



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA DUCENTÉSIMA SEPTUAGÉSIMA OITAVA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

Aos dezesseis dias do mês de março de dois mil e dezesseis, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Septuagésima Oitava Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A mesa de abertura da reunião foi composta pelo conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS e os demais representantes da Mesa Diretora do CNS: conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**; conselheiro **Jurandi Frutuoso**; e conselheira **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**. O Presidente do CNS abriu os trabalhos cumprimentando os presentes e os que acompanhavam a reunião em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da reunião: **1)** Informar sobre a participação do Conselho Nacional de Saúde em videoconferência na Sala de Situação que monitora o combate ao *Aedes aegypti*; **2)** Apreciar e deliberar sobre a minuta de Resolução que torna pública as propostas aprovadas na 15ª Conferência Nacional de Saúde; **3)** Apreciar e deliberar sobre as indicações dos conselheiros e conselheiras nacionais de saúde que irão compor a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP e informar sobre a tramitação do PLS 200/2015 no Congresso Nacional; **4)** Socializar o contexto orçamentário e financeiro da PEC nº. 01/2015; **5)** Analisar e deliberar sobre os pareceres da CIRH; e **6)** Apreciar e deliberar sobre a composição provisória da Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS. **ITEM 1 – EXPEDIENTE - APROVAÇÃO DA PAUTA DA RO 278ª E DAS ATAS 259ª, 273ª E 277ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS** - *Composição da mesa:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** fez a leitura da pauta e submeteu à apreciação do Plenário. **Deliberação:** o Plenário aprovou, com uma abstenção, a pauta da 278ª Reunião Ordinária, com a inclusão de informe sobre a reunião com o Ministro de Estado da Saúde que tratou da indicação do novo coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde (solicitação da conselheira **Nelcy Ferreira**). Em seguida, colocou em apreciação as atas da 259ª, 273ª e 277ª Reuniões Ordinárias do CNS. Conselheiro **Nelson Mussolini** elogiou a assessoria técnica responsável pela elaboração das atas, dada a qualidade dos textos. Conselheira **Andreia de Oliveira** fez referência à comissão de relatoria citada na linha 923 da ata da 277ª Reunião Ordinária para solicitar que fossem incluídos os integrantes desta comissão, uma vez que a comissão de relatoria, definida pelo Plenário do CNS, não estava trabalhando no relatório final e não acompanhou o processo como deveria. Explicou que na reunião do FENTAS foi indagada sobre questões relativas ao trabalho dessa comissão, mas não pôde responder, porque não foi chamada a acompanhar a elaboração do relatório final, mesmo tendo sido indicada pelo Fórum para participar da relatoria (junto com as conselheiras Ivone Martini de Oliveira e Fernanda Magano). Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, esclareceu que a conclusão da síntese das propostas da 15ª Conferência não contou com a participação de todos os integrantes da Comissão de Relatoria, assim, concordou que é preciso detalhar os nomes dos integrantes da equipe responsável por compilar as propostas. Além disso, destacou a necessidade de incluir, caso não esteja ocorrendo, os conselheiros indicados para compor a relatoria no trabalho de conclusão do relatório da Conferência (a previsão de entrega é dia 5 de agosto de 2016). Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** sugeriu que fosse constituída comissão para fazer um levantamento das resoluções do CNS que foram homologadas ou não para debate posterior no Plenário. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** sugeriu que a proposta fosse debatida posteriormente, pois naquele momento o Plenário apreciava as atas de reuniões anteriores. Conselheiro **Nelson Mussolini** explicou que naquele momento de apreciação das atas os conselheiros deveriam verificar eventuais equívocos no texto e não incorporar propostas/questões não debatidas. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** explicou que a sua observação não se referia ao texto das atas e sugeriu que fosse elaborado um resumo das deliberações da reunião anterior e os encaminhamentos dados, para subsidiar melhor os conselheiros e otimizar as discussões. O Presidente do CNS explicou

que a assessoria técnica do CNS já elaborada, além da ata, os resumos executivos das reuniões do Conselho. Além disso, disse que a Mesa Diretora do Conselho debateu essa questão e apresentaria no item dos informes uma proposta para dar maior publicidade aos encaminhamentos entre uma reunião e outra. Conselheira **Clarice Baldotto** interveio para informar que a Associação de Fisioterapeutas do Brasil – AFB realizou levantamento das deliberações do CNS a partir das atas das reuniões (de 2013 em diante, pois foi nesse ano que a Associação passou a compor o Conselho) e apontou a necessidade de revisitar as resoluções homologadas ou não, verificando os desdobramentos ou os motivos da não homologação. Também fez um elogio à assessoria porque as atas foram enviadas em tempo hábil para leitura. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, sugeriu que as resoluções do CNS (homologadas e não homologadas) fosse um dos pontos a serem tratados no planejamento do CNS que ocorreria nos dias seguintes. **Deliberação: o Plenário aprovou, com uma abstenção, as atas da 259ª, 273ª e 277ª Reuniões Ordinárias do CNS, com a inclusão dos integrantes da comissão de relatoria no texto da 277ª RO. Além disso, acordou-se que a situação das resoluções do CNS (homologadas e não homologadas) seria um dos pontos a serem tratados no planejamento do CNS que ocorreria nos dois dias seguintes. ITEM 2 – UM OLHAR DE GÊNERO SOBRE O ZIKA VÍRUS, DIREITOS DA MULHER, SAÚDE E PARTICIPAÇÃO POPULAR - Composição da mesa: Rurany Ester Silva, Coordenadora-Geral de Programas e Ações de Saúde da Secretaria de Políticas para as Mulheres; Sinara Gumieri, representante da ANIS - Instituto de Bioética; conselheira Emanuelle Aduni Goes, representante da Odara - Instituto da Mulher Negra; e conselheira Carmem Lúcia Luiz, representante da União Brasileira de Mulheres – UBM. Coordenação: conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS.** O Presidente do CNS iniciou a sua fala lembrando que a efeméride do dia internacional da mulher - 25 de março – surgiu do incêndio, em 1911, em que 149 pessoas, a maioria mulheres, morreram na fábrica Triangle Shirtwaist, em Nova York, revelando as penosas condições nas quais trabalhavam as mulheres, muitas delas imigrantes e pobres. Disse que relatório da Organização Internacional do Trabalho - OIT indicou que serão necessários mais 70 anos para que os direitos das mulheres se igualem aos direitos dos homens. Salientou que o CNS deve contribuir com a luta das mulheres do Brasil e do mundo e que essas efemérides devem ser utilizadas também para somar esforços e construir reflexões sobre questões gerais da saúde do conjunto da população. Em seguida, foi reproduzido um vídeo em homenagem ao dia internacional das mulheres. Antes de abrir para as convidadas, destacou a necessidade da participação mais ativa do controle social na área da saúde da mulher. A Coordenadora-Geral de Programas e Ações de Saúde da Secretaria de Políticas para as Mulheres, **Rurany Ester Silva**, iniciou a sua fala manifestando satisfação em debater esse tema na atual conjuntura, na condição de militante do SUS e da saúde da mulher. Destacou que a responsabilidade de cuidar do mundo não é exclusiva da mulher e, nesse processo de epidemia da zika, a mulher é vítima. Salientou que é preciso focar na garantia dos direitos sexuais e produtivos das mulheres, assegurando saúde sexual e reprodutiva das mulheres com qualidade. Lembrou que a Política de Saúde das Mulheres foi aprovada em 2004, mas a implementação ainda não ocorreu como deveria. Salientou que a epidemia de zika levanta a seguinte questão: como cuidar das mulheres grávidas que foram contaminadas pelo vírus e como trabalhar a prevenção. Disse que é preciso assegurar a oferta de métodos anticoncepcionais, pílulas de interrupção, lembrando que pesquisa aponta que 45% das gravidezes não são desejadas. Frisou que é preciso trabalhar na perspectiva da garantia dos direitos das mulheres e assegurar atenção e promoção de qualidade, assegurando os direitos já garantidos. Acrescentou que é importante também trabalhar a educação em saúde para cuidado das mulheres com elas mesmas, da sua família, dos seus companheiros, sem reforçar o papel apenas de cuidadora. Reiterou a importância da qualidade da atenção, da promoção da saúde integral das mulheres, com a preocupação da garantia de direitos. Além disso, é preciso exigir dos governantes a qualidade desejável, conforme previsto na Política de Saúde Integral das Mulheres. Esclareceu que a Secretaria tem trabalhado em parceria com o MS e foi lançado instrumento para acompanhar os indicadores da saúde da mulher. Além disso, estão sendo realizadas oficinas de capacitação sobre saúde da mulher, envolvendo sociedade civil, secretarias de saúde e organismos de política para as mulheres e posteriormente será realizado trabalho com os conselhos de direito das mulheres e da saúde para avançar na perspectiva do controle social. A representante da ANIS - Instituto de Bioética, **Sinara Gumieri**, iniciou agradecendo a oportunidade de conversar sobre o zika vírus, que tem sido um tema mobilizador para a ANIS. Explicou que a epidemia de zika vírus não cria as complicações de acesso à saúde sexual e reprodutiva e à proteção social, mas agrava a situação e exige respostas urgentes. Destacou que se trata de uma epidemia com efeitos desproporcionais e injustos sobre as mulheres, pois a população está à mercê de um vetor, mas são as mulheres que, ao viver a gestação, podem passar por extremo desamparo e são aquelas que, eventualmente, se tornarão cuidadoras de crianças com singularidade neurológica, necessitando de apoio e de proteção social para tanto. Ressaltou ainda que as mulheres mais atingidas são as que vivem no Nordeste, com acesso precário às ações de saúde e às informações. Explicou que a ANIS possui uma proximidade do chamado “litígio estratégico” na busca de garantia de direitos por meio de

ação judicial ou provocação ao Supremo Tribunal Federal. Inclusive, foi a Organização que em 2004 propôs ação ao Supremo Tribunal Federal que levou à garantia da antecipação terapêutica do parto em caso de anencefalia. Disse que, diante do cenário do zika vírus, a ANIS está debatendo a possibilidade de propor ação constitucional de proteção à maternidade, infância e de planejamento familiar. Detalhou que essa ação contemplaria três pedidos principais: **1)** direito do acesso à informação e direito do acesso ao diagnóstico, inclusive clínico. A ANIS tem acompanhado experiência de mulheres gestantes, em Campina Grande, vivendo no cenário do zika vírus e as complicações neurológicas associadas. As mulheres vivem um cenário de angústia e inquietação profunda por conta da situação (experiência do laboratório de microcefalia). **2)** direito à interrupção da gestação de mulheres infectadas com zika vírus – o pedido não tem vinculação com diagnóstico fetal; baseia-se na potencial vivência de uma situação de tortura por mulheres que vivem uma gestação em um cenário de epidemia sobre a qual se sabe muito pouco acerca dos efeitos para as mulheres e os fetos; **3)** proteção social à maternidade e à infância – rever o critério de renda para acessar o Benefício de Proteção Continuada - BPC, porque a regra atual não permite que as mulheres tenham acesso ao benefício. Destacou que há inúmeras angústias sobre o zika e faz-se necessário consenso científico sobre “causalidade” do zika e problemas neurológicos – existe “forte vinculação”. A respeito de zika e microcefalia, lembrou que a microcefalia é um sinal dessa nova síndrome, mas outros sinais precisam ser compreendidos – “síndrome do zika congênito”. Ressaltou que esse é um tema sobre o qual a ciência ainda não conseguiu dar respostas e é preciso cuidar dos direitos enquanto essas respostas não chegam. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, registrou a presença da deputada federal **Angela Albino** (PCdoB-SC). Conselheira **Emanuelle Aduni Goes**, representante da Odara - Instituto da Mulher Negra, fez um enfoque sobre o vírus zika e o impacto sobre as mulheres negras. Disse que a epidemia de zika evidencia o que se vive em relação às desigualdades, sobretudo nos locais onde a pobreza prevalece e faz emergir temas como aborto, saneamento básico. Acrescentou que a epidemia revela a desigualdade do país – perfil das pessoas e local onde vivem, assim, é preciso pensar os outros impactos, sobretudo para as mulheres negras. Falou sobre o “racismo ambiental” que se refere à falta de políticas públicas em territórios de acordo com raça, etnia, perfil da comunidade, ausência de políticas públicas ou investimento de indústrias para uso do território sem proteção social e do direito. Pontou questões que precisam ser debatidas nesse momento: ausência do saneamento básico; ausência do direito no exercício da ação no que se refere aos direitos reprodutivos – não há métodos contraceptivos disponíveis na qualidade e quantidade necessária; e garantia dos serviços especializados para crianças com microcefalia. Para ilustrar melhor a situação, destacou que pesquisa realizada em 2013 aponta o uso maior de métodos contraceptivos por mulheres brancas da Região Sul em comparação às mulheres negras da Região Nordeste. Explicou ainda que no Nordeste o abandono das famílias, pelos maridos/pais, é uma realidade independente da microcefalia e as mulheres são as chefes da família; portanto, a epidemia agudiza essa situação. Por fim, fez a leitura de documento com as reivindicações da Articulação das Mulheres Negras: “As lutas em defesa das mulheres negras frente à epidemia de zika e de microcefalia exigem de nós rápida resposta, capacidade de diálogo e de vocalização das necessidades e interesses da maioria das mulheres negras. Em continuidade com a Marcha de Mulheres Negras Brasileiras contra o Racismo e a Violência, e pelo Bem Viver, demandamos: 1) Informação adequada e transparente, com dados da epidemia desagregados por raça/cor, sexo, idade e local de moradia; 2) Substituição da lógica de usos de produtos químicos e de ação militar, por medidas para a melhoria ambiental, educação da sociedade e o empoderamento das mulheres, incluindo a participação de representantes das mulheres negras das comunidades atingidas em todos os mecanismos de análise, formulação e implementação de estratégias de enfrentamento à epidemia; 3) Implantação imediata de medidas de eliminação da vulnerabilidade socioeconômica e ambiental de mulheres negras e suas famílias, como estratégia principal de eliminação do mosquito transmissor; 4) Criação de Rede Nacional de serviços de referência e outras políticas e mecanismos públicos, voltados para a atenção integral às mulheres, crianças e suas famílias, com profissionais treinados para o enfrentamento ao racismo e ao sexismo institucionais; 5) Investimento consistente e continuado em estudos e pesquisas sobre a epidemia e sobre os métodos de eliminação dos mosquitos, que visibilizem suas consequências para a saúde física e mental das mulheres negras, os impactos comunitários, econômicos, sociais e ambientais da epidemia, e dos usos continuados de larvicidas, especialmente nas comunidades negras e pobres; 6) Investimento imediato em medidas de saneamento ambiental, incluindo a substituição do uso de larvicidas químicos por alternativas mais seguras e saudáveis para eliminação dos criadouros, priorizando as comunidades negras e pobres; 7) Desenvolvimento de políticas urbanas e ambientais voltadas para o acesso à moradia adequada, ao saneamento e à urbanização; 8) Implantação de medidas de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, incluindo eliminação das restrições de acesso ao aborto seguro e a métodos contraceptivos; 9) Prestação de contas pública e transparente de todos os gastos com as epidemias de dengue, chikungunya e zika ao longo dos anos; e 10) Criação e disponibilização de fundos à disposição da sociedade civil, especialmente das organizações de mulheres e mulheres

