de usuários/as	ABRA
VÂNIA LÚCIA FERREIRA LEITE	Entidades de usuários/as	Pastoral da Criança
JOSÉ ARAÚJO DA SILVA	Entidades de usuários/as	PPI
EDISSON JOSÉ SOUZA CAMPOS	Entidades de usuários/as	MNPR
ANTÔNIO MUNIZ DA SILVA	Entidades de usuários/as	ONCB
KAIULU YAWALAPITI	Entidades de usuários/as	COIAB
LUIZ ANÍBAL VIEIRA MACHADO	Entidades de usuários/as	NCST
GIOVANNA BASTOS	Entidades de trabalhadores/as	SBFa
JOSÉ BONIFÁCIO	Entidades de trabalhadores/as	CNTSS
PATRÍCIA SOUZA	Entidades de trabalhadores/as	ABRATO
LUANA BRAGA	Entidades de trabalhadores/as	CFESS Frente Nacional Contra privatização da Saúde/FNCPS
IEDA FORNAZIER	Gestores/as e Prestadores/as	SVS/MS
JOÃO LIMA	Gestores/as e Prestadores/as	SVS/MS

Assessoria Técnica / Conselho Nacional de Saúde – Carolina Terra Magagnin e Wagner de Almeida Muniz

Comissão de Mobilização e Articulação

- Estimular a organização e a realização de Conferências de Saúde em todos os Municípios, Estados e no Distrito Federal, em todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- Mobilizar e estimular a participação paritária das Usuárias e dos Usuários em relação ao conjunto das Delegadas e dos Delegados de todas as etapas da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- Mobilizar e estimular a participação paritária das trabalhadoras e dos trabalhadores de saúde em relação à soma das Delegadas e dos Delegados gestores e prestadores de serviços de saúde;
- Fortalecer e articular o intercâmbio Estado-Estado e Distrito Federal e incentivar a troca de experiências positivas sobre o alcance do tema das etapas Estadual, do Distrito Federal e Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- Garantir a articulação dos movimentos sociais, populares e sindicais para a realização de ato político, em cada uma das 03 (três) etapas, com vistas a sensibilizar a opinião pública para o tema e os eixos temáticos da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);

Breve Narrativa das Atividades

A Comissão de Articulação e Mobilização considera que realizou satisfatoriamente suas atribuições por meio de parceria com as outras comissões, a exemplo da Comissão de Comunicação e Cultura, visando dar maior transversalidade aos resultados esperados, isto é, ampliar adesão e a inclusão de novos agentes na de-

fesa do SUS, além de incentivar a inserção da população nas etapas preparatórias, municipais e estaduais da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Assim, foram feitas ações de conscientização pedagógica, enviando oficialmente para diversos entes, entidades e instituições documentos sobre a importância da participação efetiva das suas respectivas bases de apoio. Em outro sentido, ficou também sob responsabilidade desta Comissão, a parte destinada a concretizar e viabilizar o “Ato Unificado: Saúde, Democracia e Direitos para Todos/as” visando envolver todos os movimentos sociais locais do Distrito Federal, independente da área de atuação, na

busca da garantia do direito à saúde e no respeito aos seus princípios, razão pela qual foram fechados acordos e cotas de colaboração com parlamentares, sindicatos e associações para alcançarmos nosso objetivo de termos um período onde tantos os participantes da 16ª (delegados/as, convidados/as e pesquisadores/as) quanto os militantes se encontrassem levando suas bandeiras de luta em prol da Saúde Pública de Qualidade, o que originou a presença de aproximadamente 4.500 pessoas no Museu Nacional em Brasília/DF, na segunda-feira, dia 5 de Setembro.

MEMBRO TITULAR	REPRESENTAÇÃO	ENTIDADE
GETÚLIO VARGAS JÚNIOR	Coordenação Geral Entidades de usuários/as	CONAM
DJERLLY MARQUES ARAUJO DA SILVA	Entidades de usuários/as	DENEM
ELIANA F. KARAJA MARTINS	Entidades de usuários/as	COIAB
FERNANDA MAGANO	Entidades de trabalhadores/as	FENAPSI
JOSÉ DE RIBAMAR ARAÚJO MARQUES	Entidades de usuários/as	MNPR
NARA MONTE ARRUDA	Entidades de usuários/as	UNE
NEILA LOPES	Entidades de usuários/as	ANEPS
SANDRA OLIVEIRA	Entidades de trabalhadores/as	CNTSS
SAYONARA QUEIROZ	Entidades de trabalhadores/as	ABRATO

Comissão de Cultura e Educação Popular

- Identificar grupos de arte e cultura, especialmente aqueles que desenvolvem ações no âmbito da saúde e mobilizá-los para participar do processo de construção da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- Participar diretamente da organização da Programação Cultural da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8);
- Promover grande ato político-cultural durante a Etapa Nacional da 16ª CNS (8ª+8) objetivando inserir o tema da conferência nas mídias sociais e na agenda cultural da cidade com vistas a ampliar a relevância sociocultural da conferência;
- Contribuir com a construção metodológica da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), identificando e compartilhando referências, dinâmicas, vivências e práticas que promovam o diálogo e articulação entre o saber e o protagonismo popular no âmbito da Conferência;
- Assessorar a Coordenação de Infraestrutura no que concerne às condições de acessibilidade contemplando as particularidades socioculturais e regionais dos diferentes grupos sociais presentes, como também no cuidado à saúde disponibilizado aos participantes;
- Propor práticas e dinâmicas de acolhimento e de humanização no espaço da Etapa Nacional da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

Breve Narrativa das Atividades

A Comissão de Cultura e Educação Popular contou com 14 pessoas de várias entidades que compõem o Conselho Nacional de Saúde e que foi responsável pela organização da Tenda de Educação Popular em Saúde Paulo Freire (SUS EmCena) e o Espaço de Cuidados Neide Rodrigues que aglutinou e garantiu ambiente propício para a liberdade de expressão, diálogo entre saberes populares e técnico científicos, contemplando além do bom debate, a diversidade do povo brasileiro e de expressões da arte popular, cultural, crenças, de vivências e práticas realizadas no cotidiano. Esses espaços constituíram enquanto lugar de afeto e cuidado, ampliando as reflexões da educação popular no campo da Saúde e sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS).

