



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA SEPTUAGÉSIMA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

Aos doze dias do mês de agosto de 2021 realizou-se a Septuagésima Reunião Extraordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS, de forma remota, por meio de plataforma digital, com transmissão ao vivo pelo Youtube e Facebook do CNS, considerando o distanciamento como condição fundamental para o controle da pandemia da COVID-19. A sessão foi coordenada pelo conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, e demais integrantes da Mesa Diretora do CNS e contou com a participação de conselheiros e conselheiras nacionais de saúde titulares e de suplentes na ausência do titular. Às 8h40, o Presidente do CNS iniciou os trabalhos da sétima reunião virtual do CNS com saudações aos participantes e aos que acompanhavam a sessão em tempo real. Antes de proceder ao primeiro ponto da pauta, atualizou o quadro da COVID-19 no Brasil, destacando o número de óbitos (565.748 mil) e de casos confirmados (mais de 20 milhões, mesmo com subnotificação) e prestou solidariedade às famílias e amigos das vítimas e às pessoas que enfrentavam sequelas da doença. Neste triste cenário, reforçou que o controle social continuaria os esforços para transformar o luto em luta, com defesa da vida, do SUS e da democracia. Em seguida, houve um minuto de silêncio em memória das vítimas da COVID-19 no Brasil e no mundo. Na sequência, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, fez uma saudação inicial aos participantes da reunião e aos internautas que acompanharam a reunião em tempo real. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 69ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS. APROVAÇÃO DA PAUTA DA 70ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS - Apresentação:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DA ATA DA 69ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS –** O Presidente do CNS colocou em apreciação a ata que foi enviada previamente aos conselheiros. **Deliberação: a ata da 69ª Reunião Extraordinária do CNS foi aprovada por maioria, com abstenções. APROVAÇÃO DA PAUTA DA 70ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS –** O Presidente do CNS submeteu à votação a pauta da 70ª Reunião Extraordinária do CNS. **Deliberação: a pauta da 70ª Reunião Extraordinária do CNS foi aprovada por unanimidade.** Na sequência, a coordenação da mesa abriu a palavra para manifestações de representantes dos segmentos que compõem o CNS. Primeiro, interveio o conselheiro **Rodrigo Otávio Moreira da Cruz**, Secretário Executivo do Ministério da Saúde, que começou cumprimentando todos os participantes da reunião e destacando a importante contribuição do CNS no enfrentamento à pandemia da COVID-19. Destacou a redução do número de casos e de óbitos decorrentes da COVID-19 no país, todavia, salientou que era preciso ter cautela e não retroceder nas medidas já adotadas. No que se refere aos desafios, pontuou a baixa testagem no país e, para enfrentar esse problema, disse que Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS iniciariam projeto piloto para ampliar a realização de testes. Ponderou que, diante do arrefecimento da pandemia, a tendência era afrouxar as medidas de restrições, todavia a recomendação do Ministério da Saúde ainda era de cautela, por conta da circulação da variante Delta no país. Ressaltou que era preciso dar continuidade ao trabalho, inclusive como forma de homenagear as vítimas da pandemia e reiterou a importante atuação do Conselho neste cenário. Frisou a importância de fortalecer o SUS, que se mostrou essencial no enfrentamento do cenário de pandemia no país e reafirmou o compromisso do Ministério da Saúde com o enfrentamento da situação. Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS, saudou todas as pessoas que participavam da reunião e reforçou a importância da atenção do Ministério da Saúde a outras questões urgentes, além da pandemia da COVID-19. Citou, por exemplo, a área de saúde da mulher, manifestando preocupação com políticas implementadas pelo Ministério da Saúde que retrocedem em direitos já conquistados. Disse que a Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher - CISMu/CNS estava avaliando as

55 deliberações da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres e solicitou ao Secretário
56 Executivo do Ministério da Saúde que priorize este tema, com um olhar para as mulheres na
57 sua totalidade. Conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS,
58 fez um cumprimento aos participantes da reunião e destacou ser essencial olhar a saúde de
59 forma mais ampla, como produção coletiva de toda a classe trabalhadora. Também ressaltou a
60 necessidade de defender o controle social e a participação popular e, nessa linha, manifestou
61 preocupação com a revogação, por parte do Ministério da Saúde, no dia 6 de agosto de 2021,
62 da resolução do CNS que aprova as propostas da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Frisou
63 que as deliberações das Conferências de Saúde, construídas de forma coletiva e legítima por
64 milhares de pessoas, precisam ser respeitadas e consideradas nas definições das políticas de
65 saúde. Fechou sua fala reiterando a defesa incansável do SUS integral, equânime, universal e
66 de qualidade. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, após saudação aos
67 participantes da reunião e aos internautas, pontuou desafios que precisavam ser enfrentados.
68 No seu ponto de vista, o principal deles é ampliar a cobertura vacinal contra a COVID-19 e,
69 para isso, solicitou ao Ministério da Saúde que realize campanhas de conscientização sobre a
70 eficácia da vacina e o incentivo à vacinação, inclusive para impedir mortes evitáveis. Explicou
71 que, de acordo com a pesquisa realizada pela Info Tracker, plataforma de monitoramento da
72 pandemia vinculada à Universidade de São Paulo - USP e à Universidade Estadual de São
73 Paulo - Unesp, após o início da imunização, apenas 3,7% das pessoas que morreram por
74 COVID-19 tinham o ciclo completo de vacinas. Por outro lado, 95% das pessoas internadas na
75 cidade do Rio de Janeiro não tomaram nem a primeira dose. Lembrou que havia redutos no
76 Brasil inteiro onde a politização sobre a importância da vacina estava causando mortes, por
77 ignorância e falta de campanhas que façam uma comunicação em saúde. Afora essa questão,
78 salientou a importância de reafirmar as propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de
79 Saúde e, inclusive, lembrou que o Plano Nacional de Saúde, revisado em 2021, considera a
80 importância dessas deliberações para enfrentar os desafios relativos às demandas de saúde
81 da população. Finalizando, destacou a importância de trabalhar a saúde no país com
82 responsabilidade dos três poderes. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora
83 do CNS, pontuou que as falas reforçaram a responsabilidade e os desafios a serem
84 enfrentados, do ponto de vista do controle social e da gestão. Além das atividades do
85 Conselho, reconheceu o importante trabalho interno feito pelas entidades que compõem o
86 Conselho. Também, aproveitou para elogiar a assessoria responsável pela elaboração das
87 atas do Conselho, pelo zelo na redação do texto, com registro de forma fidedigna e clara dos
88 debates e das deliberações do Plenário do Conselho, especialmente neste momento de
89 reuniões remotas. O Presidente do CNS agradeceu as manifestações e salientou a importância
90 de fazer com que as deliberações do Conselho sejam colocadas em prática. Além disso, frisou
91 ser essencial dar seguimento às ações, reafirmando processos democráticos, sem retroceder
92 nas conquistas, especialmente na democracia participativa. **ITEM 2 – EXPEDIENTE –**
93 **Informes. Justificativas de ausências. Apresentação de novos (as) Conselheiros (as)**
94 **Nacionais de Saúde. Indicações ad referendum do Pleno. Relatório da Mesa Diretora do**
95 **CNS - Apresentação:** Conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do
96 CNS; e **Ana Carolina Dantas**, Secretária Executiva do CNS. **JUSTIFICATIVAS DE**
97 **AUSÊNCIAS - Altamira Simões dos Santos de Souza; Ana Lúcia da Silva Marçal**
98 **Paduello; Antônio Lacerda Souto; Antônio Magno de Sousa Borba; Bruno César Almeida**
99 **de Abreu; Dulcilene Silva Tiné; Gerídice Lorna Andrade de Moraes; Helenice Yemi**
100 **Nakamura; José Eri Borges de Medeiros; Jupiara Gonçalves de Castro; Jurandi Frutuoso**
101 **Silva; Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes; Marisa Helena Alves; Raphael Câmara**
102 **Medeiros Parente; Rildo Mendes; Robson Santos da Silva; e Shirley Marshal Diaz**
103 **Morales.** Participaram da reunião na condição de integrantes da Mesa Diretora do CNS, não
104 na titularidade: **Moysés Longuinho Toniolo de Souza; e Vanja Andréa Reis dos Santos.** O
105 Ministro de Estado da Saúde, Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga, não pôde participar da
106 reunião por conta de atividade externa e foi representado na sessão pelo conselheiro **Arnaldo**
107 **Correia de Medeiros.** **INFORMES** - Conforme definido pela Resolução do CNS n.º. 645/2020,
108 os informes são encaminhados previamente à Secretaria-Executiva do CNS e lidos durante a
109 reunião, sem debate. **1) Informe da Secretaria Executiva do CNS.** Na 69ª Reunião
110 Extraordinária do CNS, foi aprovado o calendário eleitoral do Conselho, com destaque para as
111 seguintes datas: 15 de dezembro: reunião ordinária do CNS; 16 de dezembro – posse dos
112 conselheiros eleitos; e 17 de dezembro – 1ª reunião ordinária do CNS com a nova composição
113 (anteriormente, a reunião ordinária do mês de dezembro estava prevista para os dias 8 e 9). **2)**
114 **Informes encaminhados pela conselheira Debora Melecchi, Federação Nacional dos**

115 Farmacêuticos – FENAFAR. **a)** Andamento do Projeto Integra. O lançamento ocorreu em 14 de
116 junho de 2021 e a aula magna foi no dia 6 de agosto, com a participação de Jarbas
117 Barbosa, Vice Diretor Geral da Organização Pan-Americana da Saúde. 1800 pessoas
118 inscritas. Diante do número elevado de interessados, haverá duas turmas de capacitação, que
119 compõem a 1ª fase: 1ª turma, já em execução, com 430 participantes de todos os estados e
120 DF. Das 117 macrorregiões de saúde, apenas cinco não têm participantes, sendo uma em
121 cada estado (BA, MS, MT, RJ, SP); portanto, uma representatividade ampla, territorialmente.
122 Há 1370 pessoas em lista de espera, que serão chamadas para compor a 2ª turma, que
123 contará com 300 a 400 participantes. **b)** A CICTAF/CNS fará ampla divulgação, com o apoio da
124 ASCOM, das atividades: Seminário Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD na Saúde: o CNS
125 como articulador dos interesses da sociedade brasileira em Defesa da Vida, nos dias 22 e 23
126 de setembro de 2021. Em conjunto com a CIASPP: Seminário 1: Agenda de produção nacional
127 de medicamentos para populações negligenciadas e patologias desassistidas pela Assistência
128 Farmacêutica, final do mês de agosto; e Seminário 2: Proposta de Política de Imunobiológicos
129 e Biossimilares, data a ser agendada. **c)** Agradecimento como integrante e coordenadora do
130 GT PNIIS, à conselheira Gerídice Lorna Andrade de Moraes (segmento dos usuários) e ao
131 conselheiro Rodrigo César Faleiros de Lacerda (segmento dos gestores/prestadores) e à
132 assessoria técnica de Suetônio Queiroz de Araújo e de Gustavo Cabral, ambos da Secretaria-
133 Executiva do CNS, pelos 10 meses de trabalho intenso, com a realização de 38 reuniões que
134 culminou na Resolução nº 659, que dispõe sobre a Política Nacional de Informação e
135 Informática em Saúde - PNIIS, que traduz as definições do controle social, a partir da 1ª
136 Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (2017), da 8ª+8 Conferência Nacional de Saúde (2019)
137 e todo o acúmulo de debates e definições do CNS. E destaque, *in memoriam*, para o conselheiro
138 Wanderley Gomes da Silva que perdeu a vida para a Covid-19. Companheiro para todos os
139 momentos, com experiência e vivência no controle social, contribuiu para o andamento deste
140 Grupo de Trabalho. **3)** Informes encaminhados pelo conselheiro **José Vanilson Torres**,
141 Movimento Nacional de População de Rua – MNPR. **a)** A I Jornada Direitos da Rua no Brasil
142 iniciou-se no dia 23 de julho de 2021, simbolizando o massacre da Candelária, e encerra-se em
143 19 de agosto, dia em que aconteceu o massacre contra a população em situação de rua no
144 Brasil, na Praça da Sé, em São Paulo. A jornada é coordenada por um coletivo de
145 organizações e movimentos da sociedade civil que atuam de forma direta com pessoas em
146 situação de rua (crianças, adolescentes e adultos), trabalhadoras (es) sexuais e trabalhadoras
147 (es) catadoras (es) de materiais recicláveis. Até o momento, compõem esse grupo: Associação
148 Nacional dos Centros de Defesa da Criança e do Adolescente - ANCED; Articulação Nacional
149 de Profissionais do Sexo - ANPROSEX; Projeto Axé Brasil - AXÉ; Clínica de Direitos Humanos
150 Luiz Gama – USP - CDHLG; Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Padre
151 Marcos Passerini - CDMP; Rede Nacional Criança não é de Rua - CNER; Central Única dos
152 Trabalhadores e Trabalhadoras Sexuais - CUTS; Fórum dos Direitos da Criança e do
153 Adolescente do Pará - FDCA PA; Fórum Nacional da População de Rua - FNPR; Grito dos
154 Excluídos Continental; Instituto Nacional de Direitos Humanos da População de Rua - INRUA;
155 Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis - MNCR; Movimento Nacional dos
156 Meninos e Meninas de Rua - MNMMR; Movimento Nacional da População de Rua - MNPR;
157 Movimento pela Saúde dos Povos – Círculo Brasil - MSP; Ordem dos Advogados do Brasil –
158 Pará - OAB/PA; Associação Beneficente “O Pequeno Nazareno” - OPN; Pastoral do Menor -
159 PAMEN; Pastoral da Mulher Marginalizada - PMM; Projeto Meninos e Meninas de Rua -
160 PMMR; Pastoral do Povo da Rua - PPR; Programa Polos de Cidadania da UFMG; Associação
161 Rede Rua - RR; Rede Rio Criança - RRC; e Serviço Francisco de Solidariedade - SEFRAS. **b)**
162 Dia 19 de Agosto em todo o Brasil, será celebrado o dia de Luta do Movimento Nacional
163 População de Rua-MNPR em alusão ao massacre da Praça da Sé, em São Paulo, em que
164 quinze pessoas em situação de rua foram brutalmente agredidas e oito morreram. A partir
165 deste triste episódio surge o MNPR na luta pela garantia de direitos para e com a população
166 em situação de rua no Brasil. **4)** Informes encaminhados pela conselheira **Francisca Valda da**
167 **Silva**, da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn. **a)** No âmbito da Campanha “Proteger
168 o Trabalhador e a Trabalhadora é Proteger o Brasil” do CNS, 2ª Edição, foi realizada, em 28 de
169 julho, a live “Trabalho Invisível na Pandemia da Covid-19 e o papel do Controle Social”,
170 integrando as ações pelo Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e da Assistência,
171 definido pela Organização Mundial da Saúde, como o ano de 2021. A partir da apresentação
172 de dados da pesquisa “Trabalhadores Invisíveis da Saúde: Condições de Trabalho e Saúde
173 Mental no Contexto da COVID-19 no Brasil” e do “SmartLab – Observatório de Segurança e
174 Saúde no Trabalho” o evento trouxe à tona a importância dos trabalhadores dos setores da

175 saúde e demais atividades essenciais, que continuaram a desenvolver suas atividades
176 presencialmente e foram/são as categorias profissionais mais expostas à infecção,
177 adoecimento e morte pela COVID-19. O Conselho Nacional de Saúde coloca-se neste contexto
178 como órgão colegiado responsável por dar voz a estes trabalhadores invisíveis, na luta para
179 assegurar políticas públicas de proteção, reconhecimento e proteção efetivas dos mesmos. As
180 convidadas foram a Procuradora Regional do Ministério Público do Trabalho (MPT) Dra. Ileana
181 Neiva Mousinho e a Professora/Pesquisadora Maria Helena Machado, da Fiocruz. A Live foi
182 realizada em parceria entre a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da
183 Trabalhadora - CISTT e a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e relações de
184 Trabalho - CIRHRT, contando com a participação das conselheiras Ruth Cavalcanti Guilherme
185 (CISTT) e Francisca Valda da Silva (CIRHRT), como moderadoras, e da Conselheira Elgiane
186 Lago (Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil - CTB) e do Conselheiro Diego de
187 Ávila (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS), como
188 debatedores. **b)** A Coordenação da CIRHRT, juntamente com um grupo temático operativo
189 designado pela Comissão, e assessores técnicos, vêm trabalhando na construção de uma
190 "ferramenta/sistema" informatizado que pretende otimizar os procedimentos realizados pela
191 CIRHRT e sua Câmara Técnica na avaliação de cursos de graduação da área da saúde, no
192 âmbito do Sistema Federal de Ensino, segundo os critérios das Resoluções nºs 350/2005,
193 515/2016 e 569/2017. A "solução tecnológica" para apoio ao processo de avaliação de cursos
194 no CNS contará com um ambiente público de acesso aberto e um ambiente de acesso restrito,
195 por senha, de acordo com os perfis definidos e contará com um conjunto de funcionalidades
196 que permitirão, entre outros, o acesso dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde aos
197 Pareceres emitidos pelo CNS e a oferta pública de informações sobre as etapas regulatórias do
198 controle social na formação profissional em saúde, bem como a produção de redes de trocas
199 de informação. O trabalho está sendo desenvolvido por meio de Termo de Cooperação com a
200 Organização Pan-Americana da Saúde e será um marco importante no histórico de avaliação
201 de cursos desempenhado pelo CNS desde 1980. **APRESENTAÇÃO DE NOVOS (AS)**
202 **CONSELHEIROS (AS) NACIONAIS DE SAÚDE – I - Entidades e Movimentos de Usuários**
203 **do SUS - 2º Suplente:** Confederação Nacional das Associações de Moradores - (CONAM) -
204 Adriana Maria da Silva Oliveira - (Substituindo Wanderley Gomes da Silva). **II - Entidades**
205 **Nacionais dos Profissionais de Saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde**
206 **- 1º Suplente:** Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - (COFFITO) - Ricardo
207 Lotif Araújo - (Substituindo Wilen Heil e Silva). **INDICAÇÕES AD REFERENDUM DO PLENO –**
208 **1)** Indicações para compor a Comissão Executiva do CNS e a Comissão Organizadora da V
209 CNSM. Conforme a Resolução nº 660, de 5 de agosto de 2021, que dispõe sobre o Regimento
210 da V Conferência Nacional de Saúde Mental - V CNSM), a Comissão Executiva será composta
211 por sete representantes e a Comissão Organizadora da V CNSM será composta por dezesseis
212 membros podendo ou não ser Conselheiro (as). Seguindo esta Resolução, as indicações foram
213 as seguintes: **a)** Comissão Executiva: I – Coordenador (a) – Presidente do CNS: conselheiro
214 **Fernando Zasso Pigatto**; II – Secretário (a) Executivo (a) do Conselho Nacional de Saúde:
215 **Ana Carolina Dantas**; III - Coordenador Geral-Adjunto (a): Coordenador (a) da Comissão
216 Intersetorial de Saúde Mental: conselheira **Marisa Helena Alves**; IV - 01 (um) membro do
217 Ministério da Saúde: aguarda indicação; V - 01 (um) membro do Conselho Nacional dos
218 Secretários de Saúde (CONASS): aguarda indicação; VI - 01 (um) membro do Conselho
219 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS): aguarda indicação; e VII - 01
220 (um) membro da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD):
221 aguarda indicação. **b)** Comissão Organizadora da V CNSM: As indicações foram as seguintes:
222 I - um representante do Ministério da Saúde; aguarda indicação; II - um representante do
223 Conselho Nacional dos (as) Secretários (as) de Saúde – CONASS: aguarda indicação; III - um
224 representante do Conselho Nacional de Secretários (as) Municipais de Saúde – CONASEMS:
225 aguarda indicação; IV - um representante da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e
226 Outras Drogas (CGMAD): aguarda indicação; V - seis representantes da Comissão Intersetorial
227 de Saúde Mental – CISM: **Antônio Pitó**, Pastoral da Saúde Nacional; **Cleide Jane Figueiró**
228 **de Araújo**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Fernanda Rodrigues da**
229 **Guia**, Associação Nacional da Carreira de Desenvolvimento das Políticas Sociais – ANDEPS;
230 **Jeferson Rodrigues**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN; **José Vanilson Torres**,
231 Movimento Nacional População de Rua – MNPR; **Shirlene Queiroz de Lima**, Federação
232 Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; VI - dois representantes da Mesa Diretora do Conselho
233 Nacional de Saúde: **Moyisés Longuinho Toniolo de Souza**; e **Priscilla Viégas Barreto de**
234 **Oliveira**; VII - quatro conselheiros (as) aprovados(as) pelo Plenário do Conselho Nacional de