negras, para o desenvolvimento e ações de empoderamento de mulheres negras, suas família e comunidades". Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, destacou que a pauta aponta a necessidade urgente de empoderamento das mulheres e, nessa lógica, convidou a deputada **Angela Albino** (PCdoB-SC) para fazer uma fala. A Deputada **Angela Albino** (PCdoB-SC) cumprimentou o CNS por pautar o tema e agradeceu a oportunidade de aprender com o debate. Afirmou que nesse momento é preciso ficar atento aos direitos das mulheres e utilizou uma frase de Simone de Beauvoir para ser considerada no debate "Não esqueçam que sempre que há uma crise política, econômica ou religiosa os direitos das mulheres são questionados". Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** disse que esse é um tema muito caro para as mulheres e lembrou que a lei do planejamento familiar até hoje não foi implementada adequadamente nos estados e municípios. Explicou que dezoito Estados brasileiros têm a presença do vírus zika e seis deles em situação de emergência em termos de infestação do mosquito e surto de microcefalia. Salientou que se trata de uma situação complexa, uma vez que a microcefalia só é diagnosticada com certeza a partir do sétimo mês de gravidez e os agravos para o bebê somente poderá ser observado durante o seu desenvolvimento. Acrescentou que 90% dos casos de microcefalia está associado a retardo mental. Disse que a UBM entende como direito sexual e reprodutivo o direito da mulher ao abortamento no caso de aflição sobremaneira com a gestação. Disse que se trata de uma infecção que pode assolar as mulheres por vários caminhos e há indícios de que fluidos corporais (sangue, sêmen, leite materno) também podem propagar o vírus. Assim, para as mulheres, fica a insegurança e as aflições sobre o tema. Considerando que há questões não esclarecidas, destacou que é preciso debater ainda mais o assunto, com a participação de pessoas que entendem do tema para chegar a posições mais abalizadas a respeito. **Manifestações.** Conselheiro **Moisés Bauer Luiz** fez comentários sobre as propostas apresentadas pela representante da ANIS. Sobre o BPC, ratificou a proposta de aumentar o valor do benefício e lembrou que essa proposta foi objeto de deliberação nas conferências nacionais das pessoas com deficiência. Todavia, essa demanda, que estava como projeto de lei, não teve acordo com o governo. Por outro, registrou a sua posição contrária à proposta de interrupção da gravidez no caso de mães infectadas pelo vírus, pois remetia à ideia de selecionar as pessoas antes do nascimento. Além disso, não havia segurança sobre o grau de comprometimento que o feto teria ao nascer no que se refere ao aspecto físico, intelectual e sensorial. Ressaltou que, independente do grau de comprometimento, sempre defenderá a vida, pois o feto tem o direito de nascer e ser protegido por sua mãe, sua família e o Estado. Destacou ser inadmissível proteger o interesse da mãe em detrimento de um feto que, ao nascer, merecerá todo o respeito e atenção. Conselheiro **José Arnaldo Pereira Diniz** concordou que é preciso debater a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, mas manifestou preocupação com a possibilidade de "aproveitar" esse momento de epidemia/pânico para debater o tema do aborto. Ressaltou que a microcefalia, diferente da anencefalia, não significa que o feto não sobreviveria após o nascimento; portanto, não se trata de uma ação terapêutica como a anencefalia. De todo modo, concordou que o tema dos direitos sexuais e reprodutivos precisa voltar para ser debatido com maior profundidade no Conselho. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** destacou que é preciso garantir rede de atendimento e acompanhamento para as crianças com microcefalia e serviços de apoio, inclusive na área de saúde mental, para as mulheres, ainda que a opção seja pelo aborto. Frisou que é preciso aprender a partir de agora sobre as necessidades dessas crianças. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** avaliou que abordar essa temática associada ao contexto de adoecimento demonstra o despreparo do país para enfrentar uma situação de epidemia como a atual. Disse que as pessoas com microcefalia estão desassistidas há tempo no país porque a rede não dá conta e estados e municípios não assistem crianças e mulheres. Assim, o momento é propício para refletir sobre a ausência de assistência às pessoas e a qualidade da atenção ofertada. Nessa linha, sugeriu pautar o Programa Viver sem Limites, na próxima reunião do CNS, para debater a assistência prestada às pessoas com deficiência. Conselheira **Maria Zenó Soares da Silva** solicitou que as políticas atendam as especificidades das mulheres com doença falciforme na maioria negras. Conselheira **Kátia Souto** destacou que o enfrentamento ao Aedes e à microcefalia é uma responsabilidade de mulheres e homens. Salientou que a reflexão de gênero feita pelas conselheiras não está centrada apenas nos direitos sexuais e reprodutivos ou na interrupção da gravidez, mas sim no papel do coletivo na sociedade. Todavia, é preciso considerar que alguns homens e algumas mulheres são mais vulneráveis em função da história do Brasil. Avaliou que é preciso debater o papel do CNS, dos conselhos estaduais e conselhos municipais de saúde nesse processo de mobilização e em relação aos demais eixos do plano de enfrentamento ao Aedes. Além disso, frisou que o Conselho tem o papel de acompanhar e monitorar as pesquisas e destacou que é preciso considerar as questões colocadas pelas expositoras na definição de ações. Conselheira **Denise Torreão** disse que faltam informações sobre o quantitativo de centros especializados de reabilitação e quais teriam condições para atender as demandas das crianças com microcefalia. Além disso, ressaltou que a rede de assistência não dá conta de cuidar da mulher que gesta uma criança com microcefalia. Nesse sentido, ratificou a proposta de pautar, na próxima reunião do CNS, debate sobre o Programa Viver sem

Limites, com convite a representantes da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS, dos profissionais de saúde que compõem a rede de assistência e de usuários. Conselheira **Simone Vieira da Cruz** saudou as expositoras e corroborou com a necessidade de abordar a temática de gênero não apenas no mês da mulher, contemplando questões amplas como racismo, direitos sexuais e reprodutivos, aborto, falta de acesso a ações de saúde, ausência de saneamento básico. Destacou que a mesa aponta ainda a necessidade de incluir as mulheres nas diversas agendas colocadas. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** disse esse quadro de infestação é resultado da incompetência do país em lidar com o vetor transmissor do vírus, lembrando que a dengue assola o país por 30 anos. Além dos casos de zika, lembrou o aumento de casos de chyncungunha que incapacita pessoas. Explicou que estudo publicado na revista *Lancet* aponta que a microcefalia acontece em 1% das gestações com zika no 1º trimestre. Concordou que é preciso aumentar com urgência o valor do BPC e destacou a necessidade de realizar estudo sobre a microcefalia no Brasil com corte anterior aos casos de zika. Lembrou as dificuldades enfrentadas por estados para implementar a Política principalmente por falta de recurso financeiro e incapacidade técnica. Destacou a importância da PEC N°. 01 para alocar mais recursos e, por outro lado, lembrou que a saúde não aparece no PPA do governo federal. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** cumprimentou a Mesa Diretora pela escolha do tema e as expositoras pelas abordagens, demonstrando a grandeza da dimensão do feminismo. Salientou que o debate transcende a discussão do zika, levando a questões gerais como aborto. Nessa linha, avaliou que é preciso debater direitos sexuais e reprodutivos na linha do feminismo, lembrando, inclusive, que o aborto é uma realidade no país. Além disso, é necessário qualificar a prevenção para além do combate ao mosquito e informar a população. Concordou que é preciso rever o valor do BPC e ampliar o acesso, com critérios e condicionalidades e ampliar a rede de assistência e a capacidade dos profissionais para atender as crianças que necessitam de estimulação precoce, por exemplo. Conselheira **Simone Maria Leite Batista** destacou a integração do MEC, Ministério da Saúde e organizações da sociedade civil e informou que no dia anterior foi realizada atividade para fazer o lançamento da próxima etapa. Disse que é preciso ampliar a participação da sociedade civil uma vez que segmentos ainda não estão integrados às ações de combate ao vetor. No mais, salientou que é necessário: observar como estão as discussões nos conselhos municipais e estaduais de saúde; qualificar melhor os profissionais para atender as crianças com microcefalia, com envolvimento da universidade; incentivar as práticas integrativas (repelentes feitos com produtos naturais); ampliar a informação à sociedade nos meios de comunicação, com utilização das rádios comunitárias; incluir o tema na capacitação dos agentes comunitários e agentes de endemias; e pautar debate no CNS sobre aborto. Conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de Paula** destacou que o machismo ainda é um problema no país e é necessário olhar sobre essa questão. Além disso, é necessário envolver ainda mais os conselhos de saúde na mobilização para combater o Aedes, começando pelo municipal. Também lembrou que o vírus da zika pode ser transmitido também por fluidos corporais. Conselheiro **Carlos de Souza Andrade** disse que as questões relativas à saúde da mulher devem ser pauta constante do CNS. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** fez referência à fala do conselheiro Moisés Bauer Luiz sentindo-se contemplada nas preocupações colocadas por ele. Dada a gravidade da situação, destacou que o CNS precisava dar continuidade ao acompanhamento das ações do Ministério da Saúde de combate ao vetor e cuidado à gestante e às crianças com microcefalia. Sobre o BPC, concordou que é preciso verificar a possibilidade de ampliar o benefício. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso** avaliou que as **contribuições feitas foram** importantes e fez um destaque ao cuidado com a criança e com a gestante. Citou o Programa “Primeira infância melhor”, uma política pública pioneira no Estado do Rio Grande do Sul, voltada para as famílias com crianças de zero até seis anos e gestantes, em situação de vulnerabilidade social, com atendimento, inclusive, de crianças com deficiência. Sugeriu que o Programa seja visto como uma alternativa importante de atendimento nessa situação. Conselheiro **João Rodrigues Filho** ratificou a fala da representante da ANIS e frisou a importância de cuidar dos determinantes sociais e determinantes em saúde – no Brasil, apenas 40% de sistema de esgoto. Também disse que é preciso ter uma atenção para o número de crianças contaminadas por sífilis. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** ressaltou a importância de pautar as questões relativas às mulheres no CNS. Lembrou que a copa do mundo foi a porta de entrada do vírus zika no Brasil e perguntou o que será feito em relação às olimpíadas a fim de evitar a entrada de outras doenças no país. Discordou que a assistência está chegando às pessoas que necessitam e avaliou que a situação irá piorar, pois, muitas pessoas, por conta da crise no país, não terão mais condições de pagar planos privados de saúde. Conselheira **Lorena Baía** chamou a atenção para a dificuldade de implementação das políticas públicas e destacou problema do abastecimento de medicamentos. Fez um destaque ao desabastecimento de penicilina por falta de matéria-prima e destacou que agora há reserva de mercado. Chamou a atenção ainda para o aumento de casos de sífilis congênita e o problema da falta de vacinas. Frisou que é preciso retomar o papel do controle social e estimular as práticas integrativas e complementares (possibilidade de manipular repelentes naturais). Por fim, informou que o Conselho Federal de Farmácia lançará campanha para enfrentar o Aedes. **Retorno da mesa.** Conselheiro

Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS, ressaltou a necessidade de construir consensos sobre a pauta dos direitos das mulheres para fortalecer a luta e assegurar os avanços. Apontou que a epidemia de zika é uma emergencial mundial e faz-se necessário buscar consensos para fazer o enfrentamento da epidemia. No mais, frisou que as questões relativas à saúde da mulher devem ser debatidas de forma permanente e não apenas por conta do dia internacional da mulher. Explicou que o Conselho é um retrato do que pensa a sociedade brasileira, assim, há questões divergentes, mas conjunto de ações e agendas convergentes no sentido de somar-se à luta em defesa do direito à saúde das mulheres. Disse que o conjunto de contribuições dos conselheiros soma-se na direção dos consensos que podem ser tornar potenciais ações para intervir na realidade. **Retorno da mesa.** A Coordenadora-Geral de Programas e Ações de Saúde da Secretaria de Políticas para as Mulheres, **Rurany Ester Silva**, agradeceu a oportunidade de debater esse tema e reforçou que a luta visa a garantia e ampliação dos direitos das mulheres. Disse que buscar qualidade da atenção à saúde da mulher é importante para toda a sociedade e, nesse momento de epidemia, essa qualidade é fundamental para todas as mulheres. Além disso, frisou que o trabalho de empoderamento das mulheres é fundamental, pois é nesse processo que as mulheres decidem sobre a vida e sobre a garantia de direitos, sem retroceder no que foi garantido até agora. A representante da ANIS - Instituto de Bioética, **Sinara Gumieri**, também agradeceu a oportunidade de participar do debate e destacou que as contribuições contribuíram para compreender ainda mais a complexidade do assunto. Reiterou que o pedido da ação constitucional de garantia do direito à interrupção da gestação de mulheres infectadas com zika vírus não está associado a diagnóstico fetal, mas sim à tortura psicológica de mulheres (o critério seria mulheres grávidas, infectadas pelo zika vírus, que viver a gestação no cenário da epidemia representa uma ameaça à sua saúde física, psicológica e social). Ressaltou que os direitos das mulheres não são incompatíveis com os direitos de pessoas com deficiência, nessa linha, a ação trata de proteção social e saúde de mulheres e crianças. Clarificou que não se trata, por exemplo, de uma ação semelhante à relativa à anencefalia, pelos motivos citados. Avaliou que é preciso aproveitar esse momento para debater problemas importantes, inclusive, anteriores à epidemia, mas que são agravados pela situação atual a ponto de exigir urgência nas ações e respostas. Conselheira **Emanuelle Aduni Goes**, representante da Odara - Instituto da Mulher Negra, focou a sua fala na questão do aborto, explicando que independente da regularização, as mulheres realizarão o aborto, se assim desejarem, mas de forma insegura e precária. Lembrou que estudos demonstram que as mulheres realizam aborto de forma insegura e precária e a morte materna é um dos resultados do aborto inseguro (é a quarta causa de morte materna no país). Salientou que a preocupação é também com a vida das mulheres, porque o aborto será realizado independente de ser legalizado ou não. Frisou que a luta é para garantir às mulheres o “direito de decidir” e seguir a sua vida reprodutiva. Finalizando, agradeceu as contribuições e destacou a importância de continuar o diálogo para além da epidemia. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz**, representante da UBM, primeiro, agradeceu a Mesa Diretora do CNS e o Conselho por acatar a solicitação e debater esse tema. Lembrou que é falaciosa a ideia de que o aborto não é permitido no Brasil, pois são realizados mais de 1 milhão de abortos inseguros no país por ano, sendo a quarta causa de mortes maternas. Destacou que se trata de um tema importante a ser debatido no CNS e acrescentou que a ação de interrupção da gravidez justifica-se pela falta de condições da mulher em gestar um bebê por conta da infecção pelo zika. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS aprovasse a convocação da II Conferência Nacional de Saúde da Mulher, a ser realizada em 2017, lembrando que a primeira conferência foi realizada há 30 anos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, fez a leitura dos encaminhamentos sugeridos. Conselheiro **Geordecy Menezes de Sousa** solicitou maiores esclarecimentos sobre a proposta de convocação II Conferência. O Presidente do CNS explicou que o Plenário poderia aprovar convocação e definir data, tema, entre outros aspectos, posteriormente. Feito esse esclarecimento, passou à votação dos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário aprovou, com uma abstenção, a convocação da II Conferência Nacional de Saúde da Mulher – os detalhes como data, tema, entre outros, serão definidos posteriormente. Além disso, decidiu: 1) considerar o conjunto das ações apresentadas pela conselheira Emanuelle Aduni Goes como elementos de referência para as ações do CNS; b) disponibilizar informações sobre o zika vírus para a sociedade; c) pautar debate sobre o Benefício de Prestação Continuada - BPC para manifestação do CNS a respeito; d) pautar debate no CNS sobre direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o tema do aborto; e) solicitar respostas das áreas técnicas do CNS sobre a falta de medicamentos e vacinas; e) realizar atividade (painel virtual) sobre o quadro epidemiológico acerca da sífilis congênita no país; f) pautar debate sobre o Programa Viver sem Limites, com convite a representantes da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS, dos profissionais de saúde que compõem a rede de assistência e de usuários; e g) disponibilizar as falas das palestrantes da mesa para orientar os conselheiros e a gestão na elaboração de estratégias para o enfrentamento da epidemia de zika vírus.** Com esses encaminhamentos, o Presidente do CNS agradeceu as expositoras e encerrou este ponto. **ITEM 3 – APRESENTAÇÃO E APROVAÇÃO DA RESOLUÇÃO QUE DÁ PUBLICIDADE ÀS DIRETRIZES,**