Trazer a educação popular e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) para um plano institucional é de grande relevância para a construção do SUS em termos de universalidade, integralidade, equidade e participação social.

As atividades desses espaços, confirmaram a sua importância na prevenção de doenças, na promoção da saúde, no fortalecimento da democracia e dos direitos sociais. Vale lembrar ainda a integração da Tenda Paulo Freire e das PICS com os serviços do Posto de Atendimento de Urgência e Emergência - medicina convencional - de forma paralela e complementar de cuidados com a saúde dos participantes da 16ª Conferência.

MEMBRO TITULAR	REPRESENTAÇÃO	ENTIDADE
SIMONE MARIA LEITE BATISTA	Coordenação Geral Entidades de usuários/as	ANEPS
ANA CLEBEA N. PINTO DE MEDEIROS	Entidades de usuários/as	Femama
ANA LÚCIA MARÇAL	Entidades de usuários/as	Superando Lúpus
DARCY DA SILVA COSTA	Entidades de usuários/as	MNPR
DELMIRO JOSÉ CARVALHO FREITAS	Entidades de usuários/as	ARTGAY
DOUGLAS VINÍCIUS REIS PEREIRA	Entidades de usuários/as	DENEM
ELIANE CUNHA	Entidades de trabalhadores/as	UNASUS
FABRÍCIO RIBEIRO	Entidades de trabalhadores/as	ABRATO

JOSÉ VANILSON TORRES DA SILVA	Entidades de usuários/as	MNPR
MARIA DE FÁTIMA VELOSO CUNHA	Entidades de trabalhadores/as	CNTSS
MARYLENE ROCHA DE SOUZA	Gestores/as e Prestadores/as	Gabinete
SARLENE M. SILVA	Entidades de usuários/as	COIAB
TALITA FREITAS	Entidades de trabalhadores/as	SBFa
VALÉRIA CRISTINA DE A. BRITO	Gestores/as e Prestadores/as	SVS/MS

Assessoria Técnica / Conselho Nacional de Saúde – Neuza Viana Castanha e Andrey Roosewelt Chagas Lemos



10. FICHA TÉCNICA

Presidente do CNS

Fernando Zasso Pigatto

Confederação Nacional das Associações de Moradores
- Conam

Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde

André Luiz de Oliveira

Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB

Moysés Toniollo

Articulação Nacional da Aids - Anaids

Vanja Andréia

União Brasileira de Mulheres - UBM

Elaine Junger Pelaez

Conselho Federal de Serviço Social - CFESS

Priscilla Viégas

Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais -
Abrato

Jurandir Frutuoso

Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass

Neilton Araújo dos Santos

Ministério da Saúde

Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde

Ana Carolina Dantas Souza

Secretária Executiva do CNS

Marco Aurelio Pereira

Secretário Executivo Substituto

Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde

Adriana Lemos dos Santos
Agda Cristina Santos Bernardes
Andrey Roosevelt Chagas Lemos
Carolina Terra Magagnin
Claudia karoline dos Santos Macedo
Cristiane Pereira Dos Santos
Danilo César Castro Lima
Deise Cristiane Rodrigues dos Santos
Denise de Paula Cardoso
Djeimy Luzia Biesek
Eliana Bohland
Erlen da Silva Matta
Eveni Meireles Costa dos Santos
Francisca Francineide Vieira da Silva
Francisco Rozsa Funcia
Fredson Oliveira Carneiro
Jaci de Jesus Santos Silva
Jessica Mayara Silva Oliveira
Júlia Fonseca Trindade
Juliana Mendes Astun
Laura Janice Xavier Fernandes
Lidia Pinheiro Gilson
Lizandra Nunes Coelho Conte
Lucas Betti de Vasconcellos
Lucas Santiago Gonçalves dos Anjos
Maicon Vinicius de Camargo
Maria Camila Borges Faccenda
Maria do Socorro Pereira da Silva
Maria Eufrazia de Oliveira Lima
Maria Eugênia Carvalhaes Cury

Marimi Melo Da Silva
Marina Jonas Smith
Marta Valeria das Graças Miranda
Mirian Benites Falkenberg
Natalina de Andrade Campos
Neide Rodrigues dos Santos (in memoriam)
Neuza Viana Castanha
Nubia Brelaz Nunes
Patrícia Araújo Gonçalves
Priscila Paz Godoy
Rosa Amélia Pereira Dias
Suetônio Queiroz de Araujo
Viviane Claudino da Silva
Wagner De Almeida Muniz
Willian de Lima Barreto

Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde

Lídia Maia

Equipe DataSUS

Gilson Fraga Guimarães
Gleide Isaac Costa Tanios Nemer
Juliana Pires de Abreu Batista
Marilene Souza das Virgens
Ricardo Silva Fernandes
Rosália Pereira Matos
Sandra Schmitt
Tania Maria Barbosa