235 Saúde, sendo dois usuários(as) e dois trabalhadores (as): Usuários (as): **Altamira Simões dos**
236 **Santos de Souza** e **Luiz Aníbal Vieira Machado**, *Trabalhadores (as): Fernanda Lou Sans*
237 **Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; e **Edna Maria dos Anjos Mota**,
238 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. **Deliberação: as indicações foram aprovadas**
239 **em bloco, por maioria, com votos contrários e abstenções. RELATÓRIO DA MESA**
240 **DIRETORA DO CNS** – Conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do
241 CNS, apresentou o relatório das atividades da Mesa Diretora do CNS, no período de julho a
242 agosto de 2021. Começou destacando os posicionamentos recentes do CNS: defesa da
243 rejeição do Projeto de Lei - PL nº. 490/2007 e das teses jurídicas do marco temporal,
244 respeitando os direitos dos povos indígenas (Recomendação nº 16); Recomendação ao
245 Presidente da República para que adote medidas corretivas urgentes que promovam a
246 execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com celeridade. (Recomendação nº
247 017); Recomendação para prorrogação, em caráter de urgência, dos prazos de atuação dos
248 médicos no Programa Mais Médicos pelo Brasil, especialmente no contexto de pandemia da
249 Covid-19. (Recomendação nº 18); Recomendação à Comissão Especial da Câmara dos
250 Deputados o arquivamento imediato da PEC nº 32/2020 – Reforma administrativa
251 (Recomendação nº 19); Recomendação de ações contrárias à inclusão do termo “velhice” na
252 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID,
253 da Organização Mundial da Saúde- OMS. (Recomendação nº 20); e Nota Pública: CNS repudia
254 possível extinção do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do
255 Ministério da Saúde - DAF/MS, com divisão de suas atividades em outras secretarias, e solicita
256 informações do Ministério da Saúde. Destacou também a Resolução CNS nº 659, que aprova a
257 atualização da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – PNIIS e lembrou que,
258 em abril de 2021, o CNS criou um Grupo de Trabalho para analisar a proposta de atualização
259 da Política. O grupo produziu subsídios necessários para orientar a participação do controle
260 social no processo de atualização da proposta. Instituída em 2015, a Política orienta as ações
261 das unidades do Ministério da Saúde, dos gestores de saúde das três esferas de governo, das
262 entidades públicas e privadas de saúde, dos prestadores de serviços, dos profissionais da área
263 de saúde, usuários dos serviços de saúde e das instâncias de controle social. Continuando,
264 citou a reunião de representantes da Mesa Diretora do CNS com o ministro do Tribunal de
265 Contas da União – TCU, Benjamin Zymler, no dia 2 de agosto de 2021. O CNS comprometeu-
266 se a encaminhar os documentos elaborados para o enfrentamento à pandemia, entre eles, a
267 documentação com informações sobre o contrato de aquisição pelo Ministério da Saúde da
268 vacina Covaxin. No encontro, também foi reafirmada a importância de estabelecer intercâmbio
269 entre o controle social da saúde e os órgãos de controle. Acrescentou que o CNS também
270 entregou estes documentos à Comissão Parlamentar de Inquérito - CPI da pandemia do
271 Senado Federal, para contribuir com as apurações de responsabilidades e omissões.
272 Registrou, ainda, que em 5 de agosto de 2021, o CNS participou das atividades do Dia
273 Nacional da Saúde, Valorizar a Enfermagem é valorizar o SUS. Destacou que entidades do
274 Fórum Nacional da Enfermagem promoveu ato público, em frente ao Congresso Nacional, e
275 cobraram celeridade na votação do Projeto de Lei nº. 2.564/2020, que estabelece um piso
276 salarial nacional para a profissão, fixado para jornada de 30 horas semanais. No mesmo dia, o
277 CNS participou de audiência pública sobre o PL na Comissão de Trabalho, de Administração e
278 Serviço Público - CTASP da Câmara dos Deputados. Seguindo, registrou que, em 5 de agosto
279 de 2021, o CNS, junto com a Frente Pela Vida, participou das atividades em defesa da vida, do
280 SUS e da democracia e entregou o “Manifesto em Defesa da Vida, do SUS e da Democracia”
281 aos senadores Omar Aziz, Humberto Costa, Randolfe Rodrigues e Renan Calheiros, que
282 compõem a CPI da Covid-19. Além disso, citou o ato virtual que reuniu diversas lideranças da
283 área da saúde e chamou a atenção para a naturalização que, tanto o governo como os meios
284 de comunicação hegemônicos, vêm tratando a estabilização e/ou queda do número de
285 internações e mortes ainda em altos percentuais. Também falou sobre a V Conferência
286 Nacional de Saúde Mental – CNSM, lembrando que a Resolução CNS nº 660 aprovou o
287 Regimento da Conferência Nacional de Saúde Mental. Lembrou que o tema da Conferência é
288 “A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a
289 avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS” e o calendário é o seguinte:
290 Etapa Nacional: 17 a 20 de maio de 2022; Etapas municipais e/ou macrorregionais: de 1º de
291 novembro de 2021 a 31 de janeiro de 2022; e Etapas estaduais e distrital: de 1º de fevereiro a
292 30 de abril e 2022 (As conferências realizadas em 2021 deverão ocorrer de maneira virtual).
293 Finalizando, lembrou que foi divulgada Nota Pública do CNS reafirmando a Resolução CNS nº
294 617/2019, que contém as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas delegadas e

295 delegados da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8). Para o Conselho, a Resolução é um
296 dos mais importantes documentos da democracia participativa, e seu conteúdo foi construído
297 em amplo processo de debate que envolveu quase um milhão de pessoas em todos os estados
298 brasileiros, com objetivo de subsidiar o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual de
299 Saúde do Ministério da Saúde. Um país atento e participativo só existe quando o poder emana
300 do povo, como rege a Constituição de 1988. Acrescentou “Defendendo a força crítica e
301 intelectual da diversidade da população no nosso país, seremos capazes não só de resistir
302 sempre e garantir os direitos conquistados até aqui, mas também de transformar para melhor
303 as nossas realidades em todos os cantos do país”. Por fim, reafirmou que o CNS é contra
304 facismo, autoritarismo... Finalizada a explanação, não houve debate, nem deliberação, pois
305 o relatório foi apresentado para conhecimento. **ITEM 3 – DOCUMENTOS EDITADOS AD**
306 **REFERENDUM DO PLENO – Apresentação:** conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de**
307 **Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa
308 Diretora do CNS. Neste ponto, o Plenário apreciou os documentos editados *ad referendum* do
309 Pleno, no período de julho a agosto de 2021, sendo quatro recomendações e três resoluções.
310 Seguindo a determinação do CNS, esses documentos foram enviados previamente aos
311 conselheiros, para análise e contribuições, mas não houve destaques. **I – RECOMENDAÇÕES**
312 **– 1) Recomendação nº 016, de 15 de julho de 2021.** Recomenda a rejeição do PL 490/2007 e
313 das teses jurídicas do Marco Temporal, respeitando os direitos dos povos indígenas e outras
314 providências. O texto é o seguinte: **“RECOMENDAÇÃO Nº 016, DE 15 DE JULHO DE 2021.**
315 *Recomenda a rejeição do PL 490/2007 e das teses jurídicas do Marco Temporal, respeitando*
316 *os direitos dos povos indígenas e outras providências.* O Presidente do Conselho Nacional de
317 Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo
318 Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei
319 nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de
320 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição
321 da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando
322 que os povos indígenas do Brasil são aqueles que mais sofrem com o esbulho de suas terras;
323 considerando o grande marco brasileiro que foi a inserção dos artigos 231 e 232 na
324 Constituição Federal de 1988, nos quais “são reconhecidos aos índios sua organização social,
325 costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que
326 tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os
327 seus bens” (Art. 231) e que “os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas
328 para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público
329 em todos os atos do processo” (Art. 232); considerando que os direitos constitucionais dos
330 povos indígenas precisam ser efetivamente aplicados, tendo em vista a consolidação dos
331 direitos à terra, às diferenças étnicas e culturais e, fundamentalmente, ao reconhecimento dos
332 povos indígenas no Brasil como sujeitos de direitos; considerando que a Constituição Federal
333 reconhece aos povos indígenas seus direitos territoriais como originários e tradicionais, ou
334 seja, define-os como direitos de origem, de ancestralidade, naquilo que é denominado de
335 Indigenato; considerando que o direito territorial, relativo aos indígenas, vincula-se ao fato de
336 serem eles os primeiros habitantes e naturais senhores da terra, estabelecendo-se a primazia
337 desse direito sobre qualquer outro; considerando que o Supremo Tribunal Federal (STF)
338 julgará o Recurso Extraordinário nº 1017365, interposto pela Fundação Nacional do Índio
339 (Funai) contra a decisão do Tribunal Regional Federal da 4ª Região/TRF4, relativo à
340 demarcação da terra indígena Xokleng, localizada no Estado de Santa Catarina/SC;
341 considerando que este processo possui repercussão geral, ou seja, a decisão acerca desse
342 caso valerá para todos os demais processos, envolvendo demarcação de terras indígenas;
343 considerando os debates realizados pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do
344 Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS); considerando os Objetivos de Desenvolvimento
345 Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), em especial o de nº 3, que
346 indica o dever de “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas
347 as idades”, ressaltando que só será possível cumprir os compromissos assumidos se houver
348 engajamento por parte do Estado e das empresas em uma agenda forte e coordenada entre as
349 instituições responsáveis por processos de licenciamento ambiental, saúde e segurança em
350 ambientes de trabalho, monitoramento e fiscalização de grandes empreendimentos e seus
351 impactos; considerando a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos
352 Indígenas, de 2007, especialmente o seu artigo 26, que afirma o direito dos povos indígenas às
353 terras, territórios e recursos que possuem e ocupam tradicionalmente ou que tenham de outra
354 forma utilizado ou adquirido; o direito de possuir, utilizar, desenvolver e controlar as terras,

355 territórios e recursos que possuem em razão da propriedade tradicional ou de outra forma
356 tradicional de ocupação ou de utilização, assim como aqueles que de outra forma tenham
357 adquirido; bem como o dever dos Estados de assegurar reconhecimento e proteção jurídicos a
358 essas terras, territórios e recursos, isso nos limites do respeito adequado aos costumes,
359 tradições e regimes de posse da terra dos povos indígenas a que se refiram; considerando a
360 Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas que, em seu artigo 3,
361 afirma que “os povos indígenas têm direito à autodeterminação. Em virtude desse direito
362 determinam livremente sua condição política e buscam livremente seu desenvolvimento
363 econômico, social e cultural”; considerando a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos
364 dos Povos Indígenas que, em seu artigo 19 ressalta que “os Estados consultarão e cooperarão
365 de boa-fé com os povos indígenas interessados, por meio de suas instituições representativas,
366 a fim de obter seu consentimento livre, prévio e informado antes de adotar e aplicar medidas
367 legislativas e administrativas que os afetem”; considerando que, desde a 1ª Conferência
368 Nacional de Proteção a Saúde do Índio, em 1989, se estabeleceu que a saúde dos povos
369 indígenas depende da “autonomia, a posse territorial e o uso exclusivo pelas nações indígenas
370 dos recursos naturais do solo e subsolo, de acordo com as necessidades e especificidades
371 etnoculturais de cada nação, bem como a integridade dos seus ecossistemas específicos,
372 sejam assegurados e garantidos”; considerando que, desde a 2ª Conferência Nacional de
373 Saúde Indígena, em 1993, os relatórios desses espaços de controle social estabeleceram a
374 garantia do território como condição fundamental para a saúde; considerando que, se aprovado
375 pelo Congresso Nacional, o PL 490/2007 abrirá os territórios dos povos isolados à exploração
376 econômica e os submeterão a supostas “ações de interesse público; considerando que a
377 Convenção 169, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em seus artigos 14 e 15,
378 reconhece os direitos dos povos indígenas sobre a posse e usufruto das terras que ocupam,
379 bem como assegura-lhes que haja a proteção a todos os seus recursos naturais e ambientais;
380 considerando as manifestações das entidades representativas dos povos indígenas contrárias
381 ao Projeto de Lei 490/2007; e considerando as atribuições conferidas ao presidente do
382 Conselho Nacional de Saúde pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, art. 13,
383 Inciso VI, que lhe possibilita decidir, ad referendum, acerca de assuntos emergenciais quando
384 houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Pleno
385 em reunião subsequente. Recomenda *ad referendum* do Pleno do Conselho Nacional de
386 Saúde: Ao Congresso Nacional: que, ao discutir matérias legislativas que afetem os povos
387 indígenas: I - Garanta ampla consulta a essas populações, por meio de suas entidades
388 representativas; II - Obstrua os projetos de atos normativos que afrontem os seus direitos
389 constitucionais; e III - Rejeite e archive o PL 490/2007, que prevê alterações nos seus direitos
390 territoriais. Ao Supremo Tribunal Federal: que, ao analisar e julgar os processos relativos aos
391 direitos indígenas, orientando-se pelo princípio da Justiça: I - Determine a urgência da
392 execução da demarcação de terras indígenas no Brasil, com base no reconhecimento do
393 Indigenato; e II - Rejeite as teses jurídicas do Marco Temporal da Constituição Federal de 1988
394 e do Renitente Esbulho. FERNANDO ZASSO PIGATTO, Presidente do Conselho Nacional de
395 Saúde.” **Deliberação: a Recomendação nº 016, de 15 de julho de 2021, foi aprovada por**
396 **maioria, com abstenções. 2) Recomendação nº 017, de 26 de julho de 2021.** Recomenda
397 ao Exmo. Sr. Presidente da República a adoção de medidas corretivas urgentes que
398 promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com celeridade. O
399 texto é o seguinte: “**RECOMENDAÇÃO Nº 017, DE 26 DE JULHO DE 2021.** *Recomenda ao*
400 *Exmo. Sr. Presidente da República a adoção de medidas corretivas urgentes que promovam a*
401 *execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com celeridade.* O Presidente do
402 Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições
403 conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro
404 de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13
405 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições
406 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata;
407 e considerando os dispositivos da Lei Complementar nº 141/2012, em especial os artigos 14 e
408 24, e o disposto no art. 41 da Lei Complementar nº 141/2012, do qual deriva a competência do
409 CNS para encaminhar as indicações de medidas corretivas decorrentes da análise do Relatório
410 de Prestação de Contas Quadrimestral do Ministério da Saúde (MS) ao Presidente da
411 República; considerando a análise do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do 1º
412 Quadrimestre de 2020 realizada pela Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho
413 Nacional de Saúde; considerando a reincidência dos baixos níveis de liquidação, no primeiro
414 quadrimestre de 2021, de vários itens de despesas que agrupam ações orçamentárias

415 programadas para o atendimento do conjunto das necessidades de saúde da população (a
416 maioria dessas ocorrências verificadas desde o 1º quadrimestre/2016); considerando os
417 elevados valores de saldos a pagar dos Restos a Pagar até o final do 1º quadrimestre de 2021,
418 especialmente os não processados, que caracterizam despesas não liquidadas pelo Ministério
419 da Saúde e, portanto, ainda não efetivadas como ações e serviços públicos de saúde para o
420 atendimento das necessidades da população, e sem qualquer indicativo de planejamento no
421 Relatório de Prestação de Contas do 1º quadrimestre de 2021 para execução dessas despesas
422 no curto prazo (inclusive das mais antigas, cujos empenhos são anteriores a 2020);
423 considerando a insuficiência financeira das contas bancárias vinculadas ao Ministério da Saúde
424 em relação aos valores de Restos a Pagar e dos empenhos a pagar já liquidados no final do 1º
425 Quadrimestre de 2021, situação que tem se repetido a cada quadrimestre dos anos anteriores;
426 considerando a redução das atividades de auditoria e controle do Ministério da Saúde no 1º
427 Quadrimestre de 2021 em comparação ao mesmo período de 2018, 2019 e 2020;
428 considerando a redução das despesas federais com ações e serviços públicos de saúde para o
429 enfrentamento da Covid-19 no primeiro quadrimestre de 2021 em comparação ao exercício
430 anterior, inclusive das transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e
431 Municipais de Saúde para esse fim em comparação ao 3º quadrimestre de 2020, mesmo diante
432 do aumento de casos e de morte por Covid-19, o que indica um processo de planejamento
433 deficiente no contexto da emergência sanitária que resulta inclusive na ocorrência de mortes
434 evitáveis; considerando que os restos a pagar cancelados num exercício devem ser
435 compensados como aplicação adicional no exercício subsequente por força da Lei
436 Complementar nº 141/2012, mas que preocupa o fato dessa compensação estar ocorrendo por
437 meio de despesas extraordinárias para o enfrentamento da Covid-19, na medida que esses
438 cancelamentos foram de despesas outrora empenhadas para necessidades de saúde da
439 população anteriores a essa pandemia e que não foram substituídas por ela; e considerando
440 que é atribuição do Presidente do Conselho Nacional de Saúde decidir, ad referendum, acerca
441 de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário,
442 submetendo o seu ato à deliberação do Plenário em reunião subsequente (Art. 13, inciso VI do
443 Regimento Interno do CNS, aprovado pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de
444 2008). Recomenda ad referendum do Pleno do Conselho Nacional de Saúde: ao Exmo. Sr.
445 Presidente da República, a adoção de medidas corretivas urgentes, durante o exercício de
446 2021, que promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com a
447 celeridade requerida pela situação de emergência sanitária causada pela epidemia da Covid-19
448 no Brasil, bem como para a implementação de ações e serviços públicos de saúde, com vistas
449 a cumprir as diretrizes para o estabelecimento das prioridades para 2021 aprovadas pela
450 Resolução CNS nº 640, de 14 de fevereiro de 2020, conforme abaixo descrito: I - Programar e
451 executar, imediatamente, as despesas a serem realizadas para o desenvolvimento de ações e
452 serviços públicos de saúde, de modo a empenhar e/ou liquidar com celeridade as programadas
453 no orçamento de 2021 para atender às necessidades de saúde da população, especialmente
454 aquelas cuja execução obteve a classificação de “inadequado”, “intolerável” e/ou “inaceitável”
455 pela avaliação realizada pelo Conselho Nacional de Saúde; II - Distribuir melhor a execução
456 das despesas com ações e serviços públicos de saúde ao longo do ano de 2021, inclusive das
457 inscritas e reinscritas em restos a pagar, para atender com eficiência e eficácia as
458 necessidades de saúde da população e não agravar ainda mais o processo de
459 subfinanciamento e desfinanciamento do SUS que está em curso desde a vigência da Emenda
460 Constitucional nº 95/2016; III - Ampliar a transferência de recursos do Fundo Nacional de
461 Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, com vistas ao enfrentamento da
462 pandemia da Covid-19 durante o exercício de 2021, inclusive para compensar a redução de
463 recursos transferidos no 1º quadrimestre de 2021, em comparação ao 3º quadrimestre de
464 2020, redução que prejudicou as finanças próprias estaduais e municipais diante dos aumentos
465 de casos e mortes por Covid-19 verificados nesse período; IV - Encaminhar, para deliberação
466 do Conselho Nacional de Saúde, os critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite
467 nos últimos anos para a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os
468 Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, conforme determina a Lei Complementar 141/2012;
469 V - Aumentar as ações de controle e auditoria no âmbito do SUS, especialmente no atual
470 estado de emergência sanitária, para garantir a correta aplicação dos recursos públicos para o
471 atendimento das necessidades de saúde da população; VI - Autorizar o Ministério da Saúde
472 para cancelar em 2021 os Restos a Pagar (especialmente os não processados) referentes a
473 empenhos de 2019 e anos anteriores, pela inviabilidade de execução destas despesas pelo
474 tempo decorrido até o momento, os quais deverão ser compensados em 2021 como aplicação

475 adicional ao mínimo daquele ano, nos termos do artigo 24, inciso II, parágrafo 2º da Lei
476 Complementar nº 141/2012, ou exigir das secretarias do Ministério da Saúde a apresentação
477 do plano de ação para execução imediata dessas despesas (com o devido cronograma até o
478 final de 2022) como condição de evitar esse cancelamento; e VII - Compensar o valor dos
479 restos a pagar cancelados em 2020 como aplicação adicional ao piso federal do SUS em 2021
480 nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, mas sem utilizar, para esse fim, as despesas
481 extraordinárias para o enfrentamento da Covid-19 executadas em 2021. FERNANDO ZASSO
482 PIGATTO, Presidente do Conselho Nacional de Saúde.” **Deliberação: a Recomendação nº**
483 **017, de 26 de julho de 2021, foi aprovada por maioria, com abstenções. 3)**
484 **Recomendação nº 18, de 05 de agosto de 2021.** Recomenda a prorrogação, em caráter de
485 urgência, dos prazos de atuação dos médicos no Programa Mais Médicos pelo Brasil,
486 especialmente no contexto de pandemia da Covid-19. O texto é o seguinte:
487 **“RECOMENDAÇÃO Nº 018, DE 05 DE AGOSTO DE 2021.** *Recomenda a prorrogação, em*
488 *caráter de urgência, dos prazos de atuação dos médicos no Programa Mais Médicos,*
489 *especialmente no contexto de pandemia da Covid-19.* O Presidente do Conselho Nacional de
490 Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo
491 Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei
492 nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de
493 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição
494 da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando
495 as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da Lei nº 8.080, de
496 19 de setembro de 1990, e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelecem que
497 a saúde é um direito fundamental de todo ser humano e dever do Estado, a ser provida por
498 meio do Sistema Único de Saúde (SUS), uma política de Estado que visa à promoção,
499 prevenção e recuperação da saúde de todos os brasileiros e brasileiras; considerando o
500 disposto no art. 197, da Constituição da República Federativa de 1988, que as ações e
501 serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da
502 lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle no sentido de que assegurem o direito à
503 saúde das pessoas e coletividades; considerando o disposto na Portaria Interministerial nº 278,
504 de 17 de março de 2011, que instituiu o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos
505 expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida); considerando que o
506 objetivo do Revalida é verificar a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências
507 requeridas para o exercício profissional adequado aos princípios e necessidades do SUS, em
508 nível equivalente ao exigido dos médicos formados no Brasil (art. 2º da Portaria Interministerial
509 nº 278/2011); considerando a Medida Provisória nº 621, de 9 de julho de 2013, posteriormente
510 convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos,
511 reconhecido como um programa governamental que obteve êxito em seus objetivos e que
512 levou mais de 18 mil médicos para os municípios do interior e periferias das grandes cidades
513 do país, oportunizando o provimento desses profissionais em municípios/regiões de maior
514 necessidade, com ampliação da cobertura da atenção básica, inclusive para a população
515 indígena, com mais de 70% dos municípios brasileiros atendidos pelo programa, beneficiando
516 63 milhões de brasileiros; considerando a Resolução CNE nº 3, de 20 de junho de 2014, que
517 instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina, a qual
518 incorporou recomendações do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Nota Técnica nº
519 006/2014, de forma a nortear um processo necessário de qualificação da formação médica
520 para o SUS; considerando que, em novembro de 2018, ocorreu a saída abrupta de 8.332
521 médicos cubanos que integravam o Programa Mais Médicos, devido ao encerramento do
522 acordo de cooperação entre Brasil e Cuba, conseqüente à discordância do governo de Cuba
523 com as novas exigências feitas pelo governo do Brasil e com o discurso das autoridades eleitas
524 naquela eleição, dentre as quais, a necessidade dos profissionais se submeterem ao Exame
525 Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida); considerando que, naquele
526 momento, cerca de 2.000 médicos cubanos optaram por permanecer no Brasil, por razões
527 diversas, mas ficaram proibidos de exercer medicina até realizarem o exame do Revalida, que
528 não aconteceu até o presente momento, e isso impactou diretamente em suas condições de
529 vida e sobrevivência, tendo em vista que se tornaram “refugiados”; considerando a
530 Recomendação nº 17, de 12 de abril de 2019, na qual o Conselho Nacional de Saúde,
531 dirigindo-se ao Ministério da Saúde, recomendou que se garantisse o provimento das Áreas do
532 Perfil 1, 2 e 3 do Programa Mais Médicos, onde permanecem vazios assistenciais; que os
533 novos editais contemplem profissionais formados no exterior, caso profissionais brasileiros não
534 preencham a totalidade das vagas; e que promovam a renovação de contrato para