PROPOSTAS E MOÇÕES APROVADAS NA 15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE -
Coordenação: conselheira **Francisca Rego**, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. O Presidente do Conselho iniciou a sua fala justificando a ausência do conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**, secretário geral da 15ª Conferência neste ponto de pauta. Explicou que foi elaborada minuta de resolução para dar publicidade às propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas delegadas e delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório Final. Trata-se do trabalho de compilação, sem a intenção de retomar o debate sobre as deliberações da Conferência. Feitas essas considerações iniciais, fez a leitura da minuta de resolução. O texto é o seguinte: “Proposta de Resolução nº 000, de 00 de março de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Septuagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 17 e 18 de março de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e pelo Decreto nº. 5.839, de 11 de julho de 2006, e Considerando que o Conselho Nacional de Saúde – CNS tem por finalidade atuar, entre outras coisas, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (art. 2º do Regimento Interno do CNS); Considerando que compete ao CNS a responsabilidade de fortalecer a participação e o controle social no SUS (art. 10, IX do Regimento Interno do CNS); Considerando que compete ao Plenário do CNS dar operacionalidade às competências do CNS descritas no art. 10 do seu Regimento (art. 11, I do Regimento Interno do CNS); Considerando o disposto no art. 1º, II e III da Resolução CNS n.º 500/2015 (Regimento da 15ª Conferência Nacional de Saúde), segundo o qual era objetivo da Conferência “mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade brasileira acerca do direito à saúde e em defesa do SUS” e “fortalecer a participação e o controle social no SUS, com ampla representação da sociedade em todas as etapas da 15ª Conferência Nacional de Saúde”; Considerando o previsto no art. 20, IV da Resolução n.º 500/2015 (Regimento da 15ª Conferência Nacional de Saúde), que é promover ampla divulgação da 15ª Conferência Nacional de Saúde nos meios de comunicação social, inclusive o virtual; e Considerando o previsto no art. 36 da Resolução n.º 500/2015 (Regimento da 15ª Conferência Nacional de Saúde), que estabelece que o Monitoramento da 15ª Conferência Nacional de Saúde tem como objetivo viabilizar o permanente acompanhamento, por parte do Conselho Nacional de Saúde, dos encaminhamentos e efetivação das deliberações aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde, nos termos previstos pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e pela Resolução CNS nº 454, de 14 de junho de 2012; Considerando a necessidade de avançar no processo organizativo e de articulação entre os conselhos de saúde nas esferas nacional, estaduais e municipais; e Considerando o Conselho Nacional de Saúde como integrante do processo de articulação entre os Conselhos. Resolve: 1. Publicar as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório Final”. Conselheiro **Willen Heil e Silva** solicitou maiores informações sobre o trabalho realizado uma vez que relatores das oficinas não participaram desse processo de compilação final das propostas e tinham dificuldade de verificar se o aprovado nas oficinas foi incluído no relatório. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que um grupo menor, composto por coordenadores dos eixos temáticos da relatoria sob o acompanhamento da Mesa Diretora do CNS e da secretaria geral da Conferência e da relatoria geral, sistematizou as informações e as organizou. Frisou que o produto apresenta o que foi aprovado na 15ª Conferência e no corpo da proposta estão os nomes dos relatores que participaram do processo de compilação. Todavia, se houvesse dúvida sobre esse trabalho, poderia ser solicitada auditoria, o que, no entanto, levaria tempo e poderia atrasar a divulgação. Ressaltou que não se trata do relatório final, mas sim de um instrumento para agilizar a divulgação das deliberações da Conferência. Conselheiro **Willen Heil e Silva** disse que a dúvida persistia, pois as pessoas indicadas para participar da relatoria não puderam participar do processo e fazer o comparativo se o produto apresentado contemplou as discussões, possibilitando a divulgação de forma fidedigna. Também manifestou preocupação com a aprovação das diretrizes da 15ª Conferência, na reunião anterior, pois compôs a comissão de organização da Conferência, representando os trabalhadores. Conselheira **Andreia de Oliveira** destacou que a conjuntura diversa, inclusive com mudança da coordenação da relatoria da Conferência, resultou na recomposição de questões necessárias. Disse que, junto com as conselheiras Ivone Martini de Oliveira e Fernanda Magano, foi indicada para a relatoria e no processo indagou ao conselheiro Eni Carajá, relator adjunto da Conferência, o papel da relatoria, mas sem nenhum conflito. Ressaltou que a situação está dada e o relatório compilado, assim, é necessário esclarecer, deixar transparente e valorizar o trabalho dos relatores que foram incorporados ao processo da relatoria. Para as próximas conferências, sugeriu que a Comissão de Relatoria, definida pelo Conselho, acompanhe todo o processo de trabalho. De todo modo, disse que a comissão de relatoria inicial ainda se coloca à disposição para qualquer atividade. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** disse que a situação ficou desagradável, pois as pessoas indicadas pelo FENTAS para a relatoria não foram chamadas a participar de nenhuma tarefa. Explicou

que foi envolvida em uma tarefa de análise ambiental da situação, ao final da Conferência. Destacou que as eventuais mudanças deveriam ter sido informadas às pessoas, inclusive para que pudessem se envolver em outras atividades da Conferência. Conselheira **Denise Torreão** explicou que na reunião do FENTAS houve dúvidas sobre a necessidade da resolução e ponderou que seria desnecessária uma vez que o CNS tem total autonomia para dar publicidade às deliberações da Conferência. Além disso, a publicação da resolução não seria feita de imediato, tendo em vista o trâmite legal. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, lembrou que o Conselho manifesta-se por meio de resolução, sendo assim, diante da necessidade de dar publicidade às deliberações da 15ª Conferência, foi apresentada a minuta. Também destacou o compromisso da Mesa Diretora em fazer com que o CNS utilize ainda mais as suas prerrogativas. Reconheceu que houve um problema concreto no processo da relatoria e frisou que é essencial assegurar a participação das representações indicadas pelo Plenário no processo de construção do relatório final da Conferência. Conselheiro **Eni Carajá Filho**, relator adjunto da 15ª Conferência, recordou que na primeira reunião da Comissão de Relatoria, eleita pelo Plenário, foi acordada a ampliação da Comissão. Com isso, outras pessoas foram incluídas, ampliando o grupo inicial de treze integrantes. Lembrou, inclusive, que foram realizadas seis oficinas da relatoria. Explicou que a relatoria trabalhou com a concepção de mensurar também a votação nos grupos de trabalho. Reconheceu que houve não aceitação política dos conselheiros na Comissão de Relatoria sob o argumento de que boa parte dos integrantes era delegado da Conferência, misturando papel de delegados e relatores e explicou que colocou a discordância com esse entendimento. Avaliou que o professor Antônio Cardoso, coordenador da comissão de relatoria, fez um excelente trabalho e ele reconheceu que a comissão de relatoria é a eleita no Plenário do CNS, mas que houve outras pessoas envolvidas que apoiaram o trabalho. Frisou que a intenção é dar agilidade à publicação das deliberações da Conferência, inclusive, fez questão de esclarecer que o compilado estava fidedigno aos debates. Destacou que houve divergências, mas o resultado final foi a contento e salientou a necessidade de chamar a comissão para reunião a fim de esclarecer a metodologia para mensuração e apuração. Conselheiro **José Arnaldo Pereira Diniz** colocou que persistia a dúvida levantada pela conselheira Denise Torreão, pois, no seu entendimento, o resultado da Conferência é divulgado por meio do relatório final que foi aprovado ao fim da Conferência. Portanto, não compreendeu por que o relatório que, na sua visão, somente deveria ser consolidado e publicizado, precisaria se tornar público por meio de resolução do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, recordou que a Lei nº. 8.142/90 define que o Conselho é deliberativo, por isso, a proposta de resolução para dar publicidade às deliberações, uma vez que o Relatório Final da Conferência seria construído nos próximos meses. Acrescentou que a resolução é um mecanismo para divulgar as deliberações da Conferência e garantir que possam ser utilizadas para intervir na elaboração dos instrumentos de gestão – Plano de Saúde - e nas políticas públicas de saúde. Após consultar o Plenário, colocou em votação a minuta de resolução. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a minuta de resolução.** Definido esse ponto, a mesa interrompeu para o almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN** - *Coordenação:* conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. *Composição da mesa:* conselheiro **Wanderly Gomes da Silva**, coordenador da COFIN; e **Francisco Rózsa Funcia**, consultor da COFIN/CNS. O consultor da COFIN, **Francisco Rózsa Funcia**, apresentou a análise da Execução Orçamentária do Ministério da Saúde (antes da análise do RPCQ/3º Quadrimestre/2015), com a incorporação dos cenários da PEC 01/2015 e da LOA 2016. Começou detalhando a base legal no que diz respeito às ações e serviços públicos de saúde: Constituição Federal; Lei nº 8.080/90; Lei nº 8.142/90; Lei Complementar nº 141/2012; Lei nº 4.320/64; Lei Complementar nº 101/2000; e Lei Complementar nº 131/2009. No que se refere às Ações e Serviços Públicos de Saúde, falou sobre os indicadores macroorçamentários. Em relação ao processo de planejamento, execução orçamentária e prestação de contas, lembrou que o Conselho Nacional de Saúde delibera sobre Plano de Saúde - PNS, Programação Anual de Saúde - PAS, Plano Plurianual - PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, Lei Orçamentária Anual - LOA e Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral - RPCQ e avalia e indica medidas corretivas para o Relatório de Gestão (RG). Detalhou a Aplicação Mínima (último ano de vigência da regra da EC29/2000 e LC 141/2012 - Variação nominal do PIB 2014 considerada: 7,1%) das Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS: **a)** Piso 2015: R\$ 98,797 bilhões; **b)** Compensação Restos a Pagar cancelados 2014: R\$ 905 milhões; **c)** Aplicação mínima obrigatória 2015 (A+B): R\$ 99,702 bilhões; **d)** Valor Empenhado 2015: R\$ 100,460 bilhões; e **e)** Diferença (D-C) e (D>C): R\$ 758 milhões. Sobre as Emendas Parlamentares em 2015 (EC 86/2015) - parâmetros e aplicação: **a)** Receita Corrente Líquida: R\$ 674,523 bilhões; **c)** Parâmetro: RCL X 0,6%: R\$ 4,047 bilhões; e **c)** Empenhado: R\$ 2,195 bilhões. Sobre o Orçamento do Ministério da Saúde – ASPS, detalhou (janeiro-dezembro/2015): ações e serviços de saúde – Total: dotação atualizada: R\$ 110.449.163.999: saldo orçamentário: R\$ 9.988.826.881; e relação: 9% do orçamento não foi utilizado. Dotação Atualizada: valores aprovados na LOA acrescidos ou reduzidos em decorrência da abertura de créditos adicionais (LOA + Créditos). Saldo Orçamentário em 31/12/2015 (saldos das dotações orçamentárias): valores

não utilizados para empenho em 2015 (calculado pela diferença entre dotação atualizada e valor empenhado). A respeito da execução orçamentária do Ministério da Saúde (janeiro-dezembro/2015): Dotação Atualizada (A): R\$ 110.449.163.999; Empenhado (B): R\$ 100.460.337.118; Liquidado (C): R\$ 93.335.701.483; Pago (D): R\$ 92.579.870.003; Saldo a Pagar inscrição em Restos a Pagar (E) = (B - D): R\$ 7.880.467.114. Mostrou o nível de empenhamento (total) da União – MS – Ações e Serviços Públicos de Saúde (janeiro-dezembro/2008 a 2015), destacando oscilação de dezembro de 2008 a dezembro de 2015 e salientou que o desejável seria que todo o orçamento existente fosse utilizado em benefício da saúde da população. Mostrou tabela com valor pago e saldo a pagar, destacando diminuição do saldo a pagar ao longo dos anos, mas um valor elevado de restos a pagar (há saldo antigo, o que gerou resoluções do CNS). Falou da classificação do Nível de Execução Orçamentária - Ações e Serviços Públicos de Saúde – União (Referência: janeiro-dezembro/2015), detalhando os critérios: adequado: Nível de empenho: $x \geq 98\%$ nível de liquidação: $x \geq 90\%$; regular – nível de empenho: $90\% < x < 98\%$; nível de liquidação: $82\% < x < 90\%$; e inadequado: nível de empenho: $x < 90\%$; nível de liquidação: $x < 82\%$. Detalhou o nível de empenho e liquidação (%): Ações e Serviços Públicos de Saúde – nível de empenho: 90,96% (regular); nível de liquidação: 84,51% (regular); Ações e Serviços Públicos de Saúde - OCC - ID USO 6 – nível de empenho: 90,17% (regular); nível de liquidação: 83,12% (regular); Pessoal Ativo - ID USO 6 - nível de empenho: 99,19% (adequado); nível de liquidação: 99,06% (adequado). No que se refere ao nível empenho e liquidação adequado, destacou: Média e Alta Complexidade - MAC (AIH/SIA/SUS), nível de empenho e liquidação, respectivamente, 99,98% e 99,13% e Piso de Atenção Básica - PAB FIXO, respectivamente, 99,82% e 99,25%. A respeito do nível de empenho e liquidação regular, destacou o Fundo Nacional de Saúde – FNS, 90,27% e 83,51%, respectivamente. Acerca do nível de liquidação inadequado, destacou: Farmácia Básica – PAB (liquidação); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; Aquisição e Distribuição de Medicamentos/DST/AIDS (liquidação – 78,11); Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (empenho e liquidação); Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ: empenho e liquidação; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (empenho e liquidação). Sobre o empenhado em 2014x2015, destacou os itens que ficaram abaixo da inflação: Média e Alta Complexidade - MAC (AIH/SIA/SUS); Pessoal Ativo; Incentivo Financeiro - vigilância em saúde; e Hospitais Próprios. Também citou os itens cujo empenho foi menor que a inflação e negativo (aplicação menor em 2105 em relação a 2104): Piso de Atenção Básica - PAB FIXO; Emendas Nominativas; Farmácia Básica – PAB; Outros Programas; e Qualificação Profissional do SUS. Na sequência, falou sobre a PEC-01/2015 cuja principal mudança será aumentar o percentual de aplicação em ações e serviços de saúde. Disse que, se aprovada, a PEC 01 revogará a EC 86/2015 (a partir de 2016) e definirá novos percentuais. Sobre a PEC-01, destacou: propostas, redação original, empenhado/2015 e EC 86/2015 (a partir de 2016): 2015 - 14,8%; 2016 - 13,2% (a partir de 2016, passa a vigorar a PEC, 13,2% representa, no mínimo, uma perda de R\$ 2 bi); 2017: 13,7%; 2018: 14,1%; 2019: 14,5%; 2020: 15,0%; 2021: 15,0%; 2022- 15,0%; e 2023 - 15,0%. Explicou que nas últimas quatro semanas estão ocorrendo negociações no Congresso Nacional buscando um acordo e, na semana passada, trabalhou-se com duas hipóteses de negociação. Detalhou que a proposta é distribuir em 7 anos: Proposta 1: 2015: 14,8%; 2016: 14,8%; 2017: 15,0%; 2018: 16,0%; 2019: 16,5%; 2020: 17,0%; 2021: 18,0%; 2022: 18,5%; e 2023: 19,4%. Proposta 2: 2016: 14,8%; 2017: 15,0%; 2018: 15,5%; 2019: 16,0%; 2020: 17,0%; 2021: 17,5%; 2022: 18,5%; e 2023: 19,4%. Apresentou ainda a proposta que estava em debate naquele momento: 2015: 14,8%; 2016: 15,5%; 2017: 16,2%; 2018: 16,9%; 2019: 17,6%; 2020: 18,3%; e 2021: 19,4%. Por fim, falou sobre o Orçamento 2016 do MS conforme a EC 86/2015 e valores comparados: o SUS está subfinanciado: R\$ 100,3 bilhões: valor mínimo pela regra vigente da EC 86/2015 (13,2% da receita corrente líquida estimada na LOA 2016 em R\$ 759,45 bilhões); R\$ 107,0 bilhões: valor mínimo pela regra da EC 29/2000 e LC 141/2012 (adotando como variação nominal estimada do PIB 6,5% em 2015 e considerando o valor empenhado em ASPS de R\$ 100,46 bilhões em 2015); R\$ 112,4 bilhões: adotando o mesmo percentual da receita corrente líquida (14,8%) que representou o valor empenhado em ASPS em 2015; R\$ 113,9 bilhões: considerando o percentual estabelecido pela PEC (Proposta de Emenda à Constituição) nº 01/2015 para o primeiro ano de vigência (15%); R\$ 122,0 bilhões: para manter o padrão de 2014 e compensar RP cancelados desde 2012; R\$ 150,2 bilhões: se tivesse sido aprovado o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (PLP 321/2013) que estabelecia 10% das receitas correntes brutas da União (estimativa oficial de R\$ 1.501.491.213.250,00 na LOA 2016); R\$ 259,7 bilhões: se vigorasse a regra inicial da Constituição Federal de 1988 de alocação de 30% do Orçamento da Seguridade Social; R\$ 360,0 bilhões: se vigorasse o parâmetro internacional para sistemas de cobertura universal (6% do PIB, estimando o PIB do Brasil em R\$ 6,0 trilhões); e R\$ 420,0 bilhões: se vigorasse o parâmetro mínimo internacional de aplicação para países com sistemas públicos de saúde de acesso universal (7% do PIB, estimando o PIB do Brasil em R\$ 6,0 trilhões). Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, integrante da COFIN, sugeriu que os conselheiros se apropriassem do material disponibilizado a fim de se prepararem para o debate sobre o consolidado da prestação de contas do MS de 2015 na próxima reunião do Conselho. Destacou que estava na pauta

do Congresso Nacional, naquela tarde, a PEC nº. 01/2015, que representava a defesa do percentual sugerido pelo Movimento Saúde mais 10. Também manifestou preocupação com o fato de a Lei nº. 13.249/2016 não mencionar a “saúde” entre as prioridades para a administração pública federal no período de 2016/2019 e informou que foi elaborado documento do CNS a respeito que foi divulgado durante o Fórum Interconselhos, realizado no dia anterior. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN, explicou que durante o Fórum Interconselhos foi colocada preocupação com a Lei 13.249/2016 porque não menciona a saúde, o que, na sua visão, merece discussão mais aprofundada. Também falou da dificuldade em coletar assinaturas em favor do ABRASUS durante o Fórum, o que demonstra desconhecimento da proposta. Salientou ainda que o tema do financiamento deve ser tratado pelo conjunto do Conselho e não deve ficar restrito a COFIN, pois os recursos são essenciais para implementação das ações. Sobre a PEC nº. 01/2015, disse que é preciso fazer movimento e articulação com os deputados para votação da proposta na forma original. Salientou que é preciso mostrar para os deputados a importância da aprovação da Proposta para a efetivação da Política de Saúde. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, na linha dos próximos passos, informou que será realizada atividade do movimento ABRASUS durante o 12º Congresso da Rede Unida em Campo Grande/MS, no dia 23 de março, às 17h. Além disso, apresentou a proposta de realizar super abraço no prédio Ministério da Saúde (sede), no dia 7 de abril (Dia Mundial da Saúde), no final da manhã, com a participação dos gestores, trabalhadores e usuários, com foco em três pontos: defesa da democracia e do SUS, combate às endemias (*Aedes Aegypti*), subfinanciamento do SUS. Sugeriu que essa ação emblemática seja reproduzida nos conselhos estaduais, municipais. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, destacou que hoje o debate central é a forma de divisão da riqueza produzida no país, sendo necessário entender o que está em disputa, uma vez que, para garantir políticas públicas, é preciso aplicar uma parte da riqueza. Destacou o avanço da desresponsabilização do Estado acerca de questões importantes e, na saúde, essa questão é mais expressiva. Salientou que, nesse processo, é preciso entender significados políticos, entre eles, o PPA, que sinaliza prioridades. Destacou que o texto sobre o PPA foi trazido para ser replicado pelas entidades haja vista a ameaça ao direito à saúde. Sobre a PEC nº. 01, que poderia ser votada naquele dia, explicou que propõe posição contrária ao que sendo defendido - desvinculação de receitas e diminuição de gastos. Também convidou as entidades e movimentos que compõem o CNS para participar do movimento no congresso da Rede Unida e sugeriu trazer outras representações para a articulação na oficina macrorregional da COFIN. Conselheira **Maria das Graças Silva Gervásio** sugeriu que a ação emblemática do “abraço” seja reproduzida nos conselhos estaduais, municipais e em todos os espaços do SUS (UBS, PSF, Hospitais Públicos...). Encaminhando, o coordenador da mesa colocou em votação as propostas que emergiram do debate. **Deliberação: o Plenário decidiu: 1) realizar atividade do movimento ABRASUS durante o 12º Congresso da Rede Unida em Campo Grande/MS, no dia 23 de março, às 17h ; 2) realizar super abraço no prédio Ministério da Saúde (sede), no dia 7 de abril (Dia Mundial da Saúde), no final da manhã, com a participação dos gestores, trabalhadores e usuários, com foco em três pontos: defesa da democracia e do SUS, combate às endemias (*Aedes Aegypti*), subfinanciamento do SUS, e sugerir que essa ação emblemática seja reproduzida nos conselhos estaduais, municipais e em todos os espaços do SUS (UBS, PSF, Hospitais Públicos...); 3) solicitar aos conselheiros que se apropriem do material disponibilizado (Análise Preliminar da Execução Orçamentária e Financeira do MS/2015; Lei 13.249/2016 que instituiu o PPA da União para 2016-2019 e Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde, disponível na página do CNS - www.conselho.saude.gov.br) na linha de se prepararem para o debate sobre o consolidado da prestação de contas do MS de 2015 na próxima reunião do Conselho. ITEM 5 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP - Convidado: Eduardo de Azevedo Costa, Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS. Coordenação: conselheira Francisca Rêgo Oliveira Araújo, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação: conselheiro Jorge Aves de Almeida Venâncio, coordenador da CONEP. A coordenadora da mesa iniciou explicando os itens que seriam tratados naquele momento: indicação de representantes do CNS para compor a CONEP/CNS (três vagas – um representante do segmento de trabalhadores e dois representantes do segmento de usuários) e apreciação das sugestões da CONEP ao texto do Projeto de Lei Substitutivo nº. 200. Feita essa explicação, abriu a palavra para indicação dos nomes pelos Fóruns de Usuários e de Trabalhadores (FENTAS), a saber: conselheiro **Adriano Macedo Félix**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; conselheira **Adriana Maria da Silva**, CONAM; e conselheira **Nelcy Ferreira da Silva**, CFN. Não havendo manifestações, colocou em votação os nomes sugeridos. **Deliberação: aprovados os seguintes nomes para compor a CONEP: usuários - conselheiro Adriano Macedo Félix, Associação Brasileira Superando o Lúpus; e conselheira Adriana Maria da Silva, CONAM. Trabalhadores da saúde - conselheira Nelcy Ferreira da Silva, Conselho Federal de Nutrição.** Em seguida, fez uso da palavra o Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS **Eduardo de Azevedo Costa** que iniciou apresentando-se ao Plenário e destacando o trabalho conjunto da CONEP/CNS e da Secretaria/MS,**

especialmente para tentar corrigir o PL nº. 200/2015. Adiantou o seu interesse em conferir mais transparência aos projetos das PDPs e, nessa linha, sugeriu a participação do Conselho nas câmaras técnicas relativas às PDPs. Destacou o grande interesse nesse momento em PDPs emergenciais para enfrentar o vírus da zika. Conselheiro **Jorge Aves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP, começou explicando que houve diversos movimentos em relação ao PL nº. 200/2015 no âmbito do Senado Federal e apresentaria os pontos onde se avançou, onde é preciso avançar e partir daí definir as medidas a serem tomadas. Disse que o Projeto encontrava-se na Comissão de Ciência e Tecnologia do Senado Federal e o relator Aloysio Nunes Nunes elaborou primeiro relatório no dia 16 de dezembro que apresentou novidades como a manutenção da CONEP vinculada ao Ministério da Saúde e remetia ao Regimento ou Regulamento a definição de onde a CONEP permaneceria. Todavia, no dia 24 de fevereiro de 2016, o relator apresentou novo parecer com mudanças significativas em relação ao primeiro. Feito esse preâmbulo, passou a comentar os principais pontos do PL nº. 200/2015 e as proposições da CONEP ao Projeto. “Art. 2º Para os efeitos desta Lei são adotadas as seguintes definições: XXIV – *instância nacional de controle de revisão ética de pesquisa clínica: colegiado interdisciplinar, independente, vinculado à coordenação do “Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, definido pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, de caráter normativo, consultivo, deliberativo e educativo, competente para proceder à regulação, fiscalização e controle ético da pesquisa clínica, com vistas a proteger a integridade e a dignidade dos participantes da pesquisa, além de contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos”*. **Mudança:** extinção da CONEP/CNS e definição que a ANVISA será a instância nacional de controle de revisão ética de pesquisa clínica. **Comentário:** Foram apresentadas duas versões de Substitutivo ao PL-200/2015, uma em 16 de dezembro de 2015 e outra em 24 de fevereiro de 2016. Além de correções pontuais ortográficas, observou-se mudança profunda na definição do que representa a “instância nacional de controle de revisão ética de pesquisa clínica”. Enquanto na primeira versão do Substitutivo essa instância era representada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, na segunda, passou a ser figurada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Além do mais, a definição da CONEP foi removida do documento. Tal modificação não está fundamentada na Seção II (Análise) da segunda versão do Substitutivo, o que tornam incompreensíveis tais mudanças. Deve-se recordar que um dos principais motivos para a proposição do Substitutivo foi a necessidade da lei abarcar não somente os ensaios clínicos, mas também uma gama considerável de estudos observacionais. Não é finalidade precípua da ANVISA regulamentar pesquisas observacionais, as quais, muitas das vezes, não envolvem medicamentos, fármacos, dispositivos ou equipamentos. Esse é o caso, por exemplo, de estudos com prontuários médicos, estudos para analisar o comportamento das pessoas ou, ainda, estudos exclusivamente com bancos de dados. Pelo Substitutivo apresentado, tais protocolos passaram a ser da alçada da ANVISA. Hoje, a grande maioria dos estudos desenvolvidos nas universidades do país é do tipo observacional, não envolvendo qualquer forma de experimentação clínica. Faria sentido a ANVISA responsabilizar-se pela regulamentação de tais protocolos de pesquisa? Cabe ainda apontar que, ao afirmar que a ANVISA terá “*caráter normativo, consultivo, deliberativo e educativo, competente para proceder à regulação, fiscalização e controle ético da pesquisa clínica*”, a lei forçará a agência a assumir todo o processo de acreditação (ou certificação) dos Comitês de Ética em Pesquisa. Esse processo de acreditação (ou certificação) permitirá que certos CEP possam analisar os protocolos de risco elevado, entre os quais, se enquadram os ensaios clínicos com seres humanos. Recorde-se que, recentemente, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução CNS nº 506 de 2016 que regulamenta o processo de acreditação no Sistema CEP/CONEP, aguardando apenas a homologação do Excelentíssimo Ministro da Saúde para a publicação oficial. É imperioso alertar para a possibilidade concreta e real de sobrecarga da ANVISA ao assumir a responsabilidade de todo o sistema de análise ética que congrega mais de 700 CEP, além de trazer, para si, a regulamentação de estudos observacionais e a complexa missão de acreditar os comitês. O questionamento a ser feito é: teria a ANVISA capacidade operacional para assumir toda essa responsabilidade? Hoje, é público e notório o fato da ANVISA já trabalhar em regime de sobrecarga. Trazer outras responsabilidades, de natureza ética, apenas agravaria esse quadro. A consequência disso é que a lei afetará justamente quem não deve ser onerado: o participante de pesquisa, em sua segurança. Diversos pesquisadores, autoridades, entidades e bioeticistas manifestaram-se no sentido de que a CONEP fosse a instância nacional harmonizadora da ação dos comitês de ética em pesquisa existentes. De forma contrária a essas manifestações, o Substitutivo propõe a exclusão completa da CONEP do sistema de análise ética do país. É prudente recordar que a CONEP é uma das comissões que compõem o Conselho Nacional de Saúde - CNS. O CNS é a instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, que tem como missão deliberar, fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde. Além disso, o CNS é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde, com composição equilibrada de representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde. Cabe também reconhecer que o sistema de revisão dos

aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil tem sua origem no CNS, pois, em 1995, membros do CNS salientaram a necessidade de revisão da Resolução n.º 1/88 e o estabelecimento de normas para a pesquisa envolvendo seres humanos, o que culminou na homologação da Resolução CNS nº 196/96, que estabeleceu as bases do Sistema CEP/CONEP. Tanto nesta Resolução quanto na que a substituiu mais recentemente (Resolução CNS nº 466/2012), a Conep está vinculada ao CNS, como forma de controle social democrático constituído na Lei nº 8.142 de 1990. Entende-se, portanto, que o CNS, além de ser o espaço legítimo, é o ambiente em que a CONEP recebe influência efetiva e salutar daqueles que a Lei se propõe a proteger – os participantes de pesquisa, permitindo o pleno exercício de sua função precípua. Neste ponto, destacou que a ANVISA é um órgão sobrecarregado e citou, por exemplo, insumos farmacêuticos importados parados no aeroporto de Vira Corpos desde dezembro de 2015, prejudicando a produção. Ou seja, o Sistema não pode funcionar nesse modelo proposto. **PROPOSTA:** voltar à redação original da primeira versão do Substitutivo do PL 200/2015, afirmando-se que a instância nacional de controle de revisão ética de pesquisa clínica será a Conep, e não a ANVISA. Faz-se necessário também afirmar que a Conep é um órgão colegiado associado ao CNS. Para tanto, é necessário apagar o inciso XXIV da versão do Substitutivo, e promover a seguinte correção: *Art. 2º Para os efeitos desta Lei são adotadas as seguintes definições: (...) X - comissão nacional de ética em pesquisa (CONEP): instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa, independente, organizada e vinculada ao Conselho Nacional de Saúde; XXV – instância nacional de controle de revisão ética de pesquisa clínica: colegiado interdisciplinar, independente, vinculado à direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter normativo, consultivo, deliberativo e educativo, que tem como missão proceder à regulação, fiscalização e controle ético da pesquisa clínica, com vistas a proteger a integridade e a dignidade dos participantes da pesquisa, além de contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.* Situação: proposta não acatada. **OBRIGAÇÃO DE FORNECIMENTO DO MEDICAMENTO APÓS O ESTUDO, ARTIGO 30, PARÁGRAFO 3º, INCISO V.** “Art. 30 - Ao término da pesquisa, o patrocinador garantirá aos participantes da pesquisa o fornecimento gratuito, e por tempo indeterminado, do medicamento experimental que tenha apresentado maior eficácia terapêutica e relação risco/benefício mais favorável que o tratamento de comparação, sempre que o medicamento experimental for considerado pelo médico assistente a melhor terapêutica para a condição clínica do participante da pesquisa. § 3º O fornecimento gratuito do medicamento ou produto objeto da pesquisa, conforme estabelecido no caput, só poderá ser interrompido nas seguintes situações: V – quando o medicamento estiver sendo **regularmente comercializado** ou fornecido gratuitamente pelo **sistema público de saúde**.” Explicou que na versão atual basta a comercialização do medicamento para que ocorra a suspensão do fornecimento pelo patrocinador. E esta, em geral, se dá antes da incorporação do medicamento à lista fornecida pelo SUS. Portanto, haverá necessariamente um período em que o participante terá que arcar com os seus próprios recursos, o que acarretará grave risco de interrupção no tratamento e também um aumento expressivo de liminares judiciais para a obtenção do medicamento (judicialização). Disse que a proposta apresentada ao relator, que não foi acatada, foi a exclusão do inciso V relacionado ao parágrafo §3º, do artigo 30 (V – quando o medicamento estiver sendo regularmente comercializado ou fornecido gratuitamente pelo sistema público de saúde). Neste ponto, disse que conseguiu apresentar um conjunto de emendas por meio do senador Randolfo Rodrigues. Sobre o Caput do artigo 30 e Parágrafo 1º, explicou que a proposta apresentada pela CONEP foi acatada: ajustar a redação do caput do artigo e do parágrafo 1º, substituindo-se o termo “medicamento experimental” por “medicamento” e, também, pontuando-se o papel do médico da pesquisa no acesso pós-estudo. Sobre o Artigo 29, explicou que, embora se reconheça que o Substitutivo tenha trazido melhora substancial na questão do uso de placebo em pesquisa clínica, aproximando-se dos conceitos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Federal de Medicina, há um ponto que exige precaução. Mesmo que haja justificativa para uso do placebo, por inexistir métodos comprovados que o dispensem, ainda assim é necessário reconhecer que há situações em que o uso de placebo não é eticamente aceitável: quando os riscos ou danos impostos ao grupo que usa placebo são maiores do que os potenciais benefícios pela participação na pesquisa. Esse é o caso, por exemplo, de um estudo em que seja necessário utilizar um cateter venoso central de longa permanência para a administração do medicamento experimental. Por questões metodológicas, o grupo controle (placebo) também deve, pelo menos teoricamente, adotar o mesmo procedimento. Contudo, não se justifica propor esse procedimento ao grupo placebo, visto que a passagem de cateter central de longa permanência não é isenta de riscos e, na verdade, pode ter complicações graves, como perfuração do pulmão ou hemorragia torácica incontrolável. Não haveria justificativa para o grupo placebo correr tais riscos, mesmo que raros, apenas por questões metodológicas ou científicas. Em outro exemplo, o que dizer da aplicação de placebo, por via endovenosa, em regime semanal, por um ano, em crianças recém-nascidas? Os dois exemplos aqui expostos mostram que, mesmo não havendo métodos terapêuticos, profiláticos ou de diagnóstico comprovados (o que, pelo Substitutivo, permitiria o uso de placebo), ainda assim não justificaria uso de placebo, porque há situações em que os riscos e