535 profissionais do Programa Mais Médicos, que queiram permanecer no referido Programa;
536 considerando a Recomendação nº 26, de 17 de junho de 2019, que recomendou ao Ministério
537 da Educação ad referendum do Pleno do CNS, entre outros, o reconhecimento do histórico dos
538 programas governamentais, dentre eles o Programa Mais Médicos, tendo em vista que o
539 mesmo deu início a um processo de resolubilidade para questões estruturais da formação
540 médica no Brasil, e para a distribuição e a fixação dos profissionais pelo território nacional,
541 além de considerar que o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio
542 Teixeira (INEP), do Ministério da Educação (MEC), deveria ser o protagonista no processo de
543 discussão, elaboração e aplicação do Revalida; considerando que a Lei nº 13.958, de 18 de
544 dezembro de 2019, que institui o Programa Médicos pelo Brasil no âmbito da Atenção Primária
545 à Saúde do SUS e autoriza o Poder Executivo Federal a instituir serviço social autônomo
546 denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), até agora
547 não implementado; considerando que, desde a criação do Programa Médicos pelo Brasil no
548 âmbito da Atenção Primária à Saúde do SUS, já foram publicados diversos Editais de
549 Chamamento com o propósito de suprir vagas, as quais não foram totalmente preenchidas, o
550 que se agravou com o contexto de pandemia da Covid-19; considerando a Declaração de
551 Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial de
552 Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, em decorrência da Doença por Coronavírus – Covid-
553 19 (decorrente do SARS-CoV-2, novo Coronavírus); considerando a Portaria nº 188, de 03 de
554 fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, que declara Emergência em Saúde Pública de
555 Importância Nacional (ESPIN), conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, em
556 decorrência da Doença por Coronavírus – Covid-19, provocada pelo SARS-CoV-2,
557 denominado correntemente como “novo Coronavírus”, fato este que levou os profissionais de
558 saúde, dentre eles os médicos, à linha de frente da assistência aos pacientes infectados e
559 adoecidos, colocando-os também em situação de vulnerabilidade frente à
560 doença; considerando a Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas
561 para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
562 decorrente da Doença por Coronavírus – COVID-19 (decorrente do SARS-CoV-2, novo
563 Coronavírus), visando à proteção da coletividade; considerando a Portaria nº 530, de 9 de
564 setembro de 2020, que altera regras sobre a coordenação e organização do Revalida,
565 dispondo que o Inep poderá contar com a colaboração de comissões assessoras de
566 especialistas das áreas de medicina e avaliação educacional para a elaboração dos
567 instrumentos de avaliação; considerando dados do Conselho Federal de Medicina (CFM) que,
568 em seu “Memorial aos médicos que se foram”, contabilizava em 27 de julho de 2021, 844
569 médicos que morreram em decorrência da Covid-19 no Brasil, somados aos afastados
570 temporária ou definitivamente em decorrência da doença e/ou de sequelas da mesma;
571 considerando o “Manifesto de ex-participantes do Programa Mais Médicos”, lançado em
572 fevereiro de 2021, que denuncia a existência de cerca de 9 mil médicos desempregados que já
573 participaram do Programa Mais Médicos; considerando a Resolução CNS nº 617, de 23 de
574 agosto de 2019, que publica as diretrizes e moções aprovadas na 16ª Conferência Nacional de
575 Saúde (8ª+8), as quais propõem a garantia e o fortalecimento do Programa Mais Médicos e
576 reiteram a responsabilidade dos governos e do controle social no provimento e monitoramento
577 das condições para o acesso universal à saúde de toda população; considerando as
578 inumeráveis manifestações de diferentes organizações da sociedade civil, do controle social e
579 dos segmentos representados no Conselho Nacional de Saúde sobre efeitos da
580 indisponibilidade de profissionais para o adequado cuidado às pessoas e coletividades em
581 diferentes territórios e os indicadores de déficit de acesso ao sistema de saúde originados de
582 registros nos sistemas de informação de uso regular na saúde; considerando os diversos
583 debates produzidos no âmbito do Conselho Nacional de Saúde com gestores e organizações
584 do SUS sobre iniciativas para a garantia do direito à saúde de toda a população, com
585 orientação na produção de equidade, inclusão e cidadania; considerando as recomendações
586 das agências de cooperação internacional e, em particular, da OMS, de expansão urgente do
587 investimento dos sistemas de saúde nacionais e das organizações de ensino e pesquisa na
588 formação e educação permanente dos trabalhadores que atuam nos sistemas e serviços de
589 saúde como estratégia para o enfrentamento à pandemia de COVID-19 e suas sequelas,
590 inclusive no escopo da Campanha do “Ano Internacional dos Trabalhadores da Saúde e
591 Assistência” que, no Brasil, se articula com a campanha do CNS, “Proteger o Trabalhador e a
592 Trabalhadora da Saúde é Proteger o Brasil”; considerando a Recomendação nº 016, de 24 de
593 junho de 2021, encaminhada para conhecimento do CNS pelo Conselho Estadual de Saúde do
594 Paraná (CES/PR), a qual recomenda ao Ministro de Estado Saúde a prorrogação, em caráter

595 de urgência, dos contratos dos médicos intercambistas no Projeto Mais Médicos para o Brasil,
596 que irão vencer durante o ano de 2021, por mais 3 anos, independentemente do período de
597 atuação desses profissionais no Programa; e considerando as atribuições conferidas ao
598 Presidente do Conselho Nacional de Saúde pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de
599 2008, art. 13, Inciso VI, que lhe possibilita decidir, ad referendum, acerca de assuntos
600 emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à
601 deliberação do Pleno em reunião subsequente. Recomenda ad referendum do Pleno do
602 Conselho Nacional de Saúde: Aos Deputados Federais e Senadores da República: I - O
603 encaminhamento de projeto de lei, em caráter de urgência, para a retirada do prazo de vigência
604 da dispensa de revalidação do diploma para atuação no âmbito do Programa Mais Médicos e
605 seus desdobramentos previsto no caput do art. 16 da Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro
606 de 2013, alterado posteriormente pela Lei Federal nº 13.333, de 12 de setembro de 2016; II - A
607 adequação de ofertas sucessivas de atividades de aperfeiçoamento, conforme previsto no art.
608 14 da Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e a prorrogação da vigência para
609 emissão de visto de permanência aos profissionais estrangeiros, conforme previsto no art. 18
610 da mesma lei, permitindo a permanência dos profissionais vinculados ao Programa e sua
611 atualização ao longo do tempo, em particular durante o período de enfrentamento à pandemia
612 de COVID-19 e a organização de linhas de cuidado para o seu enfrentamento. Aos Ministérios
613 da Saúde e da Educação: I - A organização da oferta de programas de aperfeiçoamento
614 regulares e automáticos, conforme previsto no art. 14 da Lei Federal nº 12.871, de 22 de
615 outubro de 2013, para a continuidade do Programa Mais Médicos, assim como providências
616 administrativas e formais para garantir a permanência dos profissionais vinculados e a
617 incorporação de novos, prioritariamente em áreas de maior necessidade social e dificuldade de
618 fixação de profissionais e equipes, em colaboração com os gestores estaduais e municipais do
619 SUS. Ao Ministério da Saúde: I - A restauração do Programa Mais Médicos, nos moldes
620 previstos na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013; II - A reincorporação dos médicos
621 brasileiros formados no exterior, ex-participantes do Programa Mais Médicos, que foram
622 desligados do referido programa desde 2016; III - A reincorporação dos médicos cubanos
623 desligados do Programa, mas que permaneceram no Brasil, por razões diversas; IV - O
624 imediato chamamento de médicos recém-formados no exterior, aptos a participar dos próximos
625 editais do Programa Mais Médicos; e V - A expansão de vagas de residência em área
626 profissional da saúde e outras modalidades de formação especializada para profissionais de
627 saúde atuarem na atenção básica e em áreas de maior vulnerabilidade, em trabalho
628 colaborativo com os gestores estaduais e municipais, para expandir o acesso e qualificar a
629 atenção à saúde oferecida pelo SUS às pessoas e coletividades no território brasileiro, em
630 especial nas regiões com maior dificuldade de acesso da população aos cuidados em saúde e
631 fixação desses profissionais. FERNANDO ZASSO PIGATTO, Presidente do Conselho Nacional
632 de Saúde. **Deliberação: a Recomendação nº 18/2021 foi aprovada por maioria, com votos**
633 **contrários. 4) Recomendação nº 019, de 05 de agosto de 2021.** Recomenda à Comissão
634 Especial da Câmara dos Deputados o arquivamento imediato da PEC nº 32/2020. O texto é o
635 seguinte: "**RECOMENDAÇÃO Nº 019, DE 05 DE AGOSTO DE 2021.** *Recomenda à Comissão*
636 *Especial da Câmara dos Deputados o arquivamento imediato da PEC nº 32/2020.* O Presidente
637 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, no uso de suas competências regimentais e
638 atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
639 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº
640 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
641 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação
642 brasileira correlata; e considerando o art. 37 da Constituição Federal da República de 1988
643 (CF/1988), que dispõe sobre a observância aos princípios da legalidade, impessoalidade,
644 moralidade e publicidade, que devem guiar a administração pública direta, indireta ou
645 fundacional, de qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos
646 Municípios; considerando o art. 39 da CF/1988, que dispõe que a União, os Estados, o Distrito
647 Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e
648 planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das
649 fundações públicas, prevendo lei para assegurar aos servidores da administração direta,
650 isonomia de vencimentos para cargos de atribuições iguais ou semelhantes do mesmo Poder
651 ou entre servidores dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, ressalvadas as vantagens
652 de caráter individual e as relativas à natureza ou ao local de trabalho; considerando o art. 41 da
653 CF/1988, que considera estáveis os servidores nomeados em virtude de concurso público,
654 após dois anos de efetivo exercício, sendo que eles só perderão o cargo em virtude de

655 sentença judicial transitada em julgado ou mediante processo administrativo em que lhe seja
656 assegurada ampla defesa; considerando que a limitação do instituto da estabilidade no cargo
657 público, trazida pela PEC nº 32/2020, ao qual somente terão direito os servidores ocupantes de
658 “cargos típicos de Estado” (conceito jurídico introduzido pela PEC, porém não definido),
659 acarretará aos demais vínculos e/ou formas de contratação relações mais frágeis, pois poderão
660 ser dispensados a qualquer momento, dentro de condições a serem estabelecidas em lei
661 ordinária, o que acarretará a esta força de trabalho menores condições de opor resistência a
662 comandos que visem a satisfação de interesses privados; considerando o art. 42 da CF/1988,
663 que define os membros das Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares como militares
664 dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios, pertencentes a instituições organizadas com
665 bases na hierarquia e disciplina, também servidores públicos, os quais necessitam preservar
666 sua autonomia profissional com relação ao Poder do Estado, a fim de preservar a ordem
667 pública; considerando a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que institui o regime jurídico
668 dos servidores públicos civis da União, das autarquias, inclusive aquelas em regime especial, e
669 das fundações públicas federais, e que define como servidor a pessoa legalmente investida em
670 cargo público, e como cargo público o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na
671 estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor; considerando o esforço,
672 dedicação e trabalho de milhares de servidores públicos que carregam o compromisso e a
673 responsabilidade de serem o principal elo entre o Poder Público e a sociedade, prestando
674 serviços essenciais à população, nas mais diferentes áreas e nas políticas públicas, inclusive
675 na área da saúde coletiva, da educação e da segurança pública; considerando a Declaração de
676 Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial de
677 Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, em decorrência da Doença por Coronavírus – Covid-
678 19 (decorrente do SARS-CoV-2, novo Coronavírus); considerando a Portaria nº 188, de 03 de
679 fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, que declara Emergência em Saúde Pública de
680 Importância Nacional (ESPIN), conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, em
681 decorrência da Doença por Coronavírus – Covid-19 (decorrente do SARS-CoV2, novo
682 Coronavírus); considerando a Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, que estabelece as
683 medidas para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
684 decorrente da Doença por Coronavírus – Covid-19 (decorrente do SARS-CoV-2, novo
685 Coronavírus), visando à proteção da coletividade; considerando a Proposta de Emenda à
686 Constituição (PEC 032/2020 – Reforma Administrativa), que altera dispositivos sobre
687 servidores e empregados públicos e modifica a organização da administração pública direta e
688 indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
689 considerando que a PEC 032/2020 está em regime de tramitação especial, atualmente
690 aguardando votação na Comissão Especial, representa um brutal ataque da política neoliberal
691 aos servidores e serviços públicos; considerando que a referida PEC nº 32/2020 entrega
692 grande parte do serviço público ao setor privado, repassando a esse, recursos financeiros e
693 sem retorno aos cofres públicos, restando para a sociedade setores sucateados e longa espera
694 em atendimento, o que já é uma realidade na terceirização da saúde como as Organizações
695 Sociais (OS), a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares nos Hospitais
696 Universitários), Centrais Elétricas, Telefonias e outros; considerando que a PEC nº 32/2020
697 acaba com a estabilidade do servidor público, permitindo que a cada eleição os Poderes
698 Executivos Municipais, Estaduais, do Distrito Federal e Federal possam demitir e contratar
699 pessoal, cenário este que contribui para o aumento de assédio, sobrecarga de trabalho e o
700 famoso esquema de “rachadinhas”; considerando que a PEC nº 32/2020 acarretará na
701 destruição dos serviços públicos, das políticas e dos programas sociais, devido ao corte de
702 verbas sociais, terceirização e/ou privatização dos órgãos públicos, ampliando, portanto, a
703 precarização, o desemprego, a fome e o número de pessoas em situação de rua; considerando
704 que a pandemia da Covid-19 escancarou a importância e a necessidade dos serviços públicos,
705 pois milhares de vidas foram salvas pelo conhecimento e experiência dos profissionais da
706 saúde pública e pesquisadores da ciência, o que não foi garantido pela iniciativa privada, que
707 chegou a fechar as portas para o atendimento à população; considerando a grave crise
708 sanitária provocada pelo governo Jair Bolsonaro, resultante do negacionismo, da falta de
709 respeito às orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), do atraso na compra de
710 vacinas, da supressão do auxílio emergencial, entre outros, que provoca, diariamente, o
711 aumento do número de contaminações e mortes, estas já ultrapassando meio milhão de
712 pessoas, o que exige uma concepção de serviço público que não esteja a serviço do lucro da
713 burguesia, mas a serviço da maioria da população; considerando que a PEC nº 32/2020
714 representa a retirada de recursos da sociedade para entregar aos banqueiros, os grandes

715 privilegiados que ficaram fora do Teto dos Gastos (PEC 55/16), e que a melhor resposta para a
716 economia do país, seria taxar as grandes fortunas e suspender o pagamento da dívida pública;
717 considerando a Nota Técnica nº 69, de 19 de maio de 2021, do Senado Federal, que analisa os
718 impactos fiscais da PEC nº 32/2020, além de denunciar seus efeitos, tais como o aumento da
719 corrupção na administração pública, a captura do Estado por interesses privados e a redução
720 da eficiência, em decorrência da desestruturação dos órgãos públicos, entre outros;
721 considerando que a aprovação da PEC 32/2020 significa a redução na oferta de serviços de
722 saúde essenciais à vida e a saúde dos brasileiros em situação crônica de insuficiência
723 agravada pela pandemia, o que representará quebra do contrato social do direito de cidadania
724 à saúde assegurado pela Constituição Federal de 1988; considerando as diretrizes e moções
725 aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), publicadas por meio da Resolução
726 CNS nº 617, de 23 de agosto de 2019; e considerando as atribuições conferidas ao Presidente
727 do Conselho Nacional de Saúde pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, art.
728 13, Inciso VI, que lhe possibilita decidir, ad referendum, acerca de assuntos emergenciais,
729 quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação
730 do Pleno em reunião subsequente. **Recomenda ad referendum do Pleno do Conselho**
731 **Nacional de Saúde: À Comissão Especial - PEC nº 32/2020 da Câmara dos Deputados: I -**
732 **Que proceda ao arquivamento imediato da Proposta de Emenda Constitucional nº 32/2020**
733 **(PEC 32/2020), tendo em vista que as razões expostas pelo Poder Executivo para a sua**
734 **aprovação se centram na situação fiscal da União, todavia, apresentando justificativa frágil com**
735 **base em dados e argumentações sem consistência acerca de eventuais impactos nas finanças**
736 **de Estados, Distrito Federal e Municípios; e II - Que considere o caráter intempestivo e**
737 **descontextualizado da PEC 32/2020, em razão do estado de emergência e de calamidade**
738 **pública reconhecido pela Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, em face da pandemia da**
739 **Covid-19, que se apresenta como um dos maiores desafios sanitários e socioeconômicos dos**
740 **últimos 100 anos. Ao Tribunal de Contas da União: I - Que se manifeste, em caráter de**
741 **urgência, quanto à Nota Técnica nº 69/2021, elaborada pela Consultoria de Orçamentos,**
742 **Fiscalização e Controle – CONORF (STO nº 689/2021) do Senado Federal, a qual apresenta**
743 **uma análise dos potenciais impactos fiscais derivados da aprovação da PEC 32/2020, assim**
744 **como propõe medidas legislativas e/ou administrativas para aperfeiçoar a gestão das despesas**
745 **com pessoal, buscando a máxima eficiência da administração pública. Ao Supremo Tribunal**
746 **Federal: I - Que julgue, em caráter de urgência, o Mandado de Segurança nº 37.688,**
747 **impetrado pela Frente Parlamentar Mista em Defesa do Serviço Público (SERVIR-Brasil), em**
748 **12 de fevereiro de 2021, com pedido de liminar contra atos do presidente da Câmara dos**
749 **Deputados, Arthur Lira (PP/AL), e do Ministro da Economia, Paulo Guedes, a fim de suspender**
750 **a tramitação da PEC nº 32/2020, até que sejam publicados todos os documentos que**
751 **instruíram a proposta. FERNANDO ZASSO PIGATTO, Presidente do Conselho Nacional de**
752 **Saúde. Deliberação: a Recomendação nº. 19/2021 foi aprovada por maioria, com votos**
753 **contrários e abstenções. II – RESOLUÇÕES – 1) Resolução nº 658, de 26 de julho de**
754 **2021. Dispõe sobre o procedimento de apuração de denúncias e indícios de irregularidades, no**
755 **âmbito do Conselho Nacional de Saúde. O texto é o seguinte: RESOLUÇÃO Nº 658, DE 26 DE**
756 **JULHO DE 2021. Publicado no DOU em: 00/00/2021 | Edição: 00 | Seção: 00 | Página: 00.**
757 *Dispõe sobre o procedimento de apuração de denúncias e indícios de irregularidades, no*
758 *âmbito do Conselho Nacional de Saúde. O Presidente do Conselho Nacional de Saúde - CNS,*
759 *no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do*
760 *CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de*
761 *dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº*
762 *5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República*
763 *Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando a*
764 *especificidade do controle social brasileiro e a obrigação de apurar notícia de irregularidade no*
765 *âmbito da Administração Pública, com destaque para o poder de fiscalizar as atividades*
766 *exercidas pelos servidores e demais pessoas a ela ligadas, exigindo-lhes uma conduta*
767 *adequada aos preceitos legais e morais vigentes; considerando que as normas relativas ao*
768 *procedimento apuratório de denúncias e indícios de irregularidades relativo aos Conselheiros*
769 *Nacionais de Saúde e demais membros do CNS, não obstante tenham de observar as*
770 *disposições da Constituição, da Legislação Orgânica do SUS, do Regimento Interno do CNS e*
771 *demais normas regulamentares do Conselho Nacional de Saúde, têm peculiaridades que*
772 *caracterizam sua natureza especial, considerando o disposto na Resolução CNS nº 447, de 15*
773 *de setembro de 2011, especialmente o seu Art. 2º, segundo o qual é competência do Conselho*
774 *Nacional de Saúde examinar e apurar denúncias e indícios de irregularidades que envolvam*

775 seus conselheiros, bem como os membros que integram suas comissões intersetoriais;
776 considerando que, em todos os procedimentos de apuração no Conselho Nacional de Saúde,
777 será assegurado o direito à ampla defesa e ao contraditório a todos as pessoas que direta ou
778 indiretamente tenham se envolvido em indícios de irregularidades e denúncias, observado o
779 disposto no Art. 8º, caput, da Resolução CNS nº 447/2011; considerando que, em que pese as
780 especificidades exigidas nos casos concretos, os procedimentos internos a serem adotados
781 pelo CNS para exame e apuração de denúncias e indícios de irregularidades fundamentam-se
782 no procedimento apuratório, denominado de sindicância, estabelecido especialmente na Lei nº
783 8.112/1990, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das
784 autarquias e das fundações públicas federais; considerando a necessidade de sistematizar a
785 organização e o fluxograma dos procedimentos apuratórios a serem instalados pelo CNS; e
786 considerando que é atribuição do Presidente do Conselho Nacional de Saúde decidir, ad
787 referendum, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao
788 Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Plenário em reunião subsequente (Art. 13,
789 inciso VI do Regimento Interno do CNS, aprovado pela Resolução CNS nº 407, de 12 de
790 setembro de 2008). Resolve ad referendum do Pleno do Conselho Nacional de Saúde. Aprovar
791 as regras para instalação de procedimento apuratório de denúncias ou indícios de
792 irregularidades apresentados ao Conselho Nacional de Saúde, nos termos da Resolução CNS
793 nº 447, de 15 de setembro de 2011. FERNANDO ZASSO PIGATTO, Presidente do Conselho
794 Nacional de Saúde. Homologo a Resolução CNS nº 658, de 26 de julho de 2021, nos termos
795 da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA
796 LOPES, Ministro de Estado da Saúde. **ANEXO.** Procedimento de apuração de denúncias e
797 indícios de irregularidades no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. **CAPÍTULO I -**
798 **DISPOSIÇÕES GERAIS.** Art. 1º Esta Resolução, respeitadas as disposições da Resolução
799 CNS nº 407/2008 e da Resolução CNS nº 447/2011, disciplina as regras para a apuração dos
800 fatos que ensejam denúncia ou indício de irregularidade que ocorram no exercício das
801 finalidades institucionais do Conselho Nacional de Saúde. Art. 2º Para efeitos dessa resolução
802 consideram-se: I - Autoridade apuradora: o Conselho Nacional de Saúde, no âmbito das
803 respectivas competências administrativas, definidas na Constituição, nas leis próprias, decretos
804 e resoluções. II – Membro do Conselho Nacional de Saúde: todos os integrantes do CNS, quais
805 sejam: conselheiras e conselheiros nacionais de saúde e os/as integrantes das comissões
806 intersetoriais, Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho que compõem, permanente ou
807 temporariamente, a estrutura do Conselho Nacional de Saúde. Art. 3º São penas disciplinares
808 aplicáveis aos conselheiros nacionais de saúde e membros do CNS investigados: I -
809 advertência; II - repreensão; III - dispensa automática do representante do órgão, entidade ou
810 movimento social; IV - remoção compulsória. § 1º - As penas previstas nos incisos deste artigo
811 não anulam a possibilidade de sanções de natureza civil, administrativa ou criminal cabíveis ao
812 caso, que devem ser buscadas nas instâncias competentes para processarem as
813 responsabilidades civil e administrativa envolvidas no caso. § 2º - Os deveres dos conselheiros
814 nacionais de saúde e dos demais membros do CNS estão previstos no Regimento Interno do
815 CNS (Resolução CNS nº 407/2008), na Resolução CNS nº 453/2012 e normativas correlatas.
816 Art. 4º Os conselheiros nacionais de saúde e os demais membros do CNS que forem
817 negligentes, no cumprimento dos deveres de sua função de alta relevância pública, estarão
818 sujeitos à pena de advertência. Parágrafo único. Na reiteração e nos casos de procedimento
819 incorreto, a pena será de repreensão, caso a infração não justificar punição mais grave. Art. 5º
820 Os conselheiros nacionais de saúde e os demais membros do CNS poderão ser dispensados
821 automaticamente ou removidos compulsoriamente, por interesse público, quando a gravidade
822 das faltas não justificarem a aplicação de pena de advertência ou repreensão. Art. 6º O
823 conselheiro nacional de saúde ou o membro do CNS investigado será dispensado
824 automaticamente ou removido compulsoriamente, por interesse público, quando: I - mostrar-se
825 manifestamente negligente no cumprimento de suas funções; II - proceder de forma
826 incompatível com a finalidade do controle social e a missão institucional do Conselho Nacional
827 de Saúde; III - demonstrar escassa ou insuficiente capacidade de trabalho, ou apresentar
828 comportamento funcional incompatível com o bom desempenho das atividades do controle
829 social. **CAPÍTULO II - INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR.** Art. 7º A Mesa Diretora do Conselho
830 Nacional de Saúde, quando tiver ciência de denúncia ou indício de irregularidade, deverá
831 designar um relator, por sorteio entre seus membros, com o objetivo de promover uma
832 investigação preliminar dos fatos, e, por consequência, a viabilidade da instauração de
833 procedimento apuratório, observados os termos desta Resolução, da Resolução CNS nº
834 447/2011 e do Regimento Interno do CNS. §1º O relator da investigação preliminar dos fatos