desconfortos superam os benefícios. Nesses casos, não seria ético usar placebo. Explicou que a proposta da CONEP/CNS, aprovada pela CCT, foi a seguinte: propor modificação da redação do Art. 29, contemplando o princípio de não maleficência. Sugestão de redação: “Art. 29. A utilização exclusiva de placebo só é admitida quando inexisterem métodos comprovados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento para a doença objeto da pesquisa clínica, e desde que os riscos ou os danos decorrentes do uso de placebo não superem os benefícios da participação na pesquisa”. A respeito da utilização e armazenamento de dados e material biológico humano (Capítulo VII, Artigos 32 a 37), explicou que foram apresentadas várias emendas. Dessas questões, destacou que o projeto cria uma confusão ao mudar o conceito de biobancos uma vez que já existem 26 biobancos registrados. Explicou que o Brasil tem normas específicas para o uso de material biológico humano em pesquisas, havendo, para este fim, a Resolução CNS nº 441/2011 e a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.201/2011, amplamente reconhecidas, nacional e internacionalmente. Essas normas estabelecem regras claras para a coleta, armazenamento e uso de material biológico em pesquisas. Também define as normas para a constituição de Biobancos e Biorrepositórios localizados no Brasil, bem como aqueles constituídos e mantidos no exterior com amostras e dados pessoais de brasileiros. O Substitutivo ao PL 200 detém o mérito de introduzir, no Art. 2º, as definições correspondentes a Biobanco e Biorrepositório, em consonância com o disposto nas normas citadas anteriormente. No entanto, a nova redação dada ao Capítulo VII merece ajustes em razão dos seguintes pontos explicitados a seguir: “Art. 32. O material biológico e os dados obtidos na pesquisa clínica serão utilizados exclusivamente **para a finalidade prevista no respectivo protocolo**, exceto quando, no termo de consentimento livre e esclarecido, for concedida autorização expressa para que eles possam ser utilizados em pesquisas futuras, para fins exclusivamente científicos, e desde que observadas as exigências éticas constantes desta Lei.”

Comentário: Os materiais biológicos e informações associadas armazenados em Biobancos são coletados e estocados de forma dissociada de um ou mais protocolos específicos, constituindo coletâneas de amostras e dados destinados a possíveis múltiplos usos futuros, em pesquisas por serem delineadas e aprovadas. Portanto, de forma a coadunar com o trecho destacado, o Art. 32 deveria fazer referência explícita e exclusiva a Biorrepositórios. “Art. 33. Os materiais biológicos humanos serão armazenados, de acordo com o regulamento, **em biorrepositórios da instituição executora da pesquisa**, sob a responsabilidade institucional e sob o gerenciamento do pesquisador principal, enquanto a pesquisa estiver em execução.” **Comentário:** o Substitutivo não esclarece no Capítulo VII a possibilidade de armazenamento de materiais biológicos humanos para fins de pesquisa em Biobancos; não está prevista a possibilidade de se coletar e armazenar materiais biológicos de forma prospectiva e dissociada de pesquisas em particular. Se não houver complementação, será um retrocesso histórico, além de se introduzir uma dissonância importante com o que é praticado e internacionalmente aceito. E isso fará com que os 26 biobancos registrados e em funcionamento em algumas das principais instituições de saúde do país fiquem repentinamente ilegais. Ademais, biorrepositórios podem ser constituídos em instituições participantes e coparticipantes de pesquisas, e não apenas nas “instituições executoras da pesquisa” (de onde se depreende serem as Instituições Proponentes). Assim, é imprescindível que haja melhor definição do que representam as “instituições executoras da pesquisa” referidas no Art. 33, visto que o conceito engloba amplamente as Instituições Proponentes, as Participantes e as Coparticipantes. Por fim, mesmo após o término da pesquisa, o material coletado e armazenado no contexto de Biorrepositórios permanece sob a responsabilidade de gerenciamento do pesquisador, e não da Instituição, conforme se depreende do trecho “[...] enquanto a pesquisa estiver em execução”. “Art. 33. [...] § 2º Após o término da pesquisa, o armazenamento e gerenciamento dos materiais biológicos referidos no caput são de responsabilidade exclusiva da instituição executora da pesquisa, **mediante a constituição de biobanco, credenciado pela autoridade sanitária na forma do regulamento.**” **Comentário:** Além de imputar responsabilidade ao patrocinador pelo envio e armazenamento de amostras no exterior, também cabe, necessariamente, responsabilizar o pesquisador (investigador principal), em pesquisas dispondo ou não de patrocínio. Adicionalmente, tal responsabilidade também deveria abarcar as informações associadas (portanto, não se restringindo ao próprio material biológico). O inciso II deveria conter menção explícita ao direito do pesquisador e instituição brasileira ao acesso e utilização das amostras mantidas no exterior (e não apenas dos dados), em consonância com o disposto no item 14 da Resolução CNS nº 441/2011: “I - O pesquisador e instituição brasileiros devem ter **direito ao acesso e à utilização**, em pesquisas futuras, **do material biológico humano armazenado no exterior**, não necessariamente das amostras por ele depositadas pelo pesquisador, garantida, no mínimo, a proporcionalidade da participação; II - O **direito de acesso e utilização compreende as amostras, informações associadas e resultados incorporados ao banco, obtidos em pesquisas aprovadas pelo Sistema CEP/CONEP.**” “Art. 34. Os dados coletados pela pesquisa serão armazenados pela instituição executora da pesquisa, sob a responsabilidade do investigador principal, por cinco anos no mínimo. § 1º O armazenamento de dados em centro de estudo localizado fora do País é da **responsabilidade do patrocinador.** § 2º A alteração do prazo de armazenamento dos dados estabelecido no caput deve ser autorizada pelo CEP, mediante

solicitação do investigador principal.” **Comentário:** em relação ao § 1º, há que se considerar que, em certas situações, não há um patrocinador no exterior claramente estabelecido (por exemplo, nas situações de colaborações acadêmicas científicas viabilizadas por meio de verbas de órgãos de fomento brasileiros). “Art. 35. A concordância do participante da pesquisa com a coleta, o depósito, o armazenamento, a utilização, o descarte de seu material biológico, bem como com o envio de seu material biológico e de seus dados para centro de estudo localizado fora do País, será formalizado por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. Parágrafo único. O participante da pesquisa, ou seu representante legal, a qualquer tempo e sem quaisquer ônus ou prejuízos, **pode retirar o consentimento de armazenamento e utilização de seu material biológico.**” **Comentário:** em relação ao disposto no Parágrafo único quanto ao direito à retirada de consentimento, tal garantia também deveria se estender aos dados (informações associadas) quando caracterizados como informação genética pessoal, em atendimento ao disposto no inciso III.7 da Resolução CNS nº 340/2004: “*Todo indivíduo pode ter acesso a seus dados genéticos, assim como tem o direito de retirá-los de bancos onde se encontrem armazenados, a qualquer momento.*” As diretrizes éticas brasileiras vigentes a respeito da coleta, armazenamento e utilização de material biológico humano em pesquisas abordam questões que vão além das explicitadas no Substitutivo, como as situações aplicáveis ao descarte de amostras armazenadas, a possibilidade de designação pelo participante de pessoas quanto ao acesso às informações genéticas em caso de óbito ou condição incapacitante, entre outras. Portanto, recomenda-se que o PLS mencione a existência e necessidade de observância às outras normativas brasileiras sobre a temática. **Proposta:** ajustes à redação do Capítulo VII de forma a contemplar as preocupações expostas no item acima, tal qual se segue: Art. 32. O material biológico e os dados obtidos na pesquisa clínica quando armazenados em biorrepositório serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no respectivo protocolo, exceto quando, no termo de consentimento livre e esclarecido, for concedida autorização expressa para que eles possam ser armazenados com vistas à utilização em pesquisas futuras, para fins exclusivamente científicos, e desde que observadas as exigências éticas constantes desta Lei e as diretrizes éticas do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde. Situação: proposta aprovada pela CCT. **DEFINIÇÃO DE REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS, ARTIGO 2º, INCISO XLIV:** “Art. 2º Para os efeitos desta Lei são adotadas as seguintes definições: XLIV – representante dos usuários: pessoa capaz de expressar pontos de vista e interesses de indivíduos ou grupos de determinada instituição. **Comentário:** o Substitutivo fundamentou a definição de representante de usuários essencialmente naquela que consta na Resolução CNS nº 240 de 1997, a saber: “Representante dos usuários são pessoas capazes de expressar pontos de vista e interesses de indivíduos e/ou grupos sujeitos de pesquisas de determinada instituição e que sejam representativos de interesses coletivos e públicos diversos.”. Nota-se, contudo, que o PL-200/2015 omitiu a última sentença que consta na definição na citada Resolução (“... e que sejam representativos de interesses coletivos e públicos diversos”). Entende-se que essa omissão enfraquece a essência da representação dos usuários, sendo necessário resgatar essa ideia. **Proposta:** aproximar a redação do Substitutivo ao da Resolução CNS nº 240 de 1997. **Sugestão de redação:** Art. 2º Para os efeitos desta Lei são adotadas as seguintes definições: XLIV – representante dos usuários: pessoa capaz de expressar pontos de vista e interesses de indivíduos ou grupos de determinada instituição e que seja representativo de interesses coletivos e públicos diversos. **REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS NOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA, ARTIGO 9º, Parágrafo II, Inciso III:** “§ 2º Em observância ao disposto no inciso I do caput, o CEP contará com: III – um representante dos usuários da instituição onde será realizada a pesquisa;”. **Comentário:** este inciso foi inserido na segunda versão do Substitutivo, não constando na primeira apresentada pelo Senador Aloysio Nunes. Tal acréscimo não foi fundamentado e apareceu no documento sem maiores explicações. A verdade é que a inserção desse inciso enfraqueceu a figura do representante dos usuários, visto que limita a participação apenas de “usuários da instituição onde será realizada a pesquisa”. A representação de usuários organiza-se espontaneamente em associações por doenças ou grupo de doenças e não por instituição. Grande parte das atuais representações de usuários nos CEP é composta por membros dessas associações. A exigência de que a representação dos usuários se dê por instituição trará enorme dificuldade aos CEP para conseguir atendê-la e enfraquecerá sobremaneira a atual representação dos usuários. Além disso, trata-se de afirmação ambígua porque, de acordo com o inciso, um funcionário da própria instituição poderia ser considerado como o representante dos usuários no CEP o que, obviamente, não é consistente com a função precípua de representar os participantes de pesquisa. Por isso, entende-se ser necessário corrigir o inciso III, removendo-se a condição de ambiguidade imposta à representação dos usuários. **Proposta:** Propor nova redação para o inciso supracitado. **Sugestão de redação:** “§ 2º Em observância ao disposto no inciso I do caput, o CEP contará com: III – representante dos usuários;”. **Situação:** esse ponto não foi resolvido; ainda é preciso melhorar. **PROCEDIMENTOS DISTINTOS NA ANÁLISE ÉTICA, ARTIGO 6º, Parágrafo 1º:** “Art. 6º A revisão ética da pesquisa clínica será feita em instância única, segundo os termos definidos nesta Lei e de acordo com as seguintes diretrizes: § 1º Em observância ao disposto no inciso IV do

caput, o fato de a pesquisa clínica ter centro coordenador situado no exterior ou contar com cooperação ou participação estrangeira não constitui justificativa para a adoção de critérios ou **procedimentos distintos** na análise e no parecer sobre o protocolo de pesquisa. **Comentário:** o parágrafo 1º desse artigo está inconsistente com o Artigo 9º, parágrafo 1º, incisos I e II, que admite haver procedimentos diferentes para análise dos protocolos de pesquisa, dependendo da gradação de risco da pesquisa. De acordo com o artigo 9º, “A função de instância de revisão ética será exercida pelo comitê de ética em pesquisa (CEP), de acordo com os seguintes graus de risco envolvidos na pesquisa, conforme definido em regulamento: (...) I – pesquisas de risco baixo e moderado: todos os CEP credenciados pela instância nacional de controle de revisão ética de pesquisa clínica; II – pesquisas de risco elevado: apenas os CEP certificados pela instância nacional de controle de revisão ética de pesquisa clínica”. Fica claro, portanto, que há necessidade de se adotar procedimentos diferentes (com isonomia de critérios) para análise dos protocolos de pesquisa, dependendo do risco imposto aos participantes, e não porque o estudo é oriundo do exterior. Há, ainda, duas particularidades das pesquisas originadas do exterior que também devem ser observadas em prol da segurança dos participantes de pesquisa brasileiros. A primeira diz respeito à necessidade de se apresentar justificativa, quando for o caso, para a não realização da pesquisa no país de origem, mas apenas em outros países como o Brasil. A segunda refere-se à necessidade de se apresentar a aprovação da pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa no país de origem do estudo. Seria bastante estranha a situação de uma pesquisa não ser aprovado no próprio país de origem, mas ser proposta a outros países. Tais aspectos não representam critérios distintos de análise ética, mas procedimentos adicionais particulares de protocolos de pesquisa originados no exterior. **Proposta:** propor uma nova redação para o parágrafo 1º, do artigo 6º, deixando claro que os procedimentos de análise serão distintos, conforme consta no Artigo 9º, § 1º e também acrescentar novo parágrafo, apontando-se as particularidades dos estudos originados no exterior. **Sugestão de redação:** “§ 1º Em observância ao disposto no inciso IV do caput, o fato de a pesquisa clínica ter centro coordenador situado no exterior ou contar com cooperação ou participação estrangeira não constitui justificativa para a adoção de critérios distintos na análise e no parecer sobre o protocolo de pesquisa. Contudo, haverá procedimentos distintos de análise dos protocolos, dependendo da gradação de risco da pesquisa, conforme previsto no Artigo 9º, § 1º. § 2º No caso de protocolos em que o centro coordenador esteja situado no exterior, deve-se observar certas particularidades desse tipo de pesquisa, apresentando-se as seguintes documentações para apreciação da instância de revisão ética: I – Aprovação do estudo por Comitê de Ética em Pesquisa no país de origem; II – Justificativa para o não desenvolvimento do protocolo no país de origem, quando for o caso;”. **Situação:** este ponto precisa ser discutido. **ANÁLISE ÉTICA EM INSTÂNCIA ÚNICA, ARTIGO 14, Parágrafo 6º.** “Art. 14. A revisão ética, realizada pela instância competente, com emissão do parecer final, não poderá ultrapassar o prazo de trinta dias da data da aceitação da integralidade dos documentos da pesquisa, cuja checagem documental será realizada em até cinco dias a partir da data de submissão. (...) § 6º A clínica de pesquisa que envolva mais de um centro de estudo no País será realizada **por um único CEP**, preferencialmente aquele vinculado ao centro coordenador da pesquisa, que emitirá o parecer final e **notificará os CEP dos demais centros** participantes da sua decisão.” **Comentário:** esta é mais uma mudança na segunda versão do Substitutivo em que não há fundamentação explícita. No artigo 6º, a expressão “A revisão ética de pesquisa” foi substituída por “A clínica de pesquisa”, tornando a sentença sem sentido. Além disso, a afirmação de que um “único CEP” fará a análise ética é imprecisa, porque, em tese, a lei permitirá que o protocolo seja avaliado por qualquer CEP no território nacional, e não pelo comitê da instituição proponente. Sendo o protocolo multicêntrico de risco baixo ou moderado, o CEP da instituição proponente é que deve proceder a análise ética inicial. No caso específico dos protocolos multicêntricos de risco elevado, o CEP certificado (ou acreditado, segundo a nomenclatura adotada pelas normas do Conselho Nacional de Saúde) é que fará a análise dos aspectos éticos. Faz-se necessário apontar que, mesmo que o estudo já tenha a aprovação ética pelo CEP certificado (protocolos de risco elevado) ou pelo CEP do centro coordenador (protocolos de risco baixo ou moderado), é importante que os comitês de ética dos demais centros participantes da pesquisa também façam uma análise para questões locais. Não se trata de análise ética completa, mas de aspectos práticos de adequação particulares de cada centro, como a análise do currículo do pesquisador local, ajustes necessários do termo de consentimento (como endereço do CEP, nome do pesquisador local, formas de contato, etc.), avaliação da adequação entre a infraestrutura institucional e o requerido pela pesquisa, entre outros. Assim, embora não haja uma análise ética propriamente dita, os centros participantes devem ter uma análise de questões locais antes da aprovação final. Há, inclusive, a possibilidade de um dos centros participantes não aprovar a execução do estudo por questões locais, e não propriamente por questões éticas. Faz-se necessário, portanto, que o Artigo 14º, parágrafo 6º, deixe esses aspectos mais claros. **Proposta:** ajustar a redação do parágrafo 6º e acrescentar incisos ao parágrafo desse artigo, trazendo os esclarecimentos necessários sobre a análise a ser realizada pelos CEP da instituição proponente e das instituições participantes. **Sugestão de redação:** “§ 6º A revisão ética de pesquisa que envolva mais de um centro

de estudo no País será realizada por um único CEP, que emitirá o parecer final e notificará os CEP dos demais centros participantes da sua decisão. I – No caso dos protocolos de risco baixo e moderado, a análise ética será realizada pelo CEP da instituição proponente ou, na sua ausência, por CEP indicado pela instância nacional de controle de revisão ética. II – No caso dos protocolos multicêntricos de risco elevado, caberá a um CEP acreditado [ou CEP certificado, dependendo da nomenclatura a ser adotada pelo Substitutivo] a análise ética. III – Os comitês de ética dos demais centros participantes não farão análise ética do protocolo, mas apreciação dos aspectos locais pertinentes à pesquisa na instituição, que incluem: análise dos documentos locais, adaptações locais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, análise das condições institucionais e da competência do pesquisador responsável na instituição. IV – Os comitês de ética dos demais centros participantes têm a prerrogativa de aprovar ou não o protocolo na sua instituição, mesmo com prévia aprovação ética.” **SITUAÇÕES EM QUE SEJA INVIÁVEL A APLICAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO. ARTIGO 18 E PARÁGRAFOS RELACIONADOS. Proposta:** acrescentar um parágrafo ao artigo 18, explicando-se a possibilidade do pesquisador solicitar dispensa de obtenção do termo de consentimento mediante justificativa plausível. **Comentário:** o artigo 18 e seus parágrafos dizem respeito à necessidade de autorização expressa do participante, mediante a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Contudo, há situações em que a obtenção do termo de consentimento é impraticável, como acontece em alguns estudos retrospectivos, em que a maioria dos participantes já morreu. Há situações, portanto, que o pesquisador poderá requerer ao CEP a dispensa de obtenção do termo de consentimento. Nenhum dos parágrafos do artigo 18 prevê essa situação. Como o Projeto de Lei destina-se não somente aos ensaios clínicos, mas também a outros tipos de pesquisa clínica, faz-se necessário acrescentar esse esclarecimento ao artigo 18. **Sugestão de redação:** § 8º Nos casos em que seja inviável a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável à instância de revisão ética, para apreciação, sem prejuízo do posterior processo de esclarecimento. **Situação:** aprovada pela CCT. **NECESSIDADE DE MELHOR DEFINIÇÃO DO QUE É RESSARCIMENTO. ARTIGO 12, INCISO VII.** “Art. 12. São responsabilidades da instância de revisão ética da pesquisa clínica: VII – certificar-se de que a informação referente ao **ressarcimento** ou provimento material prévio ao participante da pesquisa, incluindo as formas, as quantias e a periodicidade, esteja claramente especificada no termo de consentimento livre e esclarecido.” **Comentário:** o termo ressarcimento aparece no inciso sem uma explicação clara a que se refere. Por se tratar de um dos direitos fundamentais dos participantes de pesquisa, faz-se necessário definir com clareza e precisão o que representa o ressarcimento, a exemplo do que ocorreu com a definição de “provimento material prévio”, a qual foi introduzida no Art. 2º do Substitutivo. **Proposta:** acrescentar ao artigo 2º um item que defina ressarcimento. **Sugestão de redação:** “Ressarcimento: compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte, alimentação, hospedagem e a tudo o que for necessário para a participação no estudo.” Finalizando a exposição, o coordenador da CONEP explicou que o Projeto foi aprovado na Comissão de Ciência e Tecnologia com algumas emendas, mas ainda com problemas, conforme detalhado na apresentação. Agora, segue para a Comissão de Assuntos Sociais, a última comissão no Senado Federal. Todavia, o Senador **João Capiberibe** acatou a solicitação e apresentou requerimento no Plenário do Senado que solicita a apreciação do projeto na Comissão de Direitos Humanos antes de ir à Comissão de Assuntos Sociais. Assim, é preciso assegurar a aprovação do requerimento pelo Plenário, porque na Comissão de Direitos Humanos será possível realizar nova audiência pública, com debate mais amplo. Portanto, disse que é preciso trabalhar em duas frentes: aumentar a mobilização; estreitar relação com os setores do Senado que podem trabalhar junto com o Conselho e possibilitar maior acesso ao debate no Senado Federal; e solicitar audiência com o Ministro da Saúde para assegurar maior participação do Ministério nos debates do Senado. Por fim, disse o Plenário precisa apreciar e aprovar o documento elaborado pela CONEP que analisa o novo substitutivo e socializar aos conselhos, CEPs para seguir com o debate. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** falou sobre as minutas de resolução que estão em processo de elaboração pela CONEP: 1) Minuta relativa a pesquisas sobre ciências humanas e sociais – foi criado GT para discutir a proposta elaborada pelo Grupo da CONEP e o documento elaborado por membros da CONEP, por não serem consensuais. A finalidade é trazer uma minuta mais alinhada para ser apreciada na próxima reunião do CNS; e 2) Pesquisas no âmbito do SUS – GT está trabalhando a minuta. Salientou que os conselheiros precisam apropriar-se dos debates no âmbito da Comissão, inclusive para se manifestar a respeito. Acrescentou que a CONEP/CNS é um órgão de controle responsável por defender os participantes de pesquisa. Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS, **Eduardo de Azevedo Costa**, fez referência aos biobancos e biodepositórios, avaliando que há muitas restrições e os conceitos estão centrados nos direitos dos participantes. Colocou uma visão diferente entendendo que biobancos e biodepositórios são de propriedade coletiva da sociedade. Ou seja, a participação em projeto de

pesquisa deve visar o interesse coletivo do avanço do conhecimento. Frisou que o uso da pesquisa é importante para a coletividade e citou, por exemplo, que seria possível verificar a taxa de infecção de zika no último ano, utilizando o banco de sangue, sendo um conhecimento importante para a saúde pública. Assim, é preciso cuidado com a redação desse ponto para não impedir o uso em casos como o citado. Salientou que toda pesquisa clínica possui um componente fundamental que é direito de todos e os participantes devem ter claro que a ação de participar extravasa o direito pessoal indo para o direito coletivo. Salientou que esse é um tema de extrema importância e deve ser tratado com cuidado. Finalizando, disse que daria continuidade ao trabalho conjunto com a CONEP para avançar nas discussões do que se fizer necessário. **Manifestações.** Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa**, integrante da CONEP, lamentou o PL 200 desde a sua origem porque ataca a construção histórica em defesa dos direitos dos participantes de pesquisa. Conclamou as mais de cem entidades do Conselho a divulgarem os prejuízos desse PL e frisou que é preciso continuar a mobilização e as ações para barrar o Projeto na forma como está. Acerca da minuta sobre ciências humanas e sociais, disse que o encaminhamento de remeter para a próxima reunião visou assegurar maior tempo para debate e mediar os conflitos e dissensos. Destacou que o GT está trabalhando há três anos na construção dessa minuta de resolução que será importante para a CONEP até mesmo no reconhecimento de uma área que historicamente não tem conseguido se inserir no sistema com condições ideais. Informou que foi lançado abaixo-assinado (em uma semana já são mais de 3 mil assinaturas) que visa defender a minuta de resolução e sugeriu apresentar esse documento. Parabenizou a Mesa Diretora do CNS pela condução dessa situação e avaliou que na reunião no dia 30 de março será possível resolver os conflitos e trazer a minuta para votação na próxima reunião. Conselheiro **Eni Carajá Filho** avaliou que o Ministro de Estado da Saúde, na condição de parlamentar, deve envidar esforços no Congresso Nacional para retirar o Projeto daquela Casa. Também disse que é preciso envolver as universidades e grupos sociais na mobilização contra o PL. Além disso, destacou que ser essencial demonstrar aos relatores do Projeto o risco de retirar a CONEP do âmbito do controle social. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, avaliou que a capacidade de resposta e articulação política dos CEPs é frágil, mesmo porque o objetivo dessas estruturas é analisar as questões éticas envolvendo pesquisa e o protagonismo da ação política é responsabilidade dos conselhos. Assim, os CEPs estão enfrentando o debate, mas os conselhos devem entrar nessa luta contra o Projeto pelo prejuízo que traz, representando um ataque à democracia participativa e aos direitos dos sujeitos de pesquisa. Lembrou que o Conselho foi o órgão responsável pela criação e desenvolvimento do Sistema que tem como foco o interesse coletivo e não o do mercado. Disse que as entidades e movimentos do Conselho devem reconhecer a dimensão do ataque ao controle social e à democracia participativa. Destacou que o CNS deve mobilizar a sociedade brasileira e dizer que é favorável ao desenvolvimento da ciência e tecnologia, à capacidade do país em oferecer serviços e insumos que permitam às pessoas viverem mais e melhor, mas sem esquecer o compromisso anterior com o interesse público. Nesse sentido, destacou que o CNS deve definir calendário de movimentação política no Senado Federal entre outros espaços, órgãos e instituições visando à aprovação de novo substitutivo ao PL. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** disse que é preciso definir a coordenação adjunta da CONEP e conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** sugeriu que fosse definida na próxima reunião do Conselho. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP, destacou que são interesses econômicos à frente dos ataques às conquistas já alcançadas na ética em pesquisa. Sobre as pesquisas mais estratégicas para o SUS, disse que a CONEP tem analisado com agilidade, sem reduzir o rigor. Citou, por exemplo, que o projeto sobre zika vírus, enviado pelo MS, foi analisado em cinco dias e o parecer foi emitido no sábado de carnaval. Sendo assim, frisou que rigor e agilidade são duas questões possíveis. Destacou que a CONEP conseguiu dar agilidade às análises, tendo superado o problema da demora na apreciação dos projetos. O Presidente do CNS destacou que o Plenário deve referendar os encaminhamentos da CONEP. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** sugeriu que o Plenário aprovasse as sugestões da CONEP ao substitutivo do PL. **Deliberação: o Plenário aprovou as sugestões de redação ao texto do PL 200/2015, elaboradas pela CONEP.** Além disso, o Plenário decidiu: a) indicar a **Coordenação-Adjunta da CONEP** será feita na próxima reunião do CNS; b) ampliar a mobilização do CNS/MS, em defesa da manutenção da CONEP no CNS; c) ampliar a mobilização no Congresso Nacional no sentido de aprovar o PL 200/2015 com as sugestões de redação elaboradas pela CONEP (proposta de criar um calendário de movimentação política no Congresso Nacional e demais instituições para tratar do tema); e d) pautar a minuta de Resolução sobre Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na próxima Reunião Ordinária do CNS, após reunião, no dia 30 de março de 2016, entre Mesa Diretora do CNS, CONEP/CNS e membros do GT responsável pela elaboração da minuta, para buscar uma redação consensual a esta Resolução. Com esses encaminhamentos, a mesa agradeceu o coordenador da CONEP e encerrou este item. **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS – CIRH - Coordenação:** conselheira Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:** conselheira Maria

Arindelita de Arruda Neves, coordenadora da CIRH/CNS. A coordenadora da CIRH/CNS iniciou este ponto de pauta explicando que o Conselho recebeu denúncia de “proposta de curso de cura, tratamento e prevenção do homossexualismo” e, por se tratar de questão relativa à abertura de cursos, a Secretaria Executiva do CNS encaminhou a demanda à CIRH para encaminhamento. Explicou que, após apreciação, a Comissão elaborou proposta de moção de repúdio, com a colaboração do conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, para ser apreciada pelo Plenário do CNS. Feito esse esclarecimento, fez a leitura da minuta. O texto é o seguinte: **“MOÇÃO DE REPÚDIO Nº XXX, 16 DE MARÇO DE 2016.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, na sua Ducentésima Septuagésima Oitava Reunião Ordinária, realizada no dia 16 de março de 2016, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e considerando o compromisso deste Conselho Nacional de Saúde – CNS com a ampliação de direitos humanos e com o respeito a todas as orientações sexuais, gêneros e identidade de gênero; considerando que em 1973 (há 39 anos) a Associação Americana de Psicologia retirou a homossexualidade da classificação de transtornos mentais daquele país; considerando que em 1985 o Conselho Federal de Medicina do Brasil retirou a homossexualidade da condição de desvio sexual; considerando que em 1990 a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a retirada da homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças adotada pela Organização Mundial da Saúde e pelos Estados Membros, inclusive o Brasil; considerando que o Conselho Federal de Psicologia, na Resolução CFP n.º 001/99, determinou que os psicólogos não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, nem adotarão ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados, assim como não colaborarão com eventos e serviços que proponham tratamento e cura das homossexualidades; considerando que em 2009, relatório de estudo encomendado pela Associação Americana de Psicologia concluiu que “é improvável que tentativas de mudar a orientação sexual das pessoas tenham êxito, podendo - pelo contrário – haver risco de causar danos”; considerando que em 2012 a Organização Pan-Americana da Saúde veio a público se manifestar contra “Curas para uma doença que não existe”, afirmando que “as supostas terapias de mudança de orientação sexual carecem de justificativa médica e são eticamente inaceitáveis”; considerando que relatório da Organização Mundial de Saúde, divulgado em 17 de maio de 2012 considera a referida terapia “uma séria ameaça à saúde e bem-estar –até mesmo à vida– das pessoas afetadas”; considerando que o doutor Robert L. Spitzer, considerado por alguns como o pai da psiquiatria moderna, que realizou um estudo em 2003 que apoiava o uso da chamada terapia reparativa para “cura” da homossexualidade, veio se retratar publicamente em maio de 2012, dizendo “Eu acredito que devo desculpas à comunidade gay”; considerando que, por força do art. 19, I da Constituição Federal, o Brasil é um Estado laico. **Vem a público:** externar repúdio à proposta de curso de cura, tratamento e prevenção do homossexualismo (sic.), oferecido pelo Administrador Claudemiro Santos, bem como ao uso do termo homossexualismo (no lugar de homossexualidade) que remete à orientação sexual como uma doença. O Conselho Nacional de Saúde compreende que as distintas orientações sexuais (gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis e transgêneros) não podem ser curadas por serem características intrínsecas ao ser. O CNS considera ainda que a sociedade é que deve ser curada para que as violências e o sofrimento da aceitação seja algo cada vez menos doloroso para esta população. Devemos focar nosso combate na luta contra a homo-lesbo-transfobia, já que os índices de violência contra a população LGBT colocam, vergonhosamente, o Brasil entre os países mais LGBTfóbicos do mundo.” Após a leitura, foi aberta a palavra para manifestações dos conselheiros e foram apresentadas as seguintes proposições: explicitar que o Movimento LGBT é composto por pessoas homo e heterossexuais; substituir o trecho “(há 39 anos)” por “(há 33 anos); diferenciar orientação sexual e identidade de gênero; incluir nos considerandos Política Integral de Saúde Integral de Lésbicas, Gays; reescrever o trecho “a sociedade precisa ser curada” (alternativa: substituir “curada” por “sensibilizada”; clarificar “quem oferta o curso”; ampliar o documento contemplando “cursos de combate à ideologia de gênero”. Retorno da mesa. Conselheira **Maria Arindelita de Arruda Neves**, coordenadora da CIRH/CNS, explicou que a denúncia foi encaminhada à CIRH porque se refere à criação de curso. Esclareceu que, após pesquisa, verificou-se que o curso não tem ligação com o MP e com a FIOCRUZ. Feitos esses esclarecimentos, conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** colocou em votação a moção de repúdio com os ajustes feitos pelo Plenário. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a moção de repúdio à “proposta de curso de cura, tratamento e prevenção do homossexualismo”, com as sugestões feitas pelo Plenário (o texto final está em elaboração junto com o conselheiro Dalmare Anderson).** Em seguida, a coordenadora da Comissão apresentou os pareceres elaborados pela CIRH relativos a quatorze processos: nove processos de Psicologia (autorização) e cinco processos de Odontologia (autorização). Primeiro, apresentou os pareceres insatisfatórios: **1) 201356541. Ad Referendum. Faculdade de Inovação Tecnológica de Ponta Grossa.** Ponta Grossa/PR. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. Justificativas: 1) O curso proposto é o primeiro a ser implantado pela IES, sendo, portanto, o único na área da saúde, o que não possibilita