835 disporá de 5 (cinco) dias úteis para apresentar Nota Técnica na qual constará: I - a descrição
836 dos fatos denunciados; II - o elenco nominal das pessoas envolvidas na denúncia; III - a
837 delimitação do teor da acusação; IV - indicativo de arquivamento ou abertura de procedimento
838 apuratório. §2º Se da apuração na investigação preliminar resultar a verificação de falta ou
839 infração atribuída a conselheiro nacional de saúde ou aos demais membros do CNS, será
840 determinada, pela Mesa Diretora, em até 5 (cinco) dias úteis após a apresentação da Nota
841 Técnica da investigação preliminar, a instauração de procedimento apuratório, observado,
842 neste caso, o art. 12, caput, desta Resolução. Art. 8º A notícia de irregularidade praticada por
843 conselheiro nacional de saúde, ou pelos demais membros do CNS, poderá ser feita, nos
844 termos da Resolução CNS nº 447/2011, por toda e qualquer pessoa, exigindo-se formulação
845 por escrito, com alguma comprovação documental, a identificação e o endereço do
846 denunciante. Parágrafo único. Quando o fato narrado não configurar infração às prerrogativas
847 do controle social ou ilícito penal, o procedimento será arquivado de plano pela Mesa Diretora
848 do CNS, nos termos da Resolução CNS nº 447/2011. Art. 9º. Instaurado o procedimento
849 apuratório, será permitido ao denunciado acompanhá-lo. **CAPÍTULO III - PROCEDIMENTO**
850 **APURATÓRIO.** Art. 10. Para o procedimento apuratório é competente a comissão instituída
851 para essa finalidade, sem prejuízo da atuação da Mesa Diretora do CNS, a quem compete
852 atuar no julgamento do Relatório Final e a aplicação de quaisquer penalidades previstas em lei.
853 Parágrafo único. As normas e os procedimentos previstos nesta Resolução aplicam-se ao
854 processo de apuração de infrações praticadas pelo conselheiro nacional de saúde ou pelo
855 membro do CNS, sem prejuízo das disposições regimentais respectivas que com elas não
856 conflitam. Art. 11. O procedimento apuratório de infrações só terá início, em qualquer caso,
857 por determinação da Mesa Diretora. §1º A definição sobre a abertura de procedimento
858 apuratório será decidida por meio de voto dos membros da Mesa Diretora. §2º Determinada a
859 instauração do procedimento apuratório, pela maioria absoluta dos membros da Mesa Diretora,
860 a respectiva decisão será acompanhada da Nota Técnica elaborada pelo relator da
861 investigação preliminar. Art. 12. Acolhida a proposta de abertura de procedimento apuratório
862 contra conselheiro nacional de saúde ou demais membros do CNS, deverá ser instituída uma
863 Comissão de Apuração, conforme prevê o Art. 7º, §1º da Resolução CNS nº 447/2011, com 4
864 pessoas, indicadas pelos segmentos, entre as quais o presidente da comissão, que será
865 escolhido entre eles. §1º A Comissão de Apuração terá um relator, que será sorteado dentre os
866 membros indicados pelos segmentos. §2º Não poderá ser relator o conselheiro que dirigiu a
867 investigação preliminar nem o Presidente do Conselho Nacional de Saúde em razão dos atos
868 privativos de sua competência. §3º Além do presidente e do relator, a Comissão de Apuração
869 terá dois secretários designados pela Mesa Diretora, respeitada a paridade entre os segmentos
870 que compõem o CNS. §4º Não poderá participar da Comissão de Apuração, cônjuge,
871 companheiro ou parente do acusado, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o
872 terceiro grau. Art. 13. A Comissão de Apuração deverá ter sua composição aprovada em
873 resolução específica para esta finalidade e exercerá suas atividades com independência e
874 imparcialidade, assegurado o sigilo necessário à elucidação do fato ou exigido pelo interesse
875 público. Parágrafo único. As reuniões e as audiências da Comissão terão caráter reservado.
876 Art. 14. O procedimento apuratório se desenvolve nas seguintes fases: I - instauração, com a
877 publicação da resolução que constitui a comissão; II – apuração, que compreende o trabalho
878 da comissão através da instrução, defesa e apresentação do Relatório Final; III – conclusão,
879 que compreende a finalização do trabalho com as indicações ou não da(s) infração(ões)
880 cometida(s) e a penalidade aplicável, se for o caso. Art. 15. Iniciando a segunda fase do
881 procedimento de apuração, o relator poderá convocar o conselheiro nacional de saúde e o
882 membro do CNS investigado, ou seu defensor, se houver, para prestar esclarecimentos e
883 apresentar a sua versão dos fatos, bem como as provas que entender necessárias, no prazo
884 de 15 (quinze) dias, contado da data da sua convocação, observando-se que: Parágrafo único.
885 Caso haja duas ou mais pessoas requeridas, o prazo para apresentação de esclarecimentos
886 será o mesmo para todos, conforme descrito no caput deste artigo, sendo contado da
887 convocação do último; Art. 16. Decorrido o prazo para a apresentação dos esclarecimentos
888 prévios, o presidente decidirá sobre a realização dos atos de instrução (depoimentos, colheita
889 de documentos e demais elementos que poderão subsidiar o procedimento), bem como a
890 produção de provas requeridas, determinando, em diálogo com os demais membros da
891 Comissão de Apuração, as que entender necessárias. Art. 17. A Comissão de Apuração
892 deverá seguir as previsões constantes da Resolução CNS nº 477/2011 e, no que couber, as
893 regras do processo administrativo disciplinar, de acordo com o previsto na Lei nº 8.112, de 11
894 de dezembro de 1990 e na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, podendo adotar, em sede da

895 fase apuratória, os seguintes procedimentos: I - colheita de provas; II - convocação dos
896 conselheiros nacionais de saúde e dos demais membros do CNS envolvidos em denúncia ou
897 indícios de irregularidade; III - oitiva, se for necessário, das testemunhas envolvidas no caso, e
898 de todas as pessoas citadas por elas, que justificadamente tenham ou possam ter
899 conhecimento dos fatos imputados; IV - depoimento de testemunhas, acareações e provas
900 destinadas à elucidação dos fatos, realizados com aplicação, no que couber, da legislação
901 administrativa; V - inquirição das testemunhas deverá ser feita em audiência una, ainda que, se
902 for o caso, em dias sucessivos, e poderão ser realizados por meio de reuniões virtuais através
903 de videoconferência; VI - inquirição do acusado, precedido de convocação com antecedência
904 de 48 (quarenta e oito) horas, será realizada após a produção de todas as provas disponíveis;
905 e VII - depoimentos poderão ser documentados pelo sistema audiovisual, sem a necessidade,
906 nesse caso, de gravação. Art. 18. O prazo para a conclusão do procedimento apuratório não
907 excederá 30 (trinta) dias, contados da data de publicação do ato que constituir a comissão,
908 admitida a sua prorrogação por igual prazo, quando as circunstâncias o exigirem, em
909 decorrência da complexidade do caso, mediante justificativa fundamentada, respeitadas as
910 previsões da Resolução CNS nº 447/2011, e do Art. 145, parágrafo único, da Lei nº
911 8.112/1990. §1º Sempre que necessário, a comissão dedicará a maior parte do seu tempo aos
912 seus trabalhos, ficando seus membros dispensados da participação em atividades
913 concorrentes do CNS, até a entrega do relatório final. §2º As reuniões da comissão serão
914 registradas em atas que deverão detalhar as deliberações adotadas, para fins de organização
915 da sua memória institucional. Art. 19. Com a conclusão do Relatório Final, a Comissão de
916 Apuração encerra a sua participação no procedimento e conclui a sua segunda fase, a
917 apuração, com a entrega dos autos à Mesa Diretora. §1º Do Relatório Final deve constar: I - a
918 descrição dos fatos denunciados; II - o elenco nominal das pessoas envolvidas na denúncia; III
919 - a delimitação do teor da acusação; IV - inteiro teor das declarações colhidas pela Comissão
920 de Apuração junto às pessoas investigadas, seus defensores, se houver, e as testemunhas; V -
921 indicativo de qual penalidade deve ser aplicada ao caso concreto. §2º Caso a Comissão de
922 Apuração não chegue a resultados conclusivos, é necessário fazer constar essa informação no
923 Relatório Final para que a Mesa Diretora delibere acerca das providências cabíveis ao caso.
924 Art. 20. A partir deste momento, tem-se início a terceira e última fase do procedimento, a
925 conclusão. §1º De posse dos autos, a Mesa Diretora terá o prazo de 20 (vinte) dias, contados
926 do recebimento do Relatório Final, para proferir sua decisão, nos termos do art. 167 da Lei nº
927 8.112/1990. § 2º A conclusão do procedimento apuratório será realizado em sessão pública e
928 serão fundamentadas todas as decisões. § 3º Em determinados atos de apuração e da
929 conclusão do procedimento, se poderá, no entanto, limitar a presença às próprias partes,
930 desde que a preservação da intimidade não prejudique o interesse público. § 4º Para o
931 julgamento, que será público, serão disponibilizados aos integrantes da Mesa Diretora acesso
932 à integralidade dos autos do procedimento apuratório. § 5º Todos os membros da Mesa
933 Diretora do Conselho Nacional de Saúde terão direito a voto. § 6º A Secretaria-Executiva do
934 CNS comunicará os resultados do procedimento apuratório aos órgãos, entidades e
935 movimentos sociais de que fazem parte os conselheiros nacionais de saúde ou membros do
936 CNS investigados, no prazo de 15 dias da respectiva sessão. Art. 21. A punição aos
937 conselheiros nacionais de saúde ou membros do CNS investigados somente será imposta pelo
938 voto da maioria absoluta dos membros da Mesa Diretora, contado o voto do Presidente do
939 CNS. Parágrafo único. Na hipótese em que haja divergência quanto à pena, sem que se tenha
940 formado maioria absoluta por uma delas, será aplicada a mais leve, ou, no caso de mais de
941 duas penas alternativas, aplicar-se-á a mais leve que tiver obtido o maior número de votos. Art.
942 22. Entendendo a Mesa Diretora que existem indícios de crime de ação pública incondicionada,
943 o Presidente do CNS remeterá ao Ministério Público cópia dos resultados do procedimento
944 apuratório, com vistas à apresentação de denúncia, se for este o caso. Parágrafo único.
945 Aplicada a pena de dispensa automática ou de remoção compulsória, o Presidente do CNS
946 remeterá cópias do procedimento apuratório aos respectivos órgãos, entidades e movimentos
947 sociais para, sendo o caso, tomar as providências cabíveis. **CAPÍTULO IV - DISPOSIÇÕES**
948 **FINAIS.** Art. 23. No caso de aplicação das penas de dispensa automática ou de remoção
949 compulsória, o conselheiro nacional de saúde ou membro do CNS investigado ficará impedido
950 de representar a sua entidade no decorrer daquele triênio e no subsequente quer seja no
951 Pleno, quer seja nas Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas ou Grupos de Trabalho. Art.
952 24. A Secretaria-Executiva do CNS comunicará ao Pleno do CNS, no expediente, as decisões
953 de arquivamento dos procedimentos prévios de apuração, de instauração e os julgamentos dos
954 procedimentos apuratórios. **Deliberação: a Resolução nº. 658/2021 foi aprovada por**

955 **maioria, com votos contrários e abstenções. 2) Resolução nº 659, de 26 de julho de 2021.**
956 Dispõe sobre a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde - PNIIS. O texto é o
957 seguinte: **“RESOLUÇÃO Nº 659, DE 26 DE JULHO DE 2021.** Publicado no DOU em:
958 00/00/2021 | Edição: 00 | Seção: 00 | Página: 00. *Dispõe sobre a Política Nacional de*
959 *Informação e Informática em Saúde (PNIIS).* O Presidente do Conselho Nacional de Saúde
960 (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento
961 Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142,
962 de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo
963 Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da
964 República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando a
965 importância da análise e atuação do Controle Social durante os processos de elaboração,
966 monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde, previstas na Portaria de
967 Consolidação nº 02/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; considerando a relevância de uma
968 Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), que norteie as ações de
969 Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) de todo o sistema de saúde brasileiro,
970 especialmente evidenciada na crise sanitária provocada pela pandemia da Covid-19, diante
971 das necessidades tecnológicas e do imperativo de geração de evidência científicas;
972 considerando que a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8º+8), ocorrida em agosto de 2019,
973 nos debates em torno do tema central “Democracia e Saúde”, apontou para a necessidade de
974 qualificar a gestão da informação nas três esferas do SUS, melhorando a interface entre os
975 sistemas de informações municipais, estaduais e federais, mantendo-os sempre atualizados
976 para que possam ser utilizados de maneira articulada e que sejam compatíveis com a realidade
977 de cada Estado/Município; considerando a motivação do Ministério da Saúde em entender ser
978 prioritária e estratégica a revisão e atualização da PNIIS, por meio da participação das três
979 instâncias gestoras do SUS, do Controle Social e de entidades vinculadas ao MS, como a
980 Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Agência Nacional de Vigilância em Saúde
981 (ANVISA), a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a Empresa Brasileira de Hemoderivados
982 e Biotecnologia (HEMOBRÁS); considerando a Resolução CNS nº 642/2020, que instituiu um
983 Grupo de Trabalho com a finalidade de produzir subsídios acerca da minuta da PNIIS
984 (GTPNIIS/CNS), e a Resolução CNS nº 653/2021, que o recriou; considerando os resultados
985 do trabalho do GTPNIIS/CNS, apresentados na Nota Técnica nº 6/2021-SECNS/MS, da qual
986 consta a análise das atividades realizadas pelo GTPNIIS/CNS e a orientação pela aprovação
987 da minuta da PNIIS, mesmo com as alterações finais do texto; e considerando que é atribuição
988 do Presidente do Conselho Nacional de Saúde decidir, ad referendum, acerca de assuntos
989 emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à
990 deliberação do Plenário em reunião subsequente (Art. 13, inciso VI do Regimento Interno do
991 CNS, aprovado pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008). Resolve *ad*
992 *referendum* do Pleno do Conselho Nacional de Saúde: aprovar a Política Nacional de
993 Informação e Informática em Saúde - PNIIS, nos termos do anexo desta resolução.
994 FERNANDO ZASSO PIGATTO, Presidente do Conselho Nacional de Saúde. Homologo a
995 Resolução CNS nº 659, de 26 de julho de 2021, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de
996 dezembro de 1990. MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES, Ministro de Estado
997 da Saúde. **ANEXO.** Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).
998 **CAPÍTULO I - DISPOSIÇÕES GERAIS.** Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de
999 Informação e Informática em Saúde (PNIIS), com a finalidade de definir os princípios e
1000 diretrizes norteadores para os setores público e privado efetivarem a integração dos sistemas
1001 de informação em saúde, promovendo a inovação, apoiando a transformação digital dos
1002 processos de trabalho em saúde e aprimorando a governança no uso da informação, das
1003 soluções de tecnologia da informação e da saúde digital, bem como a transparência, a
1004 segurança e o acesso às informações em saúde pela população e melhoria da saúde do
1005 cidadão. Parágrafo único. A PNIIS destina-se a orientar as ações: I - das unidades do
1006 Ministério da Saúde e entidades vinculadas; II - dos gestores de saúde das três esferas de
1007 governo; III - das entidades públicas e privadas de saúde; IV - dos prestadores de serviços de
1008 saúde e tecnologia, públicos e privados; V - dos profissionais da área de saúde; VI - dos
1009 usuários dos serviços de saúde; e VII - das instâncias de controle social. Art. 2º São princípios
1010 da PNIIS: I - promoção da universalidade, integralidade e equidade na atenção e proteção à
1011 saúde, direcionada à continuidade do cuidado individual e coletivo por meio dos processos de
1012 coleta, gestão, produção e disseminação dos dados e informação em saúde; II - fomento à
1013 gestão e à produção dos dados e informação em saúde, como elementos capazes de gerar
1014 conhecimento, na totalidade das ações de atenção, gestão, auditoria, pesquisa, controle e

1015 participação social, de modo a fundamentar ações de vigilância em saúde e formulação de
1016 políticas públicas; III - democratização dos dados e informação em saúde como dever das
1017 entidades no âmbito do SUS; IV - promoção do acesso aberto aos dados e à informação em
1018 saúde como direito do cidadão; V - descentralização dos processos de produção e
1019 disseminação dos dados e da informação em saúde, para atender às necessidades de
1020 compartilhamento de dados e às especificidades regionais e locais; VI - preservação da
1021 autenticidade, da integridade, rastreabilidade e da qualidade da informação em saúde,
1022 observado o disposto na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, Lei Geral de Proteção de
1023 Dados; VII - confidencialidade, privacidade, proteção de dados e segurança da informação de
1024 saúde pessoal como direito de todo indivíduo; VIII - autonomia do usuário na decisão sobre o
1025 compartilhamento dos seus dados de saúde com profissionais da área de saúde que atuam na
1026 sua assistência, com órgãos de pesquisa ou com órgãos ou entidades de saúde públicas e
1027 privadas, respeitadas as obrigações legais de compartilhamento para vigilância em saúde e
1028 gestão da saúde pública; IX - otimização dos processos de trabalho em saúde, com base na
1029 produção e uso das informações em saúde como elemento estruturante para universalidade,
1030 integralidade e equidade na atenção à saúde, a partir da captura única de informações
1031 mediante a utilização de padrões abertos e interoperáveis; X - desenvolvimento de iniciativas
1032 que tenham como foco primário o cidadão e seu bem estar físico e mental; XI - reconhecimento
1033 da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), prevista no art. 254A da Portaria de
1034 Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, como a plataforma nacional de
1035 integração de dados em saúde no país; e XII - respeito aos princípios relacionados na
1036 legislação vigente, com a padronização de normas e práticas, para promover a proteção, de
1037 forma igualitária, dentro do país e no mundo, aos dados pessoais de todo cidadão que esteja
1038 no Brasil. Parágrafo único. A implementação da PNIIS, além dos princípios previstos no art. 2º,
1039 deverá observar as diretrizes específicas previstas no Capítulo II. **CAPÍTULO II - DAS**
1040 **DIRETRIZES ESPECÍFICAS DA PNIIS.** Art. 3º A implementação da PNIIS deve ocorrer em
1041 observância às diretrizes específicas de que trata este Capítulo, organizadas nas seguintes
1042 prioridades: I - governança e gestão no âmbito da PNIIS; II - informatização das instituições de
1043 saúde públicas e privadas; III - suporte à melhoria da atenção à saúde; IV - engajamento do
1044 usuário como protagonista da sua saúde; V - formação e capacitação de recursos humanos; VI
1045 - ambiente de conectividade em saúde; e VII - ecossistema de inovação. **Seção I -**
1046 **Governança e gestão no âmbito da PNIIS.** Art. 4º São diretrizes gerais de governança e
1047 gestão da PNIIS: I - coordenação nacional das ações de saúde digital pelo Ministério da Saúde
1048 e pelas secretarias de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal em seus respectivos
1049 territórios, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde e da Estratégia de Governo Digital
1050 do Brasil; II - acompanhamento periódico das ações de saúde digital pelo Conselho Nacional
1051 de Saúde (CNS) e conselhos de saúde estaduais, municipais e distrital; III - articulação das três
1052 esferas de gestão com os Conselhos de Saúde, por meio do uso de tecnologias da informação
1053 e comunicação; IV - fortalecimento da participação da sociedade na tomada de decisão da
1054 PNIIS; V - promoção da transparência das ações relacionadas à PNIIS, de modo a fortalecer o
1055 acompanhamento das diretrizes e estratégias da PNIIS; VI - Aprimoramento dos mecanismos
1056 de governança norteados pelas melhores práticas de gestão de risco, com ampla transparência
1057 e com a participação da sociedade; VII - fortalecimento da área de saúde digital nas três
1058 esferas de gestão, com apoio à organização, ao desenvolvimento e à integração da atenção,
1059 proteção, promoção, prevenção e recuperação à saúde e participação da sociedade; VIII -
1060 estabelecimento de mecanismos de controle de acesso autorizado a dados pessoais e dados
1061 pessoais sensíveis, pelo usuário, pelos profissionais de saúde, gestores da atenção e vigilância
1062 em saúde, órgãos de pesquisa e agentes públicos legalmente autorizados, em conformidade
1063 com a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018; IX - fomento à criação de linhas de
1064 financiamento, investimento e custeio para o desenvolvimento de projetos de tecnologia da
1065 informação e comunicação em saúde pelos gestores de saúde das três esferas de governo e
1066 de acordo com as deliberações dos conselhos de saúde, nos termos da Lei nº 141, de 13 de
1067 janeiro de 2012; X - fortalecimento da gestão da informação como atividade fundamental para a
1068 efetiva consolidação das políticas de atenção e vigilância em saúde; XI - fortalecimento de
1069 mecanismos de articulação institucional por gestores de saúde, públicos e privados, com vistas
1070 à integração dos sistemas de informação em saúde; XII - fortalecimento e criação de
1071 mecanismos de articulação institucional por gestores de saúde, públicos e privados, com vistas
1072 à integração dos sistemas de informação em saúde à RNDS e adoção de ações referentes à
1073 implementação da PNIIS no processo de planejamento regional integrado; XIII - pactuação
1074 prévia, nas respectivas comissões intergestores, para o desenvolvimento e implantação de

1075 sistemas de informação em saúde de base nacional ou estadual, com tecnologias compatíveis
1076 e integradas; e XIV - fortalecimento de modelos de monitoramento, auditoria e avaliação para
1077 os avanços e necessidades de infraestrutura de TIC e de soluções de saúde digital. § 1º O
1078 Comitê Gestor de Saúde Digital (CGSD) é a instância de decisão colegiada, com funções
1079 normativas, diretivas, de monitoramento e avaliação das atividades relativas aos sistemas de
1080 informação em saúde, da PNIIS, da Estratégia de Saúde Digital e da Estratégia de Governo
1081 Digital no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS. § 2º A instituição e a implementação da
1082 saúde digital devem observar os seguintes instrumentos norteadores do planejamento, no
1083 âmbito da administração pública federal: a) Plano de Saúde e Relatório de Gestão, nos termos
1084 da Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012; b) Estratégia de Saúde Digital para o Brasil; c) Plano
1085 de Transformação Digital (PTD), nos termos do Decreto nº 10.332, de 28 de abril de 2020; d)
1086 Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (PDTIC); e) Plano de Dados
1087 Abertos (PDA), nos termos do disposto no Decreto nº 8.777, de 11 de maio de 2016; e f) Plano
1088 Nacional de Internet das Coisas, nos termos do Decreto nº 9.854, de 25 de junho de 2019.

1089 **Seção II - Informatização das instituições de saúde públicas e privadas.** Art. 5º São
1090 diretrizes da PNIIS quanto à informatização das instituições públicas e privadas: I - indução à
1091 informatização com padrão mínimo para infraestrutura e segurança de TIC a ser alcançado, de
1092 forma a acelerar a adoção de sistemas de prontuários eletrônicos, de apoio à decisão e de
1093 gestão como parte integradora dos serviços e processos de saúde; II - estímulo ao uso de
1094 sistemas de prontuário eletrônico com segurança e funcionalidades compatíveis com os
1095 processos de trabalho em saúde e adequadas para atender à realidade das diferentes esferas
1096 de gestão e níveis de complexidade da saúde, bem como dos estabelecimentos de saúde
1097 considerando as necessidades dos setores público e privado, para atendimento aos padrões
1098 de intercâmbio de dados com a RNDS; III - promoção da articulação com o Ministério da
1099 Ciência, Tecnologia, Inovações, com o Ministério das Comunicações, e com agências
1100 reguladoras federais, com vistas à implantação da infraestrutura e procedimentos necessários
1101 à área de saúde digital; IV - fornecimento de TIC adequada para o recebimento do histórico
1102 clínico pela RNDS ao longo de todo ciclo de vida do usuário, para continuidade de cuidado, por
1103 meio de prontuário eletrônico das instituições públicas e privadas, em conformidade com as
1104 diretrizes legais sobre gestão documental, dispostas na Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991, e
1105 no Decreto nº 4073, de 3 de janeiro de 2002; V - fortalecimento de mecanismos de segurança
1106 de acesso aos sistemas, dados e informações de saúde, que garantam sua disponibilidade,
1107 autenticidade e integridade, com incentivo ao uso de assinatura eletrônica e sistemas
1108 biométricos; e VI - estímulo à padronização dos modelos de informação mínimos nacionais,
1109 bem como dos vocabulários e terminologias em saúde. **Seção III - Suporte à melhoria da**
1110 **atenção à saúde.** Art. 6º São diretrizes da PNIIS quanto ao suporte à melhoria da atenção à
1111 saúde: I - implementação de soluções de tecnologia de informação e comunicação que
1112 possibilitem a melhoria na organização do processo de trabalho em saúde, a qualidade do
1113 contato assistencial e a transformação digital dos estabelecimentos de saúde; II - apoio à
1114 execução das melhores práticas clínicas e de auditoria, de forma a conectar serviços e
1115 aplicativos oferecidos pelo Ministério da Saúde, bem como aqueles desenvolvidos por
1116 terceiros, por meio de sua plataforma de colaboração; III - padronização de protocolos de
1117 especialidades, de forma integrada e digital em estabelecimentos de saúde, permitindo a
1118 gestão adequada das demandas de atenção à saúde e dos mecanismos de regulação; IV -
1119 estímulo a soluções de saúde digital de alto impacto para intervenções comunitárias, de forma
1120 a ampliar a cobertura de promoção da saúde para grupos vulneráveis e outros grupos
1121 priorizados; e V - realização de análise de custo-benefício para a adoção de monitoramento
1122 remoto das condições de saúde de pacientes crônicos por meio de dispositivos vestíveis
1123 inteligentes. **Seção IV - Engajamento do usuário como protagonista da sua saúde.** Art. 7º São
1124 diretrizes da PNIIS quanto ao engajamento do usuário como protagonista da sua saúde: I -
1125 promoção de hábitos saudáveis e gerenciamento da própria saúde, da família e da
1126 comunidade, de forma a auxiliar também na construção das soluções digitais para que
1127 atendam às suas necessidades e permitam minimizar desigualdades e iniquidades sociais; II -
1128 promoção, por gestores de saúde públicos e privados, da alfabetização digital em saúde
1129 (educação em saúde digital), de forma atuar sobre os determinantes sociais da saúde, a
1130 possibilitar que o usuário utilize as soluções digitais e usufrua de seus benefícios no cuidado de
1131 sua saúde e de seus familiares; III - promoção do uso de soluções de tecnologia de informação
1132 e comunicação que possibilitem aos Conselhos de Saúde a análise e avaliação dos benefícios
1133 da saúde digital, a sistematização de informações, o acompanhamento das ações em saúde e
1134 a participação da comunidade; IV - monitoramento, avaliação e auditoria permanentes do nível

1135 de satisfação da população sobre sua experiência com os serviços de saúde digital, a partir da
1136 criação de interfaces funcionais, com design intuitivo e que sigam os princípios da experiência
1137 do usuário, considerando a diversidade de públicos- alvo; V - incentivo a projetos de criação de
1138 soluções digitais e espaços de aprendizagem no contexto de atenção à saúde, que visem a
1139 diminuir os desafios socioculturais e ampliar as possibilidades de educação em saúde digital;
1140 VI - estímulo a parcerias com os cursos de graduação e pós-graduação da área de saúde
1141 visando a educação permanente de jovens e adultos sobre a saúde digital e as tecnologias de
1142 acesso ao monitoramento em saúde individual e coletiva; e VII - promoção da cultura de
1143 proteção de dados e segurança da informação entre profissionais, gestores e usuários do
1144 sistema de saúde. **Seção V - Formação e capacitação de recursos humanos.** Art. 8º São
1145 diretrizes da PNIIS quanto à formação e capacitação de recursos humanos: I - incentivo à
1146 qualificação dos processos de trabalho em saúde, incluindo as novas soluções digitais,
1147 considerando-os atividades de gestão e auditoria do sistema de saúde e de gestão do cuidado;
1148 II - promoção da formação, qualificação, avaliação e da educação permanente dos
1149 trabalhadores e dos gestores de saúde nas áreas de informação e informática em saúde, com
1150 foco na pessoa e suas diversidades, em especial, no que tange à coleta e análise do quesito
1151 raça, cor e ao respeito ao nome social e identidade de gênero; III - promoção da articulação
1152 com os Ministérios da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações e da Educação, com
1153 vistas à inclusão de conteúdos relacionados à área de saúde digital nos cursos de graduação e
1154 pós-graduação da área de saúde; IV - incentivo ao desenvolvimento de programas específicos
1155 para a formação em educação permanente na área de saúde digital; V - estímulo ao
1156 reconhecimento da Saúde Digital como área de conhecimento, incentivando e fortalecendo a
1157 formação de docentes e pesquisadores capacitados ao exercício do magistério, pesquisa e
1158 inovação nessa área, além de profissionais especializados, com relevância para a criação de
1159 programas de pós-graduação stricto sensu, com especial relevância aos de natureza
1160 profissionalizante e com uso de ensino híbrido, com ampla colaboração das universidades
1161 públicas e privadas; VI - incentivo à inserção da saúde digital nos processos formativos
1162 desenvolvidos pela rede de escolas de governo vinculadas ao Ministério da Saúde e às
1163 Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e municipais privilegiando a associação
1164 com universidades públicas e privadas, e de redes colaborativas de educação; VII - incentivo à
1165 inclusão de carga horária de estágio básico nos cursos de graduação e pós-graduação das
1166 atividades de educação permanente desenvolvidas no âmbito público e privado sobre a saúde
1167 digital e as tecnologias de acesso ao monitoramento em saúde individual e coletiva; e VIII -
1168 incentivo à criação de processos de diálogo para produção, sistematização e incorporação de
1169 sugestões e críticas dos profissionais de saúde no processo de desenvolvimento das
1170 aplicações e serviços em saúde digital, bem como para oferta de informações adicionais.
1171 **Seção VI. Ambiente de conectividade em saúde.** Art. 9º São diretrizes da PNIIS quanto ao
1172 ambiente de conectividade em saúde: I - promoção do trabalho colaborativo e inovador
1173 potencializado pela RNDS em todos os setores da saúde para que tecnologias, conceitos,
1174 padrões, modelos de serviços, políticas e regulações sejam postos em prática; II -
1175 estabelecimento de padrões e protocolos de interoperabilidade entre diferentes sistemas e
1176 dispositivos de saúde com a RNDS, preferencialmente abertos, para a troca de informações
1177 que permita a identificação unívoca dos indivíduos e a evolução do seu registro eletrônico de
1178 saúde; III - uso de big data em saúde, para fornecer evidências para políticas, pesquisa e
1179 planejamento para que as descobertas na saúde digital se traduzam em ações; IV - promoção
1180 da disseminação de dados e informações em saúde e do uso de inteligência artificial de forma
1181 a atender tanto às necessidades de usuários, de profissionais, de gestores, de prestadores de
1182 serviços e do controle social, quanto às necessidades de intercâmbio com instituições de
1183 formação, ensino e pesquisa, entre outras; V - divulgação das diversas ações científico-
1184 tecnológicas de produção de informação ligadas à atenção à saúde, utilizando diferentes
1185 veículos de comunicação em suas mais variadas formas e tecnologias; e VI - disponibilização
1186 de dados armazenados na RNDS de forma anonimizada para análises e pesquisas, observada
1187 e resguardada a confidencialidade das informações pessoais de saúde, por meio dos direitos à
1188 proteção de dados e privacidade, em consonância com o Plano de Dados Abertos do Ministério
1189 da Saúde, com a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e com a Lei nº 12.527, de 18 de
1190 novembro de 2011. **Seção VII. Ecossistema de inovação.** Art. 10. São diretrizes da PNIIS
1191 quanto à existência de um ecossistema de inovação: I - estímulo ao uso máximo da RNDS
1192 como ambiente de conectividade em saúde, como laboratório de inovação aberta, de modo a
1193 criar ambiente seguro para teste e escalonamento de novas soluções, com aproveitamento das
1194 tecnologias criadas por startups e instituições privadas de saúde, cujo domínio torne-se

1195 público; II - estímulo ao estabelecimento e manutenção atualizada de um repositório nacional
1196 de software em saúde que inclua componentes e aplicações de acesso público e irrestrito, em
1197 conformidade com padrões e protocolos de funcionalidade, interoperabilidade e segurança; III -
1198 promoção da articulação intersectorial com objetivo de qualificar a capacidade de produção de
1199 software, no interesse da área da saúde; IV - estímulo ao desenvolvimento de metodologias e
1200 ferramentas científicas e tecnológicas para a gestão, qualificação e uso da informação em
1201 saúde; V - estímulo ao uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em
1202 que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, a fim de otimizar os custos e o
1203 trabalho rotineiro; VI - aprimoramento do processo regulatório de saúde para apoiar a inovação,
1204 por meio da implementação de ações e mecanismos de regulação para o complexo produtivo
1205 da saúde digital, de forma a garantir a segurança e a adequação dos dispositivos em um
1206 processo ágil; VII - estímulo ao desenvolvimento de aplicações que utilizem tecnologias que
1207 possibilitem a detecção rotineira de condições crônicas de saúde na prática clínica e que
1208 monitorem a qualidade, a efetividade e a eficácia do cuidado de saúde; VIII - padronização da
1209 metodologia para analisar tecnologias em saúde, a fim de acelerar a adoção em
1210 estabelecimentos de saúde, órgãos governamentais e instituições privadas; IX - estímulo a
1211 parcerias entre o setor público e o privado, universidades, sociedades científicas, agências
1212 reguladoras e outros ministérios, para promover modelos de financiamento sustentáveis,
1213 alavancar o desenvolvimento e o uso de tecnologias e inovação em soluções de saúde digital;
1214 X - estímulo a trocas de experiências internacionais e cooperação para desenvolvimento de
1215 estratégias e de soluções para a saúde digital entre os países; e XI - a orientação para que a
1216 produção de software e demais soluções digitais em saúde busque: a) desenvolver tecnologia
1217 em consonância com a PNIIS, a ESD e a RNDS; b) incluir nos produtos a conexão com as
1218 interfaces disponibilizadas pelos gestores do sistema sem onerar o prestador de serviços de
1219 saúde; c) capacitar seus colaboradores nas tecnologias e padrões definidos pelos gestores do
1220 SUS; e d) adotar tecnologias e padrões determinados pelos gestores do SUS. **CAPÍTULO III -**
1221 **DAS RESPONSABILIDADES DOS CONSELHOS DE SAÚDE, DAS ESFERAS DE GESTÃO**
1222 **DO SUS, DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E**
1223 **DOS USUÁRIOS.** Art. 11. São responsabilidades dos Conselhos de Saúde, nas suas
1224 respectivas esferas de gestão, a promoção do conhecimento, o acompanhamento e avaliação
1225 da execução da PNIIS. Art. 12. São responsabilidades do Conselho Nacional de Saúde (CNS),
1226 no âmbito de suas competências, em articulação com o Ministério da Saúde, CONASS e
1227 CONASEMS: I - orientar a atuação dos conselhos de saúde no acompanhamento da execução
1228 da política, para que os instrumentos de gestão prevejam objetivos, metas, indicadores e
1229 financiamento da PNIIS, segundo deliberação da Conferência Nacional de Saúde, com base: a)
1230 nos instrumentos de planejamento do SUS da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos
1231 Municípios; e b) nos instrumentos utilizados na Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (ESD),
1232 em consonância com as diretrizes em vigor; II - identificar as necessidades relacionadas à
1233 produção e a disseminação das informações em saúde e seu uso por parte do controle social,
1234 para garantir, de acordo com a legislação vigente: a) as melhores práticas de governança e
1235 transparência na implementação da PNIIS; e b) a ampla participação da sociedade civil,
1236 instituições de ensino, pesquisa e inovação no intuito de fortalecer as estratégias nacionais.
1237 Art. 13. São responsabilidades do Comitê Gestor de Saúde Digital (CGSD) quanto à PNIIS: I -
1238 apresentar os resultados alcançados na implementação da PNIIS para as Comissões e o Pleno
1239 do CNS, em periodicidade articulada entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de
1240 Saúde; II - garantir, no seu cronograma anual de trabalho, encontros periódicos com
1241 representantes de outros órgãos e entidades públicas e privadas que possuem interface com
1242 as ações a serem executadas; e III - definir o planejamento de adesão gradual das instituições
1243 públicas e privadas à RNDS. Art. 14. São responsabilidades comuns a todas as esferas de
1244 gestão do SUS: I - implementar, de forma efetiva, as diretrizes e estratégias estabelecidas na
1245 PNIIS; II - incluir nos respectivos Planos de Saúde e Programação Anual de Saúde as ações e
1246 metas para a implementação da PNIIS; III - apoiar a implementação da PNIIS por meio do
1247 processo de planejamento regional em saúde; IV - desenvolver ações de educação
1248 permanente, nas áreas de informação e informática em saúde, incluindo a saúde digital,
1249 destinadas aos profissionais da área de saúde; V - promover ações de implementação de
1250 parcerias para o fortalecimento das ações de saúde digital; VI - prestar apoio e cooperação
1251 técnica aos outros entes federados no desenvolvimento de ações da PNIIS; VII - implantar
1252 soluções digitais em saúde, segundo suas necessidades regionais, para atender às demandas
1253 informacionais, no cuidado integral à saúde, garantindo a interoperabilidade com os sistemas
1254 nacionais; VIII - promover o desenvolvimento e a estruturação dos departamentos ou áreas de

1255 TIC, bem como a incorporação das TIC nos departamentos ou áreas das organizações de
1256 saúde; IX - adotar padrões nacionais e internacionais de interoperabilidade, segurança e
1257 conteúdo semântico; X - assegurar os procedimentos necessários para propiciar a segurança
1258 dos dados pessoais de saúde; e XI - zelar pela privacidade e confidencialidade dos dados
1259 pessoais de saúde a que tenha acesso. Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde: I - elaborar e
1260 revisar periodicamente a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil (ESD), em articulação com
1261 CONASS e CONASEMS, e coordenar sua consecução em âmbito nacional; II - promover e
1262 coordenar ações para o desenvolvimento de alta competência e excelência profissional em
1263 áreas da saúde digital; III - estabelecer metodologias de monitoramento e avaliação da PNIIS
1264 de forma articulada com os Estados, Distrito Federal e Municípios; IV - estabelecer
1265 mecanismos de monitoramento e avaliação da maturidade digital dos estabelecimentos de
1266 atenção à saúde; V - gerir e normatizar o uso dos padrões nacionais de interoperabilidade,
1267 segurança e conteúdo semântico, conforme previsto no art. 237 da Portaria de Consolidação
1268 GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017; VI - fazer a gestão estratégica da operação da
1269 RNDS; VII - desenvolver os critérios e mecanismos de credenciamento de órgãos e entidades
1270 públicas e privadas junto à RNDS; VIII - garantir o acesso da gestão do SUS de estados,
1271 municípios e Distrito Federal às bases de dados dos Sistemas de Informação de Base Nacional
1272 referentes à população de seus territórios; IX - garantir recursos orçamentários e financeiros
1273 para custear a sustentação operacional da RNDS e prover o serviço aos demais entes; X -
1274 prever recursos orçamentários e financeiros para apoiar a informatização da atenção em saúde
1275 por meio de programas específicos; XI - gerir e normatizar o uso dos padrões e protocolos de
1276 interoperabilidade para a verificação da autenticidade, integridade e validade jurídica das
1277 assinaturas eletrônicas em documentos de saúde, especialmente prescrições eletrônicas,
1278 quando couber, e respeitada a legislação aplicável; XII - promover a criação de Política de
1279 Governança de Dados de Saúde que forneça diretrizes específicas de segurança, ética em
1280 pesquisa, propriedade intelectual, confidencialidade e privacidade da informação, que estimule
1281 a cultura de proteção de dados em saúde, observados os princípios e diretrizes da Lei Geral de
1282 Proteção de Dados (LGPD) para os setores público e privado de saúde; e XIII - promover a
1283 criação de uma Política Nacional de Telessaúde, para os setores público e privado, para que
1284 seja adotada como prática essencial, rotineira e permanente para a atenção à saúde.
1285 Parágrafo único. Para fins do disposto nos incisos I, XII e XIII deste artigo serão ouvidos os
1286 conselhos de saúde e as instituições de ensino, pesquisa e inovação na área da saúde. Art. 16.
1287 Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: I - promover a
1288 implementação das ações de saúde digital no âmbito estadual e distrital, em consonância com
1289 a PNIIS; II - apoiar a gestão do credenciamento das secretarias municipais de seu território
1290 junto à RNDS; III - prestar o suporte quanto à utilização da RNDS no seu âmbito de atuação; IV
1291 - prestar apoio e cooperação técnica aos Municípios e às regiões administrativas, no caso do
1292 Distrito Federal; V - divulgar e apoiar a implantação e implementação das diversas políticas de
1293 saúde demandadas pela União e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite; VI -
1294 monitorar a implementação da PNIIS nos Municípios e nas regiões administrativas, no caso do
1295 Distrito Federal; VII - promover a formação de parcerias com Instituições de Ensino Superior,
1296 em caráter local ou regional, para aumentar a oferta de oportunidades de formação de
1297 profissionais capacitados à execução das tarefas inerentes à saúde digital, em todos os níveis;
1298 e VIII - monitorar e avaliar a qualidade dos dados e informações transmitidas à RNDS dos
1299 estabelecimentos de seu território. Art. 17. Compete às Secretarias de Saúde dos municípios e
1300 do Distrito Federal: I - implementar as ações em saúde digital em consonância com a PNIIS,
1301 conforme previsto nos instrumentos de planejamento do SUS; II - apoiar a gestão do
1302 credenciamento dos estabelecimentos de saúde junto à RNDS; III - prestar o suporte quanto à
1303 utilização da RNDS no seu território; e IV - monitorar e avaliar a qualidade dos dados e
1304 informações transmitidas à RNDS dos estabelecimentos sob sua gestão. Art. 18. Compete aos
1305 estabelecimentos de saúde em todo o território nacional: I - realizar, de maneira gradativa,
1306 conforme planejamento estipulado pelas esferas de gestão, por meio do CGSD, as
1307 adequações necessárias em seus sistemas de informação relativas ao uso da RNDS; II - enviar
1308 os dados e informações referentes aos atendimentos em saúde à RNDS para a composição do
1309 histórico clínico dos pacientes, conforme os protocolos operacionais definidos; III -
1310 disponibilizar, fidedignamente e em tempo oportuno, as informações definidas como
1311 necessárias pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal
1312 de Saúde ou do Distrito Federal; IV - assegurar os procedimentos necessários para propiciar a
1313 segurança dos dados pessoais de saúde; e V - zelar pela privacidade e confidencialidade dos
1314 dados pessoais de saúde a que tenha acesso. Art. 19. Compete aos profissionais de saúde em