oportunizar trocas interprofissionais, com vistas a construção prática da interdisciplinaridade na formação e composição dos diversos perfis profissionais, estando em desacordo com a Resolução nº 350/2005 do CNS, item 4, letra “c”; 2) Inexistência de documentação anexada ao Processo no Sistema e-MEC que confirme a celebração de Termo de Compromisso/Convênio com a rede pública de saúde para assegurar a utilização da rede de serviços do SUS instalada como cenário de prática e de outros equipamentos sociais existentes na região (Parágrafo Único, do artigo 27, da Lei nº. 8.080/90). Assim como o Relatório de Avaliação da visita *in loco* do INEP, realizada no período de 30/9 a 3/10/2015, registra que “o estágio curricular supervisionado previsto/implantado está regulamentado/institucionalizado, de maneira insuficiente, considerando os aspectos: carga horária, previsão/existência de convênios, formas de apresentação, orientação, supervisão e coordenação”, não evidenciando coerência do projeto político-pedagógico com as necessidades sociais da região, de acordo com o recomendado no item 4, letra “b”, da Resolução CNS nº 350/2005; 3) Não há subsídios que permitam identificar o comprometimento dos gestores locais do SUS com a abertura do curso de Psicologia, conforme preconiza o item 4, letra “b”, da Resolução CNS nº 350/2005 e o Caput do Artigo 27 da Lei nº 8.080/90; 4) Não explicita a inserção do estudante desde o início do curso em ações nos cenários de prática do SUS, principalmente para o turno noturno (Resolução nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei nº 8.080/90); 5) Não apresenta a capacidade de atendimento e disposição de estudantes, física e numericamente nos cenários de prática do SUS, não permitindo assegurar a absorção dos estudantes de Psicologia nos espaços previstos e principalmente, nos cenários de prática da rede SUS existente na região de proposta de oferta do curso SUS, bem como não garantindo qualificar a formação de maneira responsável e contínua, de acordo com o preconizado no item 4, letra “c” da Resolução CNS nº 350/2005 e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei nº 8.080/90. **2) 201403545. Ad Referendum. Faculdade Ieducare – FIED. Tianguá/Ceará. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. Justificativas:** 1) Ausência de comprovação legal da composição do corpo docente para os dois primeiros anos do curso. Há divergência dos dados apresentados no e-MEC que registra apenas cinco professores para os dois primeiros anos (cuja relação professor/aluno é muito alta (64) o que poderia comprometer a qualidade do curso) e o relatório de avaliação dos especialistas que informa que verificou por meio dos termos de compromisso que essa composição é de quinze professores (doze mestres, dois doutores e uma especialista que já é mestranda), dos quais onze contratados em regime parcial (73%) e quatro (27%) em regime de trabalho integral, sem discriminação da relação titulações x regime de trabalho, estando em desacordo ao item 4, letra “a”, da Resolução CNS Nº 350/2005; 2) Ausência de comprovação documental sobre a utilização da rede de serviços de saúde do SUS instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região, como cenários de prática pelos alunos de Psicologia, conforme recomendado no item 4, letra “a”, da Resolução CNS nº 350/2005, e Parágrafo único, do artigo 27, da Lei nº. 8.080/90; 3) Não especificação do compromisso da gestão local do SUS com a abertura do, conforme orienta o item 4, letras “a” e “b”, da Resolução CNS nº 350/2005 e do caput do Artigo 27, da Lei nº 8.080/90; 4) Não foi explicitado como ocorrerá a inserção do estudante na comunidade desde o início do curso no âmbito do SUS, conforme preconiza o item 4, letra “b”, da Resolução nº 350/2005; 5) Não há uma estruturação dos estágios supervisionados nos campos de prática, delineando a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente nesses cenários, principalmente, no que se refere à rede SUS existente na região, segundo orienta o item 4, letra “b”, da Resolução CNS nº 350/2005 e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei nº 8.080/90; 6) As atividades complementares não atendem à exigência de 200 horas. Estão previstas apenas 100 horas que, inclusive, estão contempladas nas 4.160 horas da Matriz Curricular, contrariando as orientações prescritas no item 4, letra “b”, da Resolução CNS Nº 350/2005; 7) Inadequação de sua infraestrutura em termos de equipamentos e espaços físicos, notadamente em relação aos laboratórios, gabinetes de professores e periódicos, comprometendo o desenvolvimento do curso, de acordo com o que preconiza a Resolução CNS nº 350/2005; e 8) Não indicação da existência do Comitê de Ética em Pesquisa da IES, em contrário ao recomendado na Resolução CNS nº 350/2005 e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei nº 8.080/90. **3) 201403329. Ad Referendum. Faculdade Anhanguera de Pelotas. Pelotas/RS. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. Justificativas:** 1) Ausência de comprovação documental sobre a utilização da rede de serviços de saúde do SUS instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região, como cenários de prática pelos alunos de Psicologia, conforme recomendado no item 4, letra “a”, da Resolução CNS nº 350/2005, e Parágrafo único, do artigo 27, da Lei 8.080/90; 2) Não especificação do compromisso da gestão local do SUS com a abertura do, conforme orienta o item 4, letras “a” e “b”, da Resolução CNS nº 350/2005 e do Caput do Artigo 27, da Lei nº 8.080/90; 3) Não há indicação de nenhuma atividade que preveja a inserção do estudante na comunidade desde o início do curso, conforme preconiza o item 4, letra “b”, da Resolução nº 350/2005; 4) Não há uma estruturação dos estágios supervisionados nos campos de prática, delineando a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente nesses cenários, principalmente, no que se refere à rede SUS existente na região, e em específico, para comportar os futuros alunos do curso noturno, segundo orienta o item 4, letra “b”, da Resolução CNS nº

350/2005 e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei nº 8.080/90; 5) A relação entre o número de vagas para os 2 primeiros anos (150/60M-90N x 2 = 300 vagas) e o corpo docente (9), considerando as atividades previstas de sala de aula, de laboratório e das teórico-práticas, com a metodologia ativa proposta, pode comprometer o desenvolvimento do curso e a qualificação dos alunos, conforme recomenda o item 4, letra “a”, da Resolução CNS Nº 350/2005 e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei Nº 8.080/90; 6) Não indicação da existência do Comitê de Ética em Pesquisa da IES, em contrário ao recomendado na Resolução CNS Nº 350/2005 e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei nº 8.080/90. **4) 201413657. Ad Referendum. Faculdade de Tecnologia e Ciências de Jequié – FTC.** Jequié/BA. Autorização Odontologia. Parecer: insatisfatório. 1) Não há indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS nº350/2005; 2) O PPC contempla de modo insuficiente os aspectos flexibilidade e interdisciplinaridade (item 04, subitem b, da Resolução CNS nº 350/2005); 3) O PPC não deixa claro como o aluno terá imersão na comunidade desde o início do curso conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005; 4) O Projeto Pedagógico de Curso – PPC está muito confuso, falta a complexidade crescente, inclusive com a organização da Matriz Curricular com complexidade invertida, conforme as ementas, em dissonância com o que exige o item 4, letra “ b “ da Resolução 350/2005 do Conselho Nacional de Saúde; 5) Não há da capacidade de atendimento e disposição dos alunos fisicamente nos cenários de prática extramuros (item 04, subitem a, da Resolução CNS nº. 350/2005); 6) O laboratório de Radiologia e de Anatomia Dental além de alguns volumes da biblioteca foram considerados insuficientes. Segundo o relatório do INEP o acervo complementar inexistente, e os periódicos estão em número insuficientes e desatualizados, desobedecendo ao que exige a Resolução 350/2005 do Conselho Nacional de Saúde – CNS no seu item4 letra “ a” (item 04, subitem a, da Resolução CNS nº. 350/2005). **5) 201409570. Ad Referendum. Faculdade Pitágoras – Imperatriz – MA.** Autorização. Odontologia. Parecer: insatisfatório. **1)** A IES não apresenta documentos anexados que comprovem a assinatura de Termo de Convênio e Termo de Cooperação Técnica entre a IES, a Prefeitura Municipal de Imperatriz e a Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão, para utilização da rede de serviços de saúde instalada e de outros equipamentos sociais existentes na região (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS nº 350/2005); **2)** Não há indicativos de articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na construção do PPC do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS nº 350/2005; **3)** Não há menção da relação número de alunos por professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágio Supervisionado e não há inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros (item 04, subitem a, da Resolução CNS nº 350/2005); **4)** Não há descrição clara do modo de inserção do aluno desde o início do curso na comunidade, não havendo assim valorização da dedicação do aluno na Atenção Básica conforme Artigo 27 da Lei Nº 8.080/90; **5)** A proposta está fragmentada e dissociada da formação multiprofissional e integral (item 04, subitem b, da Resolução CNS nº 350/2005); **6)** Apesar dos avaliadores do INEP afirmarem que o Corpo docente é suficiente, este conselho avalia que o corpo docente que consta com apenas um professor em tempo integral é insuficiente para atender a demanda pretendida do curso (conforme exigido no item 04, subitem a, da Resolução CNS nº 350/2005). **6) 201404474. Faculdade Rio Claro.** Ijuí/RS. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **1)** O curso proposto pela Faculdade Rio Claro é o primeiro a ser implantado na área da saúde, de modo a não oportunizar trocas interprofissionais, com vistas à construção prática da interdisciplinaridade na formação e composição dos diversos perfis profissionais, estando em desacordo com a Resolução CNS nº 350/2005 do CNS, item 4, letra “c”; **2)** Inexistência de documentação anexada ao Processo no Sistema e-MEC que confirme a celebração de Termo de Compromisso/Convênio com a rede pública de saúde, para assegurar a utilização da rede de serviços do SUS instalada como cenário de prática, e de outros equipamentos sociais existentes na região, contrariando a Resolução CNS nº 350/2005 do CNS, item 4, letra “a”, e o Parágrafo Único, do artigo 27, da Lei 8.080/90;**3)** Não há subsídios que permitam identificar o comprometimento dos gestores locais do SUS com a abertura do curso de Psicologia, conforme preconiza a Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letra “b”, e o Caput do Artigo 27 da Lei nº 8.080/90; **4)** Não prevê a inserção do estudante desde o início do curso em ações nos cenários de prática do SUS, evidenciando a inserção a partir do 4º semestre (Resolução nº 350/2005, item 4, letras “a”, “b” e “c”, e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei nº 8.080/90); **5)** Não apresenta a capacidade de atendimento e disposição de estudantes, física e numericamente nos cenários de prática do SUS, não permitindo assegurar a absorção dos estudantes de Psicologia nos espaços previstos e principalmente, nos cenários de prática da rede SUS existente na região de proposta de oferta do curso SUS, de acordo com o recomendado na Resolução CNS Nº 350/2005, item 4, letras “a” e “b”, e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei nº 8.080/90). **7) 201501018. Faculdade dos Guararapes de Recife.** Recife/PE. Autorização Psicologia. Parecer: insatisfatório. **1)** Ausência de Termos de Compromisso/Convênio que assegurem a utilização da rede de serviços do SUS e de outros equipamentos sociais existentes na região, conforme preconiza a Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letra “a”, e Parágrafo único do artigo 27, da Lei 8.080/90; **2)** Não há subsídios que