1315 todo território nacional: I - zelar pela privacidade e confidencialidade dos dados pessoais de
1316 saúde a que tenha acesso; e II - responsabilizar-se pela autoria e pela qualidade dos dados
1317 produzidos e prestados. Art. 20. Os usuários devem zelar pelo bom uso de seus dados de
1318 saúde e das pessoas sob sua responsabilidade, bem como monitorar e participar da ampliação
1319 do uso da RNDS como um bem público para toda a sociedade brasileira, por meio dos
1320 conselhos de saúde e pelos canais de comunicação disponíveis para os cidadãos. **CAPÍTULO**
1321 **IV - DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO.** Art. 21. As ações e as metas para o
1322 monitoramento e a avaliação da PNIIS devem ser pactuadas no âmbito do CGSD e devem
1323 constar dos seguintes instrumentos de planejamento do SUS, submetidos às deliberações dos
1324 Conselhos de Saúde: I - Plano de Saúde, nas respectivas esferas de gestão do SUS; II -
1325 Programações Anuais de Saúde; III - Relatórios Anuais de Gestão; IV - Planejamento Regional
1326 Integrado; e V - Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, no âmbito federal. Art. 22. A
1327 Estratégia de Saúde Digital para o Brasil deverá incluir em seu Plano de Ação, Monitoramento
1328 e Avaliação, indicadores de saúde, metas, mecanismos e metodologia para avaliar a
1329 maturidade da saúde digital, bem como meios de mensuração para subsidiar o
1330 acompanhamento da implementação das diretrizes da PNIIS. **CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES**
1331 **FINAIS.** Art. 23. A execução da PNIIS deve observar: I - as diretrizes emanadas pela
1332 Autoridade Nacional de Proteção de Dados e os demais normativos e diretrizes de proteção de
1333 dados; e II - a realidade local, respeitando conceitos e incentivando experiências bem-
1334 sucedidas para estabelecer uma extensa rede de cooperação, com o fim de inserir os
1335 princípios e as diretrizes da Política no cotidiano das ações institucionais na área de saúde em
1336 território nacional. Art. 24. Compete à Secretaria-Executiva (SE/MS), articular, no âmbito do
1337 Ministério da Saúde e junto ao CONASS, CONASEMS e CNS e demais órgãos e entidades
1338 públicos e privados, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem
1339 necessárias à execução da PNIIS. **Deliberação: a Resolução nº. 659/2021 foi aprovada por**
1340 **maioria, com abstenções. 3) Resolução nº 660, de 5 de agosto de 2021.** Dispõe sobre o
1341 Regimento da V Conferência Nacional de Saúde Mental (V CNSM). O texto é o seguinte:
1342 **“RESOLUÇÃO Nº 660, DE 05 DE AGOSTO DE 2021.** Publicado no DOU em: 00/00/2021 |
1343 Edição: 00 | Seção: 00 | Página: 00. *Dispõe sobre o Regimento da V Conferência Nacional de*
1344 *Saúde Mental (V CNSM).* O Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas
1345 competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e
1346 garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro
1347 de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de
1348 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do
1349 Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata. **Resolve ad referendum do Pleno do**
1350 **Conselho Nacional de Saúde:** aprovar o Regimento da V Conferência Nacional de Saúde
1351 Mental (V CNSM), que terá por tema “A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do
1352 cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no
1353 SUS”, nos termos do anexo desta Resolução. FERNANDO ZASSO PIGATTO, Presidente do
1354 Conselho Nacional de Saúde. Homologo a Resolução CNS nº 660, de 05 de agosto de 2021,
1355 nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. MARCELO ANTÔNIO CARTAXO
1356 QUEIROGA LOPES, Ministro de Estado da Saúde. ANEXO I - REGIMENTO DA V
1357 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **CAPÍTULO I - DA NATUREZA E DA**
1358 **FINALIDADE.** Art. 1º A V Conferência Nacional de Saúde Mental (V CNSM), convocada pela
1359 Resolução CNS nº 652, de 14 de dezembro de 2020, tem como objetivo propor diretrizes para
1360 a Formulação da Política Nacional de Saúde Mental e o fortalecimento dos programas e ações
1361 de Saúde Mental para todo o território Nacional. **CAPÍTULO II. Seção I - DA REALIZAÇÃO.** Art.
1362 2º A V CNSM terá abrangência nacional, mediante a realização das Etapas Preparatórias:
1363 Municipais e/ou Macrorregionais, Estaduais/Distrital e Nacional, assim como as Conferências
1364 Livres, conforme abaixo: I - Etapa Nacional - 17 a 20 de maio de 2022; II - As etapas
1365 preparatórias às Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrital e Nacional
1366 como: Conferências Livres, Plenárias, Oficinas e outras poderão ser realizadas de outubro de
1367 2021 até o início das referidas etapas; III - As etapas Municipais e/ou Macrorregionais poderão
1368 ser realizadas de 1º de novembro de 2021 a 31 de janeiro de 2022; IV - As etapas Estaduais
1369 e/ou Distrital poderão ser realizadas de 01 de fevereiro de 2022 até 30 de abril de 2022. V - O
1370 cronograma geral da V CNSM será aprovado por meio de Resolução do Conselho Nacional de
1371 Saúde. § 1º As conferências a serem realizadas 2021 deverão ocorrer por meio virtual. § 2º
1372 Compõem a etapa preparatória da V CNSM: I - O Encontro Nacional das Comissões
1373 Intersetoriais de Saúde do CNS; II - A Plenária Nacional de Saúde e Movimentos Sociais; e III -
1374 1ª Conferência Popular Nacional da Saúde Mental Antimanicomial. § 3º Consideram-se

1375 Macrorregionais, para fins desta Conferência, aquelas regiões definidas no Plano Diretor de
1376 Regionalização de Saúde ou conforme determinação do Conselho de Saúde Estadual ou do
1377 Distrito Federal. § 4º A Etapa Estadual/Distrital será precedida de Conferências Municipais e/ou
1378 Macrorregionais, e a Etapa Nacional será precedida de Conferências Estaduais e Distrital. § 5º
1379 Os Conselhos de Saúde dos estados e do Distrito Federal deverão informar à Comissão
1380 Organizadora Nacional o cronograma de realização das Conferências Municipais e/ou
1381 Macrorregionais e Estaduais/Distrital. § 6º O não cumprimento dos prazos e/ou realização das
1382 etapas previstas neste artigo, por algum Município, Macrorregião, Estado e Distrito Federal,
1383 não constituirá impedimento para a realização da Etapa Nacional, mas a participação como
1384 delegado(a) ficará restrita devido à ausência de deliberação. Seção II - DA ETAPA MUNICIPAL
1385 E/OU MACRORREGIONAL. Art. 3º A Etapa Municipal e/ou Macrorregional terá por objetivo
1386 analisar as prioridades constantes no Documento Orientador e elaborar propostas para o
1387 fortalecimento dos programas e ações de saúde mental. Parágrafo único. A Comissão de
1388 Organização e ou Conselho de Saúde responsável pela realização da etapa emitirá Relatório
1389 da Etapa Municipal e/ou Macrorregional, juntamente com a lista dos(as) Delegados(as)
1390 eleitos(as) para a Etapa Estadual/Distrital, considerando-se os prazos previstos no Regimento
1391 da Conferência Estadual e Distrital. Art. 4º O Conselho Estadual/Distrital de Saúde coordenará
1392 as Conferências Macrorregionais de Saúde Mental, devendo convocar os Conselhos
1393 Municipais de Saúde da Macrorregião para compor a organização. § 1º Havendo Conferência
1394 Municipal de Saúde Mental, caberá ao respectivo Conselho Municipal de Saúde a sua
1395 coordenação. § 2º No caso do Distrito Federal, a realização de Conferências Municipais e/ou
1396 Macrorregionais deverá obedecer à sua estrutura de organização jurídicoadministrativa. § 3º
1397 Nas Conferências Municipais e/ou Macrorregionais serão eleitos(as), de forma paritária, os(as)
1398 delegados(as) que participarão da Conferência Estaduais/Distrital, conforme a Resolução do
1399 CNS nº 453/2012. Seção III - DA ETAPA ESTADUAL E DO DISTRITO FEDERAL. Art. 5º A
1400 Etapa Estadual/Distrital terá por objetivo analisar as prioridades constantes no Documento
1401 Orientador e nos Relatórios das Conferências Municipais e/ou Macrorregionais, elaborar
1402 propostas para Estados, Distrito Federal e União, e encaminhar à Comissão Organizadora
1403 Nacional o respectivo Relatório Final. Parágrafo único. Deverá constar no relatório final da
1404 etapa Estadual/Distrital o quantitativo de participantes de todas as atividades realizadas
1405 referente à Etapa Municipal e/ou Macrorregional e das Conferências Livres (conforme Seção V
1406 deste regimento). Art. 6º Os Conselhos Estaduais/Distrital de Saúde definirão o número de
1407 delegados(as) por Município e/ou Macrorregionais que participarão da Etapa Estadual e/ou
1408 Distrital, observando-se a paridade prevista na Resolução CNS nº 453/2012. Art. 7º Na Etapa
1409 Estadual e/ou do Distrital só poderão participar os(as) delegados(as) eleitos(as) nas
1410 Conferências Municipais e/ou Macrorregionais, os delegados(as) eleitos(as) pelo Conselho
1411 Estadual de Saúde/Conselho de Saúde do Distrito Federal e convidados(as), obedecendo à
1412 paridade prevista na Resolução CNS nº 453/2012. § 1º Os(as) delegados(as) eleitos(as) pelo
1413 Conselho Estadual de Saúde/Conselho de Saúde do Distrito Federal são: I - Conselheiros (as)
1414 estaduais titulares, ou suplentes, no caso de substituição do titular; e II - Representantes de
1415 entidades/instituições. § 2º O número de Conselheiros(as) estaduais, somado ao número de
1416 representantes de entidades/instituições, não poderá ultrapassar o percentual de 20% (vinte
1417 por cento) do total dos delegados(as) eleitos(as) nas Conferências Municipais e/ou
1418 Macrorregionais. § 3º Os(as) delegados(as) previstos no inciso I e II do §1º serão
1419 apresentados(as) e homologados(as) pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde/Conselho de
1420 Saúde do Distrito Federal. § 4º Os (as) delegados (as) referidos(as) no inciso III do §1º deverão
1421 ser eleitos(as) pelo Pleno do Conselho Estadual de Saúde/Conselho de Saúde do Distrito
1422 Federal, mediante proposta formulada pela Comissão Executiva, em âmbito estadual/distrital.
1423 Art. 8º As inscrições dos(as) Delegados(as) da Etapa Estadual/Distrital, eleitos(as) para
1424 participarem da V CNSM serão realizadas pelas comissões organizadoras das Conferências
1425 Estaduais/Distrital. Seção IV - DA ETAPA NACIONAL. Art. 9º A Etapa Nacional terá por
1426 objetivo analisar e deliberar sobre o consolidado das propostas aprovadas nas Conferências
1427 Estaduais e Distrital para o fortalecimento dos programas e ações de Saúde Mental. Art. 10 Na
1428 Etapa Nacional participarão somente os (as) delegados (as) eleitos (as) nas Conferências
1429 Estaduais/Distrital, os (as) delegados (as) eleitos (as) pelo Conselho Nacional de Saúde,
1430 obedecendo a paridade prevista na Resolução CNS nº 453/2012, e convidados(as). § 1º Os
1431 (as) Delegados (as) eleitos (as) pelo Conselho Nacional de Saúde são: I – Conselheiros (as)
1432 nacionais titulares, ou suplentes, no caso de substituição do(a) titular; II – Conselheiros (as)
1433 nacionais suplentes, um por composição; e III - Representantes de entidades/instituições. § 2º
1434 O número de Conselheiros (as) nacionais, somado ao número de representantes de

1435 entidades/instituições, não poderá ultrapassar o percentual de 20% (vinte por cento) do total
1436 dos(as) delegados(as) eleitos(as) nas Etapas Estaduais/Distrital. § 3º Os (as) delegados (as)
1437 previstos no inciso I e II do §1º serão apresentados(as) e homologados(as) no Pleno do CNS. §
1438 4º Os(as) delegados(as) referidos(as) no inciso III do §1º deverão ser eleitos(as) pelo Pleno do
1439 Conselho Nacional de Saúde, mediante proposta formulada pela Comissão Executiva da V
1440 CNSM, em âmbito nacional. Art. 11 A V CNSM será realizada de maneira presencial em
1441 Brasília/DF, a depender do cenário da pandemia da Covid 19 e poderá ser realizada de
1442 maneira remota ou híbrida. Parágrafo único. A Programação da V CNSM será proposta pela
1443 Comissão Organizadora, aprovada pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde e anexada ao
1444 Regulamento. Seção V - DAS CONFERÊNCIAS LIVRES. Art. 12 As Conferências Livres
1445 poderão ser organizadas pelos segmentos de usuários (as), trabalhadores (as) e gestores
1446 (as)/prestadores(as), como também, pela representação social a que pertencem (Ex.:
1447 juventude, população em situação de rua, população negra, pescadores(as), catadores(as) de
1448 materiais recicláveis, indígenas, pessoas com deficiência, pessoas vivendo com HIV/AIDS,
1449 dentre outras), podendo ser constituídas nos âmbitos Municipais, Intermunicipais, Regionais,
1450 Macrorregionais, Estaduais, Distrital e/ou Nacional, com o objetivo de debater um ou mais
1451 eixos temáticos. Parágrafo único. As conferências livres não elegem delegados (as). Seu
1452 principal objetivo é apresentar sugestões pelo(s) eixo(s) temático(s) debatido(s) à Comissão
1453 Organizadora da Etapa correspondente. CAPÍTULO III - DO TEMÁRIO. Art. 13 O tema central
1454 da Conferência, que orientará as discussões nas distintas etapas da sua realização, será: “A
1455 Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços
1456 e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS”, a ser desenvolvido em eixos e
1457 em subeixos. § 1º O eixo principal da V CNSM será “Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o
1458 SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos”, que será
1459 subdividido em 04 (quatro) eixos e seus subeixos, conforme abaixo: I - Cuidado em liberdade
1460 como garantia de Direito a cidadania: a) Desinstitucionalização: Residências terapêuticas,
1461 fechamento de hospitais psiquiátricos e ampliação do Programa de Volta para Casa; b)
1462 Redução de danos e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas;
1463 c) Saúde mental na infância, adolescência e juventude: atenção integral e o direito à
1464 convivência familiar e comunitária; d) Saúde mental no sistema prisional na luta contra a
1465 criminalização dos (as) sujeitos (as) e encarceramento das periferias; e) Diversas formas de
1466 violência, opressão e cuidado em Saúde Mental; f) Prevenção e posvenção do suicídio e
1467 integralidade no cuidado. II - Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia
1468 de serviços de saúde mental: a) Garantia de financiamento público para a manutenção e
1469 ampliação da política pública de saúde mental; b) Formação acadêmica, profissional e
1470 desenvolvimento curricular, compatíveis à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); c) Controle
1471 social e participação social na formulação e na avaliação da Política de Saúde Mental, Álcool e
1472 Outras Drogas; d) Educação continuada e permanente para os(as) trabalhadores(as) de saúde
1473 mental; e) Acesso à informação e uso de tecnologias de comunicação na democratização da
1474 política de saúde mental; f) Financiamento e responsabilidades nas três esferas de gestão
1475 (federal, estadual/distrital e municipal) na implementação da política de saúde mental; g)
1476 Acompanhamento da gestão, planejamento e monitoramento das ações de saúde mental; III -
1477 Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade: a)
1478 Intersetorialidade e integralidade do cuidado individual e coletivo da Política de Saúde Mental;
1479 b) Equidade, diversidade e interseccionalidade na política de saúde mental; c) Garantia do
1480 acesso universal em saúde mental, atenção primária e promoção da saúde, e práticas clínicas
1481 no território; d) Reforma psiquiátrica, reforma sanitária e o SUS; IV - Impactos na saúde mental
1482 da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia: a)
1483 Agravamento das crises econômica, política, social e sanitária e os impactos na saúde mental
1484 da população principalmente as vulnerabilizadas; b) Inovações do cuidado psicossocial no
1485 período da pandemia e possibilidade de continuar seu uso, incluindo-se, entre outras, as
1486 ferramentas a distância; c) Saúde do(a) trabalhador(a) de saúde e adoecimento decorrente da
1487 precarização das condições de trabalho durante e após a emergência sanitária; § 2º O
1488 Documento Orientador da V CNSM, de caráter propositivo, será elaborado por representantes
1489 da Comissão Organizadora, da Comissão Executiva e da Comissão de Formulação e Relatoria,
1490 com base no eixo e subeixos temáticos da V CNSM e deverá considerar as deliberações da
1491 16ª Conferência Nacional de Saúde e do Plano Nacional de Saúde. § 3º Os eixos e subeixos
1492 poderão sofrer ajustes, respeitando o debate acumulado pelo Conselho Nacional de Saúde.
1493 CAPÍTULO IV - DO FUNCIONAMENTO. Art. 14 A V CNSM será presidida pelo Ministro de
1494 Estado de Saúde, com Coordenação Geral da Presidência do Conselho Nacional de Saúde e

1495 da Coordenação Geral-Adjunta da Coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Mental.
1496 Art. 15 O funcionamento da Etapa Nacional da V CNSM se dará através da realização de
1497 Oficinas, constituição de Grupos de Trabalho e de uma Plenária Final. Parágrafo único. Após a
1498 realização da etapa Nacional, por um período de 01 (um) ano, o sistema de conselhos de
1499 saúde desenvolverá atividades de monitoramento e devolutivas das deliberações da V CNSM.
1500 Art. 16 Os relatórios das Conferências Estaduais e Distrital deverão ser apresentados à
1501 Comissão Organizadora Nacional da V CNSM, até 10 (dez) dias do término da referida etapa. §
1502 1º Os Relatórios das Etapas Estaduais e Distrital deverão conter, no máximo, 12 (doze)
1503 propostas prioritárias de abrangência nacional, sem número mínimo de propostas por subeixos,
1504 a serem apresentadas em papel tamanho A4, fonte tipo Arial, tamanho 12 e espaço duplo. § 2º
1505 Caberá à Comissão de Formulação e Relatoria elaborar o Relatório Consolidado das Etapas
1506 Estaduais/Distrital, a ser publicado e distribuído para subsidiar a Etapa Nacional da V CNSM. §
1507 3º A Comissão de Formulação e Relatoria da V CNSM consolidará as propostas dos Relatórios
1508 Estaduais/Distrital, considerando as que se relacionam com o tema central, em um total de
1509 doze propostas. CAPÍTULO V - DAS COMISSÕES. Art. 17 A V CNSM será conduzida pelas
1510 seguintes comissões: a) Comissão Executiva; b) Comissão Organizadora; c) Comissão de
1511 Comunicação e Mobilização; e d) Comissão de Formulação e Relatoria. § 1º A Comissão
1512 Executiva terá os (as) seguintes representantes: I – Coordenador (a) - Presidente do Conselho
1513 Nacional de Saúde; II - Secretário(a) Executivo (a) do Conselho Nacional de Saúde; III -
1514 Coordenador Geral-Adjunto (a): Coordenador(a) da Comissão Intersetorial de Saúde Mental; IV
1515 - 01 (um) membro do Ministério da Saúde; V - 01 (um) membro do Conselho Nacional dos
1516 Secretários de Saúde (CONASS); VI - 01 (um) membro do Conselho Nacional de Secretarias
1517 Municipais de Saúde (CONASEMS); VII - 01 (um) membro da Coordenação-Geral de Saúde
1518 Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD). § 2º A Comissão Organizadora da V CNSM será
1519 composta por 16 (dezesesseis) membros podendo ou não ser Conselheiro (as), conforme
1520 descrito abaixo: I - 01 (um) representante do Ministério da Saúde; II - 01 (um) representante do
1521 Conselho Nacional dos (as) Secretários (as) de Saúde (CONASS); III - 01 (um) representante
1522 do Conselho Nacional de Secretários (as) Municipais de Saúde (CONASEMS); IV - 01 (um)
1523 representante da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD); V -
1524 06 (seis) representantes da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM); VI - 02 (dois)
1525 representantes da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde; e VII - 04 (quatro)
1526 conselheiros (as) aprovados (as) pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, sendo 2 (dois)
1527 usuários(as) e 2 (dois) trabalhadores(as). § 3º A Comissão Organizadora apresentará ao Pleno
1528 do CNS proposta de composição para as Comissões de Comunicação e Mobilização e a
1529 Comissão de Formulação e Relatoria. CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES.
1530 Art. 18 À Comissão Executiva compete: I - Implementar as deliberações da Comissão
1531 Organizadora; II - Subsidiar e apoiar a realização das atividades das demais Comissões; III -
1532 Garantir as condições da infraestrutura necessárias para a realização da V CNSM; IV - Propor
1533 e viabilizar a execução do orçamento e providenciar as suplementações orçamentárias; V -
1534 Prestar contas à Comissão Organizadora dos recursos destinados à realização da Conferência,
1535 considerando-se os gastos das comissões nacionais na participação das etapas preparatórias,
1536 Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais e Distrital; VI - Propor as condições
1537 de acessibilidade e de infraestrutura necessárias para a realização da V CNSM, caso seja
1538 realizada de forma presencial, referentes ao local, ao credenciamento, equipamentos e
1539 instalações audiovisuais, de reprografia, comunicação (telefone, Internet, dentre outros),
1540 hospedagem, transporte, alimentação e outras; VII - Providenciar e acompanhar a celebração
1541 de contratos e convênios necessários à realização da V CNSM; e VIII - Propor a lista dos(as)
1542 convidados(as) e delegados(as) referidos no §1º do artigo 10, obedecendo a paridade prevista
1543 na Resolução CNS nº 453/2012. Parágrafo único. A Comissão Executiva deverá participar de
1544 todas as reuniões da Comissão Organizadora. Art. 19 À Comissão Organizadora da V CNSM
1545 compete: I - Promover, coordenar e supervisionar a realização da V CNSM, atendendo aos
1546 aspectos técnicos, políticos, administrativos, financeiros e sanitários, e apresentando as
1547 propostas para deliberação do Conselho Nacional de Saúde; II - Elaborar e propor: a) O
1548 Regulamento da V CNSM; b) Apreciar a prestação de contas realizada pela Comissão
1549 Executiva; e c) Resolver as questões julgadas pertinentes não previstas nos itens anteriores. III
1550 - Acompanhar a disponibilidade da organização, da infraestrutura e do orçamento da Etapa
1551 Nacional; e IV - Estimular, monitorar e apoiar a realização das Etapas Preparatórias,
1552 Conferências Municipais e/ou Macrorregionais e Estaduais/Distrital de Saúde Mental. Art. 20 À
1553 Comissão de Formulação e Relatoria compete: I - Elaborar e propor o método para
1554 consolidação dos Relatórios das Etapas Estaduais ou do Distrital e da Plenária Final da Etapa

1555 Nacional; II - Consolidar os Relatórios da Etapa Estadual ou Distrital; III - Propor nomes para
1556 compor a equipe de relatores da Plenária Final; IV - Elaborar o Relatório Final da V CNSM; V -
1557 Propor metodologia para a etapa final da V CNSM; VI - Propor, encaminhar e coordenar a
1558 publicação do Documento Orientador e de textos de apoio para a V CNSM; e VII - Estimular e
1559 acompanhar o encaminhamento, em tempo hábil, dos Relatórios das Conferências
1560 Estaduais/Distrital à Comissão de Formulação e Relatoria da V CNSM. Parágrafo único. A
1561 Comissão de Formulação e Relatoria trabalhará articulada com a Comissão de Comunicação e
1562 Mobilização e com a Assessoria de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde na
1563 produção dos textos para a V CNSM. Art. 21 À Comissão de Comunicação e Mobilização
1564 compete: I - Definir instrumentos e mecanismos de divulgação da V CNSM, incluindo imprensa,
1565 Internet e outras mídias; II - Promover a divulgação do Regimento e do Regulamento da V
1566 CNSM; III - Orientar as atividades de comunicação social da V CNSM; IV - Apresentar
1567 relatórios periódicos das ações de comunicação e divulgação, incluindo recursos na mídia; V -
1568 Divulgar a produção de materiais, da programação e o Relatório Final da V CNSM; VI -
1569 Mobilizar e estimular a participação de todos os segmentos/setores pertinentes nas etapas das
1570 V CNSM; VII - Estimular a realização de atividades para discussão do Documento Orientador; e
1571 VIII - Estimular a realização de Seminários Mobilizadores. Parágrafo único. A Comissão de
1572 Comunicação e Mobilização trabalhará articulada com a Assessoria de Comunicação do
1573 Conselho Nacional de Saúde no desenvolvimento das ações da V CNSM. CAPÍTULO VII -
1574 DOS(AS) PARTICIPANTES. Art. 22 A V CNSM contará com os(as) seguintes participantes,
1575 conforme distribuição constante do Anexo II deste Regimento, que será publicado
1576 em resolução posterior: a) Delegados(as) eleitos(as) pelo Conselho Nacional de Saúde, com
1577 direito a voz e voto; b) Delegados(as) eleitos(as) na Etapa Estadual/Distrital da V CNSM,
1578 conforme previsto no Anexo I deste Regimento, com direito a voz e voto; e c) Convidados(as),
1579 com direito a voz. § 1º No processo eleitoral para a escolha de delegados(as), deverão ser
1580 eleitos(as) delegados(as) suplentes, no total de 30% (trinta por cento) das vagas de cada
1581 segmento, devendo ser encaminhada a ficha de inscrição do(a) delegado(a) suplente, assim
1582 caracterizado no conjunto dos(as) delegados(as) inscritos(as), à Comissão Organizadora da V
1583 CNSM. § 2º Serão convidados(as) para a V CNSM representantes de ONGs, entidades,
1584 instituições e personalidades nacionais e internacionais, com atuação de relevância em saúde
1585 mental e setores afins, num percentual máximo de até 10% (dez por cento) do total de
1586 delegados(as) eleitos (as) (nos Estados e no Distrito Federal), que serão indicados pela
1587 Comissão Executiva, e aprovados pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde. § 3º A lista de
1588 convidados (as) será concluída até 90 (noventa) dias antes da data de realização da Etapa
1589 Nacional. Art. 23 As inscrições dos (as) delegados (as) para a Etapa Nacional da V CNSM
1590 deverão ser feitas junto à Comissão Organizadora até 90 (noventa) dias antes da data de
1591 realização da Etapa Nacional. Art. 24 A comunicação dos (as) delegados (as) suplentes eleitos
1592 (as), em substituição aos (as) delegados (as) titulares eleitos(as), poderá ser realizada até 15
1593 (quinze) dias antes da data de realização da Etapa Nacional. Art. 25 Os (as) participantes com
1594 deficiência e/ou patologias e que tenham necessidades especiais deverão fazer o registro na
1595 ficha de inscrição da V CNSM, para que sejam providenciadas as condições necessárias à sua
1596 participação. CAPÍTULO VIII - DOS RECURSOS FINANCEIROS. Art. 26 As despesas com a
1597 organização geral para a realização da Etapa Nacional da V CNSM caberão à dotação
1598 orçamentária consignada ao Ministério da Saúde. § 1º O Ministério da Saúde arcará com as
1599 despesas referentes à hospedagem e alimentação de todos os (as) delegados(as) e
1600 convidados(as). § 2º As despesas com o deslocamento dos (as) delegados(as)
1601 estaduais/distritais de seus Estados/DF e regiões de origem até Brasília serão de
1602 responsabilidade da respectiva unidade federada. § 3º As despesas com o deslocamento dos
1603 (as) representantes de entidades/instituições eleitos (as) delegados (as) pelo Conselho
1604 Nacional de Saúde da cidade de origem até Brasília serão de responsabilidade das Entidades
1605 que representam. § 4º As despesas com as Conferências Municipais e/ou Macrorregionais
1606 poderão ser custeadas pelos Fundos Municipais de Saúde. § 5º As Despesas com as
1607 Conferências Estaduais/Distrital serão custeadas pelo Fundo Estadual/Distrital de Saúde. § 6º
1608 Os (as) delegados (as) suplentes eleitos(as) somente terão direito à hospedagem e à
1609 alimentação, pagas pelo Ministério da Saúde, quando configurado o seu credenciamento
1610 enquanto delegado (a), em substituição ao (a) delegado (a) titular eleito (a). Parágrafo único.
1611 Caso a realização da Etapa Nacional da V CNSM, seja realizada por meio virtual, caberá ao
1612 Ministério da Saúde arcar com todas as despesas referentes à estrutura, sistema, plataforma e
1613 logística, para realização do evento. CAPÍTULO IX - DAS INSTÂNCIAS DELIBERATIVAS. Art.
1614 27 - São instâncias de decisão na Etapa Nacional da V CNSM: I - Os grupos de trabalho; e II -

1615 A Plenária Final. § 1º A proposta de regulamento da Etapa Nacional será divulgada aos
1616 Conselhos Estaduais e ao Conselho do Distrito Federal e submetida à consulta virtual, por um
1617 período de 30 (trinta) dias. § 2º As sugestões obtidas da consulta virtual a que se refere o §1º
1618 deste artigo serão sistematizadas pela Comissão Organizadora da V CNSM. §3º O
1619 regulamento da Etapa Nacional, sistematizado pela Comissão Organizadora após consulta
1620 virtual, será apreciado e aprovado, em caráter definitivo, na Reunião do Pleno do CNS, anterior
1621 à realização da Etapa Nacional. § 4º Os Grupos de Trabalho serão compostos paritariamente
1622 por delegadas e delegados nos termos da Resolução CNS nº 453/2012 com participação de
1623 convidados(as), estes(as) proporcionalmente divididos(as) em relação ao seu número total. §
1624 5º Os Grupos de Trabalho serão realizados, simultaneamente, para discutir e votar os
1625 conteúdos do Relatório Nacional consolidado. § 6º A Plenária Final tem por objetivo debater,
1626 aprovar ou rejeitar propostas provenientes do relatório consolidado dos Grupos de Trabalho,
1627 bem como as moções de âmbito nacional e internacional. Art. 28 - O Relatório Final da
1628 Conferência conterá as propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho e as propostas e Moções
1629 aprovadas na Plenária Final da Etapa Nacional, devendo conter diretrizes nacionais para
1630 o fortalecimento dos programas e ações de Saúde Mental. Parágrafo único. O Relatório,
1631 aprovado na Plenária Final da V CNSM, será encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde e
1632 ao Ministério da Saúde, devendo ser amplamente divulgado, servindo de base para a etapa de
1633 monitoramento. CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS. Art. 29 - A metodologia para a V
1634 CNSM será objeto de Resolução do Conselho Nacional de Saúde. Art. 30 - Os regimentos das
1635 Conferências Municipais, Macrorregionais, Estaduais e Distrital terão como referência o
1636 Regimento da Etapa Nacional. Art. 31 - Os Estados e o Distrito Federal devem respeitar a
1637 distribuição de vagas previstas neste Regimento. Art. 32 - Os casos omissos neste Regimento
1638 serão resolvidos pela Comissão Organizadora da V CNSM. Art. 33 - As dúvidas quanto à
1639 aplicação deste Regimento nas Etapas Municipais, Macrorregionais, Estaduais/Distrital e
1640 Nacional serão dirimidas pela Comissão Organizadora da V CNSM. **Deliberação: a Resolução**
1641 **nº 660/2021 foi aprovada por maioria, com votos contrários e abstenções. ITEM 4 – V**
1642 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL - Apresentação:** conselheiro **Fernando**
1643 **Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, da
1644 Mesa Diretora do CNS. Neste ponto de pauta, foi feita apresentação sobre a V Conferência
1645 Nacional de Saúde Mental – V CNSM, com detalhamento do calendário, do temário e das
1646 comissões da Conferência. O Presidente do CNS iniciou lembrando que o Pleno aprovou a
1647 composição das Comissões Executiva e Organizadora da Conferência e a Resolução nº.
1648 660/2021, que dispõe sobre o Regimento Interno da Conferência. Explicou que a V
1649 Conferência Nacional de Saúde Mental, convocada pela Resolução CNS nº. 652, de 14 de
1650 dezembro de 2020, tem como objetivo propor diretrizes para a formulação da Política Nacional
1651 de Saúde Mental e o fortalecimento dos programas e ações de saúde mental para todo o
1652 território nacional. Detalhou que o calendário da Conferência é o seguinte: etapa nacional: 17 a
1653 20 de maio de 2022; etapas preparatórias (conferências livres, plenárias, oficinas e outras
1654 poderão ser realizadas): 1º de outubro de 2021 até o início das referidas etapas; etapa
1655 municipal: 1º de novembro de 2021 a 31 de janeiro de 2022; e etapa estadual: 1º de fevereiro a
1656 30 de abril de 2022. Seguindo, conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** falou sobre
1657 o temário, explicando que o tema central da Conferência, que orientará as discussões nas
1658 distintas etapas da sua realização, será "A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa
1659 do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no
1660 SUS." O eixo principal da V CNSM será "Fortalecer e garantir Políticas Públicas: "O SUS, o
1661 cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos.", que será
1662 subdividido em quatro eixos, com seus respectivos subeixos: **I - Cuidado em liberdade como**
1663 **garantia de Direito a cidadania: a) Desinstitucionalização: Residências terapêuticas,**
1664 **fechamento de hospitais psiquiátricos e ampliação do Programa de Volta para Casa; b)**
1665 **Redução de danos e atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas;**
1666 **c) Saúde mental na infância, adolescência e juventude: atenção integral e o direito a**
1667 **convivência familiar e comunitária; d) Saúde mental no sistema prisional na luta contra a**
1668 **criminalização dos (as) sujeitos (as) e encarceramento das periferias; e) Diversas formas de**
1669 **violência, opressão e cuidado em Saúde Mental; f) Prevenção e posvenção do suicídio e**
1670 **integralidade no cuidado; II - Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia**
1671 **de serviços de saúde mental: a) Garantia de financiamento público para a manutenção e**
1672 **ampliação da política pública de saúde mental; b) Formação acadêmica, profissional e**
1673 **desenvolvimento curricular, compatíveis à Rede de Atenção Psicossocial – RAPS; c) Controle**
1674 **social e participação social na formulação e na avaliação da Política de Saúde Mental, Álcool e**

1675 Outras Drogas; **d)** Educação continuada e permanente para os (as) trabalhadores (as) de
1676 saúde mental; **e)** Acesso à informação e uso de tecnologias de comunicação na
1677 democratização da política de saúde mental; **f)** Financiamento e responsabilidades nas três
1678 esferas de gestões (federal, estadual, distrital e municipal) na implementação da política de
1679 saúde mental; **g)** Acompanhamento da gestão, planejamento, monitoramento das ações de
1680 saúde mental; **III** - Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade,
1681 Integralidade e Equidade: **a)** Intersetorialidade e integralidade do cuidado individual e coletivo
1682 da Política de Saúde Mental; **b)** Equidade, diversidade e interseccionalidade na política de
1683 saúde mental; **c)** Garantia do acesso universal em saúde mental, atenção primária e promoção
1684 da saúde, e práticas clínicas no território; **d)** Reforma psiquiátrica, reforma sanitária e o SUS; **IV**
1685 - Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e
1686 pós-pandemia: **a)** Agravamento das crises econômica, política, social e sanitária e os impactos
1687 na saúde mental da população principalmente as vulnerabilizadas; **b)** Inovações do cuidado
1688 psicossocial no período da pandemia e possibilidade de continuar seu uso, inclusive (mas não
1689 só) ferramentas a distância; e **c)** Saúde do (a) trabalhador (a) de saúde e adoecimento
1690 decorrente da precarização das condições de trabalho durante e pós emergência sanitária.
1691 Seguindo, o Presidente do CNS explicou que a V CNSM será conduzida pelas seguintes
1692 comissões: a) Comissão Executiva; b) Comissão Organizadora; c) Comissão de Comunicação
1693 e Mobilização; e d) Comissão de Formulação e Relatoria. Recordou a composição da
1694 Comissão Executiva: I – Coordenador (a) - Presidente do Conselho Nacional de Saúde; II –
1695 Secretário (a) Executivo (a) do Conselho Nacional de Saúde; III - Coordenador Geral-Adjunto
1696 (a): Coordenador (a) da Comissão Intersetorial de Saúde Mental; IV - 01 (um) membro do
1697 Ministério da Saúde; V - 01 (um) membro do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde –
1698 CONASS; VI - 01 (um) membro do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde -
1699 CONASEMS; e VII - 01 (um) membro da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras
1700 Drogas - CGMAD. Citou novamente a composição da Comissão Organizadora da V CNSM: I -
1701 01 (um) representante do Ministério da Saúde; II - 01 (um) representante do Conselho
1702 Nacional dos (as) Secretários (as) de Saúde – CONASS; III - 01 (um) representante do Conselho
1703 Nacional de Secretários (as) Municipais de Saúde – CONASEMS; IV - 01 (um) representante
1704 da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - CGMAD; V - 06 (seis)
1705 representantes da Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM; VI - 02 (dois)
1706 representantes da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde; e VII - 04 (quatro)
1707 conselheiros (as) aprovados (as) pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, sendo 2 (dois)
1708 usuários (as) e 2 (dois) trabalhadores (as). Acrescentou que a Comissão Organizadora
1709 apresentaria ao Pleno do CNS proposta de composição para as Comissões de Comunicação e
1710 Mobilização e a Comissão de Formulação e Relatoria. Salientou que a V Conferência Nacional
1711 de Saúde Mental foi convocada nos termos da Resolução CNS nº 652, 14 de dezembro de
1712 2020, resultado de uma deliberação da 16ª Conferência Nacional de Saúde que ganhou mais
1713 importância diante dos constantes ataques e tentativas de desmonte e retrocesso na Política
1714 Nacional de Saúde Mental nos últimos anos. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra
1715 para manifestações dos representantes dos segmentos que compõem o CNS. Conselheiro
1716 **Luiz Aníbal Vieira Machado** manifestou satisfação por participar da comissão organizadora da
1717 V CNSI, representando o segmento de usuários e ressaltou que a Conferência é de extrema
1718 importância para debater os desafios relativos à política de saúde mental. Frisou que o CNS
1719 não deve aceitar retrocessos em relação a direitos já conquistados e, de outro lado, deve lutar
1720 para garantir o cuidado em saúde mental da população. Conselheiro **Haroldo Jorge de**
1721 **Carvalho Pontes** também destacou sua alegria com essa temática, do ponto de vista pessoal
1722 e profissional e lembrou que cada segmento possui papel relevante no enfrentamento dos
1723 problemas de saúde do país e no fortalecimento do SUS, especialmente neste momento de
1724 pandemia. Salientou que as Conferências são fundamentais para construção do SUS e a V
1725 CNSM possui um papel de alta relevância pela centralidade do tema, que envolve conjunto de
1726 ações necessárias para enfrentar os problemas relativos à saúde mental. Nessa linha,
1727 ressaltou o compromisso do segmento de gestores e prestadores de serviços com a realização
1728 da Conferência visando à definição de política nacional robusta que responda aos desafios
1729 postos. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Comissão Organizadora da V CNSM,
1730 saudou todos os participantes da reunião e destacou que a V CNSM era um desejo popular e
1731 do controle social do país, conforme moção aprovada na 16ª Conferência Nacional de Saúde.
1732 Também lembrou que os princípios e as diretrizes da Política de Saúde Mental, aprovados na
1733 16ª Conferência, têm sofrido duros golpes por parte da gestão do Ministério da Saúde. Nesse
1734 sentido, destacou a relevância do tema e dos eixos da Conferência, contra o desmonte da

1735 Política de Saúde Mental e retrocessos na garantia de direitos e defesa do cuidado em
1736 liberdade, dos avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS. Manifestou
1737 satisfação com a aprovação da Recomendação CNS nº. 660/2020, que dispõe sobre o
1738 Regimento da V Conferência Nacional de Saúde Mental e da composição das Comissões
1739 Executiva e Organizadora. Frisou que é preciso unir esforços porque o tema envolve interesses
1740 econômicos, inclusive de setores e serviços que não compõem a rede de serviços de saúde
1741 mental. Finalizando, salientou que a V CNSM deve defender a garantia da rede de atenção
1742 psicossocial, considerando a diversidade; a luta antimanicomial, considerando a “Carta de
1743 Bauru”; e a Lei 10.216/01, que dispõe sobre a reforma psiquiátrica; e o SUS, com
1744 financiamento adequado. Conselheira **Maria da Conceição Silva** saudou todos os
1745 participantes e destacou o forte impacto do racismo, do abandono social e da negligência em
1746 relação aos processos de trabalho na saúde mental da população negra. Reiterou a
1747 importância da V CNSM, aprovada na 16ª Conferência, na definição de estratégias para o
1748 enfrentamento dos problemas de saúde mental do país, considerando o agravamento da
1749 situação por conta da pandemia (destaque para aumento do índice de depressão e síndrome
1750 do pânico). Salientou ainda a importância da garantia de financiamento para manter e ampliar a
1751 política pública de saúde mental. Também reiterou a necessidade de reestruturação da rede de
1752 atenção psicossocial, principalmente na atenção primária, de modo a atender a maior parte da
1753 população, inclusive aquelas em situação de maior vulnerabilidade. Nesse sentido, reafirmou a
1754 importância de fortalecer a Conferência, com envolvimento máximo de entidades e movimentos
1755 da área e de reforçar as ações do Conselho em defesa da luta antimanicomial e da definição
1756 de uma reforma psiquiátrica que atenda todas as realidades, com financiamento adequado,
1757 recorte de raça, gênero, etnia e classe e respeito às deliberações das conferências de saúde.
1758 Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** agradeceu as manifestações do Plenário e
1759 o apoio da assessoria neste ponto de pauta. Salientou que saúde mental é cuidado integral e
1760 esse é um tema a ser priorizado, especialmente neste momento de pandemia. O Presidente do
1761 CNS ratificou as falas e reiterou o compromisso do CNS em efetivar a Conferência. **ITEM 5 –**
1762 **PROCESSO ELEITORAL DO CNS – 2021-2024 - Edital de convocação da Eleição do**
1763 **Conselho Nacional de Saúde para o Mandato do Triênio 2021/2024.** *Apresentação:*
1764 conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS e Presidente da Comissão
1765 Eleitoral do CNS; e conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS e
1766 integrante da Comissão Eleitoral do CNS. Neste ponto de pauta, foram apresentados informes
1767 sobre o processo eleitoral do CNS e foi apreciado o edital de convocação da eleição. Iniciando,
1768 o Presidente da Comissão Eleitoral do CNS lembrou o prazo de inscrição das entidades e
1769 movimentos, de 20 de agosto a 5 de outubro de 2021. Além disso, destacou que aguardava a
1770 indicação de novo representante do Ministério da Saúde para compor a comissão eleitoral. Em
1771 resposta, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** informou que o Ministério da Saúde indicou o
1772 conselheiro **Raphael Câmara Medeiros Parente** para compor a Comissão, em substituição à
1773 conselheira Manuara Aparecida Alves de Souza. Além disso, comunicou que a Portaria com a
1774 composição da Comissão Eleitoral já fora encaminhada ao gabinete do Ministro da Saúde para
1775 assinatura e publicação. Considerando esta indicação, conselheiro **André Luiz de Oliveira**
1776 apresentou os integrantes da Comissão Eleitoral: a) *Segmento dos Usuários do SUS:* **André**
1777 **Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB; **Ana Lúcia da Silva**
1778 **Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras
1779 (Superando); **Altamira Simões dos Santos de Souza**, Rede Nacional Lai Lai Apejo – Saúde
1780 da População Negra e Aids; **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, Central Única dos
1781 Trabalhadores - CUT; **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres - UBM; e
1782 **Vitória Davi Marzola**, União Nacional dos Estudantes - UNE; *Segmento dos Profissionais de*
1783 *Saúde:* **Fábio José Basílio**, Federação Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR; **Oswaldo**
1784 **Peralta Bonetti**, Associação Brasileira da Rede Unida (Redeunida); e **Ruth Bittencourt**,
1785 Conselho Federal de Serviço Social - CFESS; e *Segmento de Gestores/Prestadores de*
1786 *serviços:* **Diego Espíndola de Ávila**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde -
1787 CONASEMS; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de
1788 Saúde - CONASS; e **Raphael Câmara Medeiros Parente**, Ministério da Saúde. Disse que a
1789 Comissão eleitoral reuniu-se pela primeira vez, de forma híbrida, nos dias 5 e 6 de agosto de
1790 2021, e, na oportunidade, definiu os cargos de vice-presidente e secretários entre os membros
1791 da Comissão Eleitoral, a saber: *Vice-presidente:* Ruth Bittencourt, segmento profissionais de
1792 saúde; *Secretário:* Fábio José Basílio, segmento de profissionais de saúde; e *Secretária-*
1793 *Adjunta:* Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello, segmento de usuários. Além disso, destacou que
1794 a Comissão Eleitoral elaborou seu plano de trabalho, de acordo com suas competências e

1795 atividades a serem desenvolvidas, considerando os prazos do calendário eleitoral, sendo: 2ª
1796 Reunião (híbrida): 23 e 24 de setembro de 2021; 3ª Reunião (remota): 4 de outubro de 2021
1797 (até esta data, será definido se a eleição será remota ou presencial); 4ª Reunião (presencial):
1798 13, 14 e 15 de outubro de 2021; 5ª Reunião (remota): 22 de outubro de 2021; 6ª Reunião
1799 (presencial): 4 e 5 de novembro de 2021; 7ª Reunião (presencial): 10, 11 e 12 de novembro de
1800 2021; e 8ª Reunião (remota): 16 de novembro de 2021. Acrescentou que foi previsto último
1801 encontro para elaboração do relatório final do processo eleitoral do CNS, em 3 e 4 de fevereiro
1802 de 2022. Feito esse informe, apresentou o “Edital CNS nº 001/2021 de Convocação da Eleição
1803 do CNS para o mandato do triênio 2021/2024: Art. 1º O Presidente da Comissão Eleitoral para
1804 as eleições do mandato 2021-2024 do Conselho Nacional de Saúde, designado pela Portaria
1805 nº (número), de (data) de (mês) de 2021 e nos termos da Resolução CNS nº 657, de 9 de julho
1806 de 2021, publicada no Diário Oficial da União nº 145, Seção 1, em 3 de agosto de 2021, no uso
1807 das atribuições que lhes foram conferidas, convoca a eleição para a escolha das entidades e
1808 movimentos sociais das usuárias e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), dos
1809 profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, dos prestadores de serviços de saúde
1810 e das entidades empresariais com atividades na área de saúde, doravante denominados
1811 entidades e movimentos sociais. **Da participação no pleito eleitoral.** Art. 2º Poderão votar e
1812 serem votadas as entidades e os movimentos sociais, inscritos no período de 20 de agosto a
1813 05 de outubro de 2021, até às 18 horas (horário de Brasília), e homologados pela Comissão
1814 Eleitoral, conforme Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, através de seus representantes
1815 formalmente credenciados, observando o Art. 7º, §1º da Resolução CNS nº 657, de 09 de julho
1816 de 2021, mediante requerimento preenchido e assinado por representante legal da entidade e
1817 do movimento social e enviado digitalmente em PDF à Comissão Eleitoral. § 1º O link para as
1818 inscrições a que se refere este artigo será disponibilizado no site do Conselho Nacional de
1819 Saúde. § 2º As entidades e os movimentos sociais deverão observar as regras relativas à
1820 documentação necessária à sua inscrição no processo eleitoral, conforme previsto no Capítulo
1821 V da Resolução CNS nº 657, de 09 de julho de 2021. **Da publicação das entidades e dos**
1822 **movimentos sociais inscritos e das diligências.** Art. 3º A listagem das entidades e
1823 movimentos sociais inscritos para o processo eleitoral, será divulgada na página eletrônica do
1824 Conselho Nacional de Saúde no dia 18 de outubro de 2021. Art. 4º Após a publicação da lista
1825 das entidades e movimentos sociais inscritos no processo eleitoral do Conselho Nacional de
1826 Saúde será aberto prazo para diligências, entre os dias 20 e 21 de outubro de 2021, por meio
1827 do qual as entidades e movimentos sociais oficiadas pela Comissão Eleitoral, quando houver a
1828 necessidade, poderão prestar maiores informações sobre a documentação enviada, conforme
1829 previsto no Art. 14 da Resolução CNS nº 657, de 09 de julho de 2021. Art. 5º Encerrado o
1830 prazo das diligências, após encaminhamentos e providências cabíveis, a lista de entidades e
1831 movimentos sociais nacionais habilitados para o processo eleitoral, será divulgada na página
1832 eletrônica do Conselho Nacional de Saúde no dia 25 de outubro de 2021, obedecendo ao
1833 disposto no Art. 15 da Resolução CNS nº 657, de 09 de julho de 2021. **Dos recursos, da**
1834 **habilitação das inscrições e da eleição.** Art. 6º Após a divulgação da lista das entidades e
1835 movimentos sociais habilitados, os recursos para a Comissão Eleitoral poderão ser interpostos
1836 no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, considerando 2 (dois) dias úteis, e serão analisados e
1837 julgados em igual período. Parágrafo único. A listagem final das entidades e dos movimentos
1838 sociais nacionais habilitados para participarem da eleição como eleitores/as e/ou
1839 candidatos/as, após a apuração dos recursos apresentados, será divulgada na página
1840 eletrônica do Conselho Nacional de Saúde no dia 05 de novembro de 2021. Art. 7º A eleição
1841 ocorrerá no dia 11 de novembro de 2021, das 10 horas às 13 horas e das 14 horas às 18 horas
1842 (horário de Brasília), na cidade de Brasília-DF, em local a ser divulgado posteriormente.
1843 Parágrafo único. Caso as condições sanitárias ainda não permitam o deslocamento seguro
1844 (máxima biossegurança possível) e a reunião de grupos com riscos mínimos à sua saúde e
1845 com a garantia da segurança sanitária (o máximo possível) de todas as pessoas envolvidas na
1846 eleição, as plenárias de segmento, as reuniões dos subsegmentos e as plenárias eleitorais da
1847 eleição do Conselho Nacional de Saúde serão realizadas em formato virtual, conforme dispõe o
1848 Art. 1º do Anexo II da Resolução CNS nº 657, de 09 de julho de 2021. **Do resultado.** Art. 8º
1849 Encerrada a votação, nos termos previstos no Art. 6º e no Art. 19 da Resolução CNS nº 657, de
1850 09 de julho de 2021, a Comissão Eleitoral acompanhará a apuração dos votos e o Presidente
1851 da Comissão Eleitoral proclamará, imediatamente, as entidades e os movimentos sociais
1852 nacionais eleitos no dia 11 de novembro de 2021. Parágrafo único. Conforme definido no Art.
1853 27 da Resolução CNS nº 657, de 09 de julho de 2021, o resultado da eleição será publicado no
1854 site do Conselho Nacional de Saúde. Art. 9º Os casos omissos neste Edital serão resolvidos

1855 pela Comissão Eleitoral. André Luiz de Oliveira, Presidente da Comissão Eleitoral do Conselho
1856 Nacional de Saúde.” Concluída a apresentação, conselheira **Lenir Santos** interveio para
1857 propor a substituição da expressão “*comunidade científica*” (art. 1º “(...) dos profissionais de
1858 saúde, incluída a comunidade científica)” por “comunidade técnico científica” de modo a
1859 possibilitar a participação de entidades de defesa do SUS como IDEC, IDISA e outras
1860 semelhantes. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** registrou o destaque, mas ponderou que
1861 não seria possível debater essa mudança naquele momento. Dada a impossibilidade de
1862 modificação no texto, conselheira **Lenir Santos** sugeriu que a comissão eleitoral adote o
1863 entendimento de que é possível contemplar no subsegmento “comunidades científicas”
1864 entidades com atuação em defesa do SUS, como IDEC e IDISA. Conselheira **Ruth Cavalcanti**
1865 **Guilherme** explicou que o subsegmento “comunidade científica” visava contemplar entidades
1866 como CEBES e Rede Unida e IDEC e IDISA poderiam ser contemplados no segmento de
1867 usuários, como já vinha ocorrendo. Conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira** lembrou
1868 que a comunidade científica contempla as definições do Decreto nº. 5.839/2006, que dispõe
1869 sobre as atribuições do CNS, a composição e a definição de processo eleitoral para escolha
1870 das entidades e movimentos sociais. Lembrou que o IDEC, por exemplo, deveria ser
1871 contemplado no segmento de usuários, como era atualmente. Conselheiro **André Luiz de**
1872 **Oliveira**, Presidente da Comissão Eleitoral, apelou ao Plenário que apreciasse o Edital,
1873 conforme apresentado, lembrando, inclusive que o documento fora enviado aos conselheiros e
1874 não houve destaques, no prazo definido. Desse modo, colocou em votação o Edital.
1875 **Deliberação: o Edital CNS nº 001/2021 de Convocação da Eleição do CNS para o mandato**
1876 **do triênio 2021/2024 foi aprovado por unanimidade.** Após a votação, agradeceu a
1877 participação de todos os conselheiros e conselheiras e o apoio da assessoria técnica no
1878 debate. Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** destacou a importância da participação
1879 dos movimentos e entidades nacionais nesse processo eleitoral, com defesa da democracia,
1880 da saúde da população brasileira e do fortalecimento do SUS. Conselheira **Marisa Furia Silva**
1881 interveio para sugerir o adiamento da data da eleição para o mês de dezembro de 2021, por
1882 conta da circulação da variante delta da COVID-19. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da
1883 Mesa Diretora do CNS, explicou que foram analisados vários cenários e definiu-se por realizar
1884 a eleição em novembro de 2021, inclusive para evitar interstício entre um mandato e outro.
1885 Além disso, destacou que naquele momento não havia nenhum cenário que justificasse a
1886 rediscussão do calendário já definido. **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
1887 **RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT – Pareceres de**
1888 **processos de autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área**
1889 **da saúde - Apresentação:** conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, da Mesa
1890 Diretora do CNS; e conselheira **Priscila Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do
1891 CNS. Neste ponto de pauta, o Plenário apreciou os pareceres elaborados pela CIRHRT/CNS
1892 no mês de julho de 2021. Foram dezessete processos analisados, sendo sete com parecer
1893 satisfatório com recomendação e dez insatisfatório, além de seis processos devolvidos ao
1894 Ministério da Educação, sem análise, por se tratar de proposta de curso a distância na área da
1895 saúde (o Conselho possui posição contrária à modalidade de cursos de graduação a distância
1896 na área da saúde). Os pareceres, enviados previamente a todos, foram apreciados e votados
1897 em bloco. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** começou apresentando os sete
1898 pareceres satisfatórios com recomendações. **I – Satisfatórios com recomendações. 1)**
1899 **Processo nº. 202014828. Faculdade Santa Bárbara. Alagoas. Arapiraca. Enfermagem.**
1900 **Autorização Vinculada a Credenciamento. Satisfatório com recomendações. 2)** Processo nº.
1901 201819916. Centro Universitário UMA. Minas Gerais. Belo Horizonte. Enfermagem.
1902 **Autorização. Satisfatório com recomendações. 3)** Processo nº. 201901682. Universidade
1903 Estácio de Sá. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Enfermagem. **Autorização. Satisfatório com**
1904 **recomendações. 4)** Processo nº. 201903529. Centro Universitário FACENS. São Paulo.
1905 Sorocaba. Enfermagem. **Autorização. Satisfatório com recomendações. 5)** Processo nº.
1906 201904815. Universidade Federal Rural da Amazônia. Pará. Parauapebas. Enfermagem.
1907 **Autorização. Satisfatório com recomendações. 6)** Processo nº. 201819515. Centro Universitário
1908 UNIVEL. Paraná. Cascavel. Enfermagem. **Autorização. Satisfatório com recomendações. 7)**
1909 **Processo nº. 201820270. Faculdade de Ciências do Tocantins. Tocantins. Araguaína.**
1910 **Enfermagem. Autorização. Satisfatório com recomendações. Deliberação: os sete pareceres**
1911 **satisfatórios com recomendações foram aprovados, em bloco, por unanimidade.**
1912 Seguindo, conselheira **Priscila Viégas Barreto de Oliveira** apresentou os dez pareceres
1913 insatisfatórios. **II – Insatisfatórios. 1)** Processo nº. 202013732. Faculdades Integradas do Sul
1914 de Minas – FISMINAS. Minas Gerais. Belo Horizonte. Psicologia. **Autorização Vinculada a**

1915 Credenciamento. Insatisfatório. **2)** Processo nº. 202013731. Faculdades Integradas do Sul de
1916 Minas – FISMINAS. Minas Gerais. Belo Horizonte. Odontologia. Autorização Vinculada a
1917 Credenciamento. Insatisfatório. **3)** Processo nº. 201901413. Faculdade de Penedo. Alagoas.
1918 Penedo. Odontologia. Autorização Vinculada a Credenciamento. Insatisfatório. **4)** Processo nº.
1919 202013779. Faculdade Éser. Goiás. Goiânia. Psicologia. Autorização Vinculada a
1920 Credenciamento. Insatisfatório. **5)** Processo nº. 202014110. Faculdade Avantis Florianópolis.
1921 Santa Catarina. Florianópolis. Odontologia. Autorização Vinculada a Credenciamento.
1922 Insatisfatório. **6)** Processo nº. 201820703. Faculdade Tecnológica de Pernambuco.
1923 Pernambuco. Olinda. Enfermagem. Autorização. Insatisfatório. **7)** Processo nº. 201905978.
1924 Centro Universitário das Américas. São Paulo. São Paulo. Psicologia. Autorização.
1925 Insatisfatório. **8)** Processo nº. 201929484. Faculdade ENAU. São Paulo. Ribeirão Pires.
1926 Enfermagem. Autorização. Insatisfatório. **9)** Processo nº. 201928894. Faculdade Unifametro
1927 Cascavel. Paraná. Cascavel. Enfermagem. Autorização. Insatisfatório. **10)** Processo nº.
1928 201928914. Centro Universitário Fametro. Ceará. Fortaleza. Enfermagem. Autorização.
1929 **Deliberação: os dez pareceres insatisfatórios foram aprovados por maioria, com**
1930 **abstenções.** Seguindo, conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** citou os seis
1931 processos de cursos na modalidade educação a distância (EaD) na área da saúde que foram
1932 devolvidos ao MEC, sem análise, considerando posição já definida pelo CNS. São eles: **1)**
1933 Processo nº. 202022218. Faculdade Educacional de Medianeira. Paraná. Medianeira.
1934 Psicologia. Autorização EAD Vinculada a Credenciamento. **2)** Processo nº. 201931515.
1935 Faculdade de Direito, Ciências e Tecnologia Santa Maria Mada. Alagoas. Maceió. Psicologia.
1936 Autorização EAD Vinculada a Credenciamento **3)** Processo nº. 201926825. Faculdade
1937 Meridional RS. Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Enfermagem. Autorização EaD. **4)** Processo
1938 nº. 201931076. Centro Universitário OPET. Paraná. Curitiba. Psicologia. Autorização EaD. **5)**
1939 Processo nº. 201931231. Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
1940 Psicologia. Autorização EaD. **6)** Processo nº. 201929915. Universidade Anhembi Morumbi. São
1941 Paulo. São Paulo. Psicologia. Autorização EaD. **Deliberação: aprovada por maioria, com**
1942 **abstenções, a decisão da CIRHRT de devolver os seis processos ao MEC. Uma**
1943 **abstenção com declaração de voto.** Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** declarou que
1944 votou pela abstenção, com declaração de voto, para sugerir à CIRHRT/CNS que promova
1945 debate interno sobre a possibilidade de cursos na modalidade de educação a distância (EaD)
1946 na área da saúde, tendo em vista a evolução nas formas de comunicação virtual. Caso se
1947 demonstre que não há perda de qualidade, que a Comissão observe em que casos é possível
1948 adotar o ensino EaD. Conselheira **Manuelle Maria Marques Matias**, coordenadora adjunta da
1949 CIRHRT/CNS, cumprimentou todos e destacou o esforço da CIRHRT para dar conta das
1950 discussões internas e da análise dos processos, haja vista a demanda reprimida por conta da
1951 suspensão das visitas do INEP em virtude da pandemia. Ressaltou que a Comissão promove
1952 debates sobre a questão do ensino remoto, do ponto de vista qualitativo e, nessa linha, vem
1953 trabalhando na construção de ferramenta informatizada para otimizar o processo de avaliação
1954 de cursos de graduação da área da saúde. Também salientou a importância de não confundir
1955 EAD (posição contrária do Conselho no caso de cursos da área da saúde) e ensino remoto
1956 emergencial (medida necessária para atender à realidade trazida pela pandemia). Lembrou
1957 que a formação em saúde não é um trabalho comum e necessita de um olhar mais detalhado e
1958 minucioso. Conselheira **Priscila Viégas Barreto de Oliveira** pontuou que a devolução de
1959 processos de cursos da saúde na modalidade EaD seguem o disposto na Resolução CNS nº.
1960 350/2005 e que a Comissão vem debatendo em profundidade o tema, inclusive com
1961 reavaliação do instrumento utilizado para avaliação dos processos. Reiterou a importância de
1962 ter clareza entre a diferença de educação a distância e ensino remoto e reforçou o
1963 posicionamento favorável à utilização da tecnologia, mas sem mercantilizar a educação, a
1964 saúde, a vida (deve ser visto como direito e não mercadoria). Acrescentou que o receio de
1965 utilizar a EaD na graduação à saúde é o risco de perder a essência do cuidado em saúde, o
1966 contato e a interrelação entre profissional e paciente. Além disso, salientou que a questão
1967 curricular deve basear-se na experiência, que se valida com a presença, mas o que não
1968 inviabiliza a utilização de ferramentas de tecnologias remotas para ampliar saberes. Por fim,
1969 conclamou todos os segmentos a contribuir com os debates da Comissão sobre esse e outros
1970 temas importantes relativos à formação em saúde. Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini**
1971 interveio para esclarecer que não solicitou mudança na posição do CNS contrária à graduação
1972 em saúde na modalidade EaD, mas sim que a Comissão avalie a viabilidade de utilização
1973 dessa modalidade diante dos avanços nas formas de comunicação virtual. Ainda sobre esse
1974 tema, conselheira **Manuelle Maria Marques Matias**, coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS,

1975 solicitou que todos revisitassem a Recomendação CNS n°. 48/2020, que trata sobre essa
1976 temática. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** reforçou a preocupação do CNS
1977 em garantir formação em saúde de qualidade e assegurar atendimento adequado à população
1978 e impedir a perda de relações humanas por conta de processos tecnológicos. Conselheira
1979 **Marisa Furia Silva** registrou que Resolução do CNS prevê percentual de aulas não presenciais
1980 (20%). Conselheira **Priscila Viégas Barreto de Oliveira** explicou que essa definição estava
1981 disposta na legislação do Ministério da Educação. Após essas considerações, conselheiro
1982 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza** agradeceu a participação de todos no ponto de pauta e
1983 passou ao Presidente do CNS para considerações finais. Antes, conselheiro **Neilton Araújo de**
1984 **Oliveira** informou que seria elaborado informe da área técnica do Ministério da Saúde sobre
1985 vacina e vacinação da COVID-19 no Brasil para ser disponibilizado ao Conselho (o
1986 representante do Ministério da Saúde que faria informe a esse respeito não pôde retornar à
1987 reunião por conta de outra demanda). Conselheiro **Fernando Zasso Pigato**, Presidente do
1988 CNS, finalizando, frisou que era inadmissível normalizar a morte e o adoecimento das pessoas
1989 e, para salvar vidas, reiterou ser essencial acelerar o processo de vacinação da população.
1990 Ressaltou ainda que era preciso lutar contra o negacionismo genocida que causava morte,
1991 além de dor e tristeza para milhares de famílias que perderam entes queridos, e também
1992 sequelas para muitas pessoas. Ressaltou que o Conselho continuaria as suas ações, com
1993 amplo diálogo com os conselhos estaduais de saúde. Nessa linha, reiterou que no dia 5 de
1994 outubro de 2021 o CNS convocaria a 17ª Conferência Nacional de Saúde, com defesa da
1995 democracia, da saúde e do SUS. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar,
1996 conselheiro **Fernando Zasso Pigato**, Presidente do CNS, agradeceu a participação de todos e
1997 o apoio da Secretaria Executiva do CNS e encerrou, às 12h20, a 70ª Reunião Extraordinária do
1998 CNS. Participaram os seguintes conselheiros: **Albanir Pereira Santana**, Federação Nacional
1999 das Apaes – FENAPAES; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
2000 – CNBB; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas
2001 Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do
2002 Comércio de Bens, Serviços e Turismo – CNC; **Delmiro José Carvalho Freitas**, Articulação
2003 Brasileira de Gays – ARTGAY; **Edna Maria dos Anjos Mota**, Conselho Federal de
2004 Enfermagem – COFEn; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social - CFESS;
2005 **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;
2006 **Ivanilde Vieira Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular
2007 em Saúde – ANEPS; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas –
2008 FNO; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical – FS; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa
2009 Idosa – PPI; **Laís Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –
2010 ABENFISIO; **Lenir dos Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down
2011 – FBASD; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Luiz**
2012 **Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes –
2013 FENAD; **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, Central Única dos Trabalhadores – CUT;
2014 **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Moysés Longuinho Toniolo**
2015 **de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**,
2016 Ministério da Saúde; **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira dos
2017 Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de
2018 Nutrição – ASBRAN; **Sérgio Yoshimasa Okane**, Ministério da Saúde; **Solimar Vieira da Silva**
2019 **Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS - Unasus
2020 Sindical/SINAUS; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida –
2021 REDEUNIDA; **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM; e **Vitória**
2022 **Davi Marzola**, União Nacional dos Estudantes - UNE. *Suplentes* – **Adolorata Aparecida**
2023 **Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Ana Carolina**
2024 **Navarrete Munhoz**, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC; **Arnaldo Correia de**
2025 **Medeiros**, Ministério da Saúde; **Daniela de Carvalho Ribeiro**, Ministério da Saúde; **Braz**
2026 **Vieira**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde;
2027 **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR; **Diego**
2028 **Espindola de Ávila**, Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS;
2029 **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Geraldo Adão**
2030 **Santos**, Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP; **Haroldo**
2031 **Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; **Jacildo**
2032 **de Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura
2033 Familiar no Brasil - CONTRAF BRASIL; **Jair Brandão de Moura Filho**, Rede Nacional de
2034 Pessoas Vivendo com HIV e AIDS - RNP+BRASIL; **Ligia Aparecida Correa Cardieri**, Rede

2035 Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – RNFS; **Maria da**
2036 **Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; **Musa Denise de Sousa**
2037 **Morais**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria
2038 – CNI; **Ricardo Lotif Araújo**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional –
2039 COFFITO; **Rodrigo Otávio Moreira da Cruz**, Ministério da Saúde; e **Tiago Farina Matos**,
2040 Instituto Oncoguia.