certifiquem o comprometimento dos gestores locais do SUS com a construção do curso de Psicologia, de acordo com o recomendado pela Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letra “b”, e o Caput do Artigo 27 da Lei nº 8.080/90; **3)** Não explicita como e onde ocorrerá na comunidade desde o início do curso a inserção do aluno de Psicologia, conforme preconiza a Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letra “c”, visando contemplar a relevância do curso diante das necessidades sociais e regionais; **4)** Não se encontram contemplados no âmbito da proposta do curso: efetivamente a implementação da pesquisa científica, com todas as etapas que a constituem; a organização das unidades de estudo de acordo com os Eixos Estruturantes; a justificativa da escolha das duas ênfases curriculares com a explicação do que efetivamente se referem, fragilidades essas incompatíveis com as recomendações da Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letras “b” e “c”, que priorizam o compromisso com a promoção do conhecimento na região, saberes e práticas e com o desenvolvimento de responsabilidades entre instituição, estudantes, profissionais e realidade local; **5)** Os Estágios Básicos só se iniciam a partir do 5º semestre, não existindo no PPC um programa de inserção dos estudantes nos campos de prática, que descreva a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente nesses cenários, para permitir e garantir a absorção dos discentes conforme esperado e previsto, principalmente, no que se refere à rede SUS existente na região de saúde em que se localiza a Faculdade, não atendendo ao que preconiza o item 4, letras “a”, “b” e “c”, da Resolução nº CNS 350/2005, e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei nº 8.080/90; **6)** Laboratórios didáticos especializados para o curso de Psicologia, ainda não implantados, não existindo normas de funcionamento, utilização e segurança para este tipo de laboratórios, desqualificando a proposta e incompatibilizando com o que preconiza a Resolução CNS nº 350/2005, e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei nº 8.080/90; e **7)** Não indicação da existência do Comitê de Ética em Pesquisa da IES, em contrário ao recomendado na Resolução CNS nº 350/2005 e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei nº 8.080/90. **8) 201403234. Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central (FACIPLAC).** Brasília/DF. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **1)** Não explicita como e onde ocorrerá na comunidade, desde o início do curso, a inserção do aluno de Psicologia, conforme preconiza a Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letra “c”, visando contemplar a relevância do curso diante das necessidades sociais e regionais; **2)** Os conteúdos curriculares previstos no PPC não contemplam de maneira suficiente temas/autores centrais da Psicologia; **3)** A bibliografia e a carga horária em relação à Psicologia Escolar, Psicologia Social e Psicologia Aplicada ao Trabalho são contempladas de maneira inadequada; **4)** Os conteúdos curriculares são insuficientes para o desenvolvimento do perfil do egresso proposto fragilidades essas incompatíveis com as recomendações da Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letras “b” e “c”, que priorizam o compromisso com a promoção de conhecimentos voltados para o desenvolvimento profissional e científico da população de maneira responsável; **5)** Os Estágios Básicos só iniciam a partir do 7º semestre, não existindo no PPC um programa de inserção dos estudantes de Psicologia nos campos de prática, desde o início do curso, que inclua a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente, não permitindo, portanto, assegurar a absorção dos discentes nos espaços previstos e principalmente, nos da rede SUS existente e conveniada na região de proposta de oferta do curso, enfatizando-se que se trata de curso noturno com quantidade elevada de vagas a serem ofertadas (250 vagas), não atendendo, portanto, ao que preconiza o item 4, letras “a”, “b” e “c”, da Resolução nº CNS 350/2005, e Parágrafo único do Artigo 27 da Lei nº 8.080/90; **6)** A atuação do Núcleo Docente Estruturante (NDE) e do Coordenador do curso foi considerada insuficiente pela Comissão do INEP que visitou a FACIPLAC, o que desqualifica a proposta e a incompatibiliza com o preconizado na Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letras “a”, “b” e “c”, e no Parágrafo único do Artigo 27 da Lei nº 8.080/90; e **7)** Não indicação da existência do Comitê de Ética em Pesquisa da IES, em contrário ao recomendado na Resolução CNS nº 350/2005 e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei nº 8.080/90. **9) 201413664. Centro Universitário Anhanguera de Niterói.** Niterói/RJ. Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **1)** Ausência de comprovação documental que possa assegurar a celebração de Termos de Compromisso/Convênio, em particular com a rede pública de saúde, para garantir a utilização pelos alunos de Psicologia dos cenários de prática no SUS, instalada no Município de Niterói (RJ) e de outros equipamentos sociais existentes na região, conforme recomendado no item 4, letra “a”, da Resolução CNS nº. 350/2005, e Parágrafo único, do artigo 27, da Lei 8.080/90; **2)** Não há subsídios que permitam identificar o comprometimento dos gestores locais do SUS com a abertura do curso de Psicologia, conforme orienta o item 4, letras “a” e “b”, da Resolução CNS nº 350/2005 e do Caput do Artigo 27, da Lei nº 8.080/90; **3)** Inexistência de previsão da inserção dos alunos na comunidade desde o início do curso, conforme preconiza o item 4, letra “b”, da Resolução nº 350/2005; **4)** Não explicitam como ocorrerá a inserção dos discentes do curso noturno nas atividades práticas nos equipamentos de saúde que, notadamente, operam no período diurno; não havendo, assim, demonstração pelo novo curso da possibilidade de utilização da rede de serviços instalada e de outros recursos e equipamentos sociais existentes na região, segundo orienta o item 4, letra “a”, da Resolução CNS nº 350/2005 e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei nº 8.080/90; **5)** Não apresenta inovação, a matriz curricular mostra uma visão tradicional da Psicologia; há previsão de

realização de projetos de pesquisa e extensão, mas o quadro docente não tem tradição e nem produção de pesquisa/extensão relevante; a carga horária dos estágios (básico e específicos) somada à carga horária das atividades das atividades complementares ultrapassam o percentual de 20% da carga horária do curso (620h de estágios somadas às 200h de atividades complementares, totalizam 820h, que correspondem a 20,46% da carga horária do curso) contrariando a Resolução CES/CNE Nº 2/2007, e o item 4, letras “b” e “c”, da Resolução CNS Nº 350/2005; **6)** O Estágio Básico inicia-se somente a partir do 5º semestre, não havendo no PPC uma estruturação dos estágios supervisionados nos campos de prática desde o início do curso, delineando a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente nesses cenários, principalmente, no que se refere à rede SUS existente na região, e em específico, para comportar os futuros alunos do curso noturno, segundo orienta o item 4, letra “b”, da Resolução CNS Nº 350/2005 e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei Nº 8.080/90; **7)** O número de docentes compromissado para os dois primeiros anos cadastrado no sistema e-MEC é insuficiente para o período, prejudicando a relação professor/aluno, tendo em vista o número de vagas para os 2 primeiros anos (100 vagas noturnas x 2 = 200 vagas) e o corpo docente (6), e considerando as atividades de sala de aula, de laboratório e dos cenários de prática previstos, com a metodologia ativa proposta, o desenvolvimento do curso de Psicologia pode ficar comprometido, bem como a qualificação dos alunos, conforme recomenda o item 4, letra “b”, da Resolução CNS nº 350/2005 e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei nº. 8.080/90; **8)** Gabinetes de trabalho implantados para os docentes em tempo integral insuficientes em relação aos aspectos: disponibilidade de equipamentos de informática em função do número de professores, dimensão, acústica, ventilação e comodidade, contrariando o item 4, letra “b”, da Resolução CNS Nº 350/2005 e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90; **9)** Não indicação da existência do Comitê de Ética em Pesquisa da IES, em contrário ao recomendado na Resolução CNS Nº 350/2005 e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei Nº 8080/90. **10) 201409828. Faculdade Visconde de Cairú.** Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **1)** Ausência de Termos de Compromisso/Convênio que assegurem a utilização da rede de serviços do SUS e de outros equipamentos sociais existentes na região, conforme preconiza a Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letra “a”, e Parágrafo único do artigo 27, da Lei 8.080/90; **2)** Não há subsídios que certifiquem o comprometimento dos gestores locais do SUS com a construção do curso de Psicologia, de acordo com o recomendado pela Resolução CNS Nº 350/2005, item 4, letra “b”, e o Caput do Artigo 27 da Lei nº 8.080/90; **3)** Não explicita como e onde ocorrerá desde o início do curso a inserção do aluno de Psicologia na comunidade, conforme preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005, item 4, letra “c”, visando contemplar a relevância do curso diante das necessidades sociais e regionais; **4)** Os objetivos foram descritos de modo genérico, sem inovações; a matriz curricular não prevê a distribuição de carga horária nas disciplinas teóricas e práticas; as bibliografias das disciplinas, apresentam títulos desatualizados; as disciplinas técnicas ou especializadas exibem conteúdos superficiais e desatualizados; não foram explicitadas no PPC de modo detalhado como será operacionalizada a interdisciplinaridade; o estágio curricular supervisionado foi regulamentado de maneira insuficiente; as informações mencionadas sobre os estágios básicos são desconstruídas, equivocadas, não permitindo compreender claramente como se dará a operacionalização; as condições de funcionamento do Laboratório de Neuroanatomia não estão condizentes com o número de vagas pleiteado, há número de material insuficiente e inadequado às especificidades do curso de Psicologia; essas fragilidades são incompatíveis com as recomendações da Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letras “b” e “c”, que priorizam o compromisso com a promoção do conhecimento na região, saberes e práticas e com o desenvolvimento de responsabilidades entre instituição, estudantes, profissionais e realidade local; **5)** Os Estágios Básicos só iniciam a partir do 5º semestre, não havendo no PPC um programa de inserção do aluno nos campos de prática desde o início do curso, nem da capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente nesses cenários, o que não assegura a absorção dos discentes, principalmente, no que se refere à rede SUS existente na região de saúde em que se localiza a Faculdade, e enfatizando que se trata de proposta com previsão de vagas para o turno noturno, não atendendo, portanto ao que preconiza o item 4, letras “a”, “b” e “c”, da Resolução CNS nº 350/2005, e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei nº 8.080/90, que estabelece como critérios a demonstração do compromisso social do curso com a promoção do desenvolvimento regional por meio do enfrentamento dos problemas de saúde da região, inserindo o aluno desde o início das atividades acadêmicas nos cenários de prática do SUS, como forma de vivência e aprendizado, bem como compromissado com a integralidade, a multiprofissionalidade e a produção de conhecimento socialmente relevante. **11) 201501482. Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu.** Autorização. Psicologia. Parecer: insatisfatório. **1)** O Projeto Pedagógico do Curso não explicita como se dará a inserção do estudante na comunidade desde o início do curso, conforme preconiza a Resolução CNS Nº 350/2005, item 4, letra “b”, não estando evidente a coerência com as necessidades sociais e o compromisso com a promoção do conhecimento sobre a realidade local; **2)** A estrutura curricular apresenta lacunas quanto à formação principalmente no que se refere ao reconhecimento das demandas atuais de atuação do psicólogo no campo das políticas sociais e na perspectiva da saúde

coletiva; compreensão bastante tradicional da clínica psicológica, com maior destaque aos processos de avaliação e tratamento de doenças, em detrimento da perspectiva de prevenção e promoção de saúde; há pouca articulação da concepção de clínica expressa pelo projeto e a perspectiva de clínica ampliada preconizada pela Política Nacional de Saúde no Brasil; o mesmo se dá no que se refere ao campo da Psicologia Social, a ênfase responde de maneira muito fraca às discussões do campo; a estrutura curricular do curso proposto, com carências de práticas integrativas e espaços para práticas efetivamente interdisciplinares contrasta com o ideal das metodologias ativas e colaborativas enunciado e defendido institucionalmente; no projeto também estão subaproveitadas as oportunidades de integração pedagógica com os demais cursos de graduação da IES; contrariando as recomendações da Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letras “b”, que estabelece necessidade de inovação das propostas pedagógicas, incluindo explicitação dos compromissos com a integralidade, com a produção de conhecimento socialmente relevante, e coerência com as políticas públicas de saúde para a área profissional e para a região; **3)** Incoerência explícita na previsão de estágio envolvendo coordenação e manejo de processos grupais no 5º período do curso, sem oferta do componente curricular que prepararia para tal tipo de intervenção; os estágios básicos IV e V, relativos à avaliação psicológica, não distinguem competências e habilidades específicas de cada nível, reproduzidas as mesmas ementas e referências; os 3 estágios obrigatórios específicos não distinguem competências e habilidades específicas de cada nível, também reproduzindo as mesmas ementas e, neste caso, sem referências especificadas; a proposta do curso privilegia um enfoque clínico bastante tradicional, muito atrelado ao modelo das psicoterapias; o PPC do curso de Psicologia não descreve um programa de inserção do estudante nos campos de prática, que explicita a capacidade de atendimento e disposição dos alunos, física e numericamente nesses cenários desde o início do curso, para garantir a absorção dos discentes conforme esperado, principalmente, no que se refere à rede SUS existente na região, considerando que se trata de um curso proposto para o período noturno; essas fragilidades se opõem aos critérios estabelecidos na Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letras “b” e “c”, em destaque ao que se refere à organização de currículos com ousadia de inovação na perspectiva da formação em equipe de saúde, com práticas de educação por métodos ativos, e à responsabilidade social de atendimento às necessidades locais, nos aspectos relacionados ao acesso à serviços, como espaço científico, humano e profissional, compartilhando problemas e projetos; **4)** Não há componente curricular que discuta especificamente a pesquisa em Psicologia; constando na matriz curricular a disciplina “Metodologia Científica”, no 2º período, mas que não denota garantia de discussão das implicações epistemológicas e metodológicas da pesquisa na área; tornando-se, assim, incompatível com o que recomenda a Resolução CNS nº 350/2005, item 4, letra “b”, e Parágrafo único, do Artigo 27, da Lei nº 8.080/90, no que tange ao compromisso com a produção de conhecimento. Em seguida, apresentou os pareceres satisfatórios com recomendação: **1) 201408774. Ad Referendum. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE - Mossoró (RN). Autorização. Odontologia. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomendações para o próximo ciclo avaliativo: 1)** Indicar claramente no PPC a articulação da IES com a gestão local do SUS e a sua participação na construção e modificações do PPC do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS nº 350/2005; **2)** A IES deverá esclarecer como será o estágio dos alunos para o turno noturno, a distribuição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática e como será o uso dos serviços públicos nesse período, conforme determina a Resolução CNS nº 350/2005; **3)** A IES deverá detalhar a distribuição de toda a carga horária dentro das matrizes curriculares diferenciando a matriz do curso vespertino e noturno (item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº350/2005). **2) 201412773. Ad Referendum. Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana – FTC. Feira de Santana/BA. Autorização. Odontologia. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomendações para o próximo ciclo avaliativo: 1)** Mencionar a relação do número de alunos por professor-supervisor nas turmas das disciplinas de Estágio Supervisionado e a inclusão da capacidade de atendimento e disposição dos alunos física e numericamente nos cenários de prática extramuros (item 04, subitem a, da Resolução CNS Nº350/2005); **2)** Esclarecer no PPC como será a imersão do aluno na comunidade, devendo esta acontecer a partir do início do curso conforme recomendação da Resolução CNS Nº 350/2005. **3) 201501299. Ad Referendum. Instituto Superior de Teologia Aplicada/INTA. Sobral/CE. Autorização. Odontologia. Parecer: satisfatório com recomendações. Recomendações para o próximo ciclo avaliativo: 1)** Ampliar o diálogo com as gestões municipais e estadual do SUS na construção e modificação da proposta pedagógica do curso conforme exigido no item 04, subitem b, da Resolução CNS nº. 350/2005; **2)** Descrever como ocorrerá a interação multiprofissional do aluno na formação (item 4, subitem b da Resolução CNS nº 350/2005). Conselheiro **André Luiz de Oliveira** solicitou à coordenadora da CIRH que explicasse aos conselheiros que os pareceres encaminhados pela CIRH são de caráter confidencial e perguntou sobre o tramite dos processos após o parecer da Comissão (possibilidade de apresentar recurso). Conselheira **Maria Arindelita de Arruda Neves esclareceu que os pareceres encaminhados aos conselheiros possuem caráter sigiloso até a aprovação pelo Plenário do CNS. Sobre o trâmite dos processos, explicou que as instituições são chamadas pela**

câmara técnica da secretaria de regulação do MEC para que apresentem sua defesa e faça os ajustes solicitados. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** manifestou sua preocupação com estágios sem supervisão docente e frisou que o CNS deve compreender a lógica da formação profissional. Avaliou que a CIRH precisa de pauta mais ampla no Plenário do CNS, para além da análise de processos de cursos, possibilitando o debate de outros temas importantes relativos à formação. Salientou que a educação brasileira está privatizada e frisou que é preciso debater o modelo de oferta dos cursos das instituições, com vistas a garantir a qualidade da formação. Conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** perguntou quando a CIRH fará a análise dos demais cursos da saúde, para além da Medicina, Odontologia e Psicologia. A coordenadora da CIRH explicou que a demanda é trazer os quatorze cursos da área da saúde para a análise do CNS, começando pela Enfermagem e Farmácia. Explicou também que a CIRH possui duas pautas - educação e trabalho - e concordou que é preciso assegurar uma pauta mais ampla para Comissão no Conselho. No mais, frisou a importância de garantir a qualificação dos profissionais. Conselheira **Kátia Souto** sugeriu a realização de um seminário, com ampla participação, para debater a formação profissional no campo da saúde pública. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, destacou que o CNS já tem acúmulo de debate sobre esse tema, mas reconheceu que é preciso pautar debate sobre o trabalho em saúde. Sugeriu considerar o acúmulo da 15ª Conferência e dar continuidade ao debate. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** ressaltou a importância de ampliar o tempo de pauta da CIRH nas reuniões do Conselho, a fim de possibilitar o debate de outras questões relativas à gestão do trabalho e formação profissional. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** salientou que, após 25 anos, o Sistema não tem respondido a uma das principais pendências “a formação” e, no seu modo de ver, o controle social deve cobrar formação com qualidade. Após essas intervenções, conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro** colocou em votação os pareceres. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os quatorze pareceres elaborados pela CIRH – onze insatisfatórios e três satisfatórios com recomendações. Além disso, o Plenário indicou à Mesa Diretora do CNS que avalie a possibilidade de ampliar o tempo de pauta da CIRH nas reuniões do Conselho, a fim de possibilitar o debate de outras demandas pertinentes à Comissão.** Em seguida, a coordenadora da CIRH/CNS apresentou o calendário de reuniões da Comissão para 2016: Janeiro – não houve; 162ª RO - 1 e 2 de fevereiro; 163ª RO - 1 e 2 de março; 164ª RO - 29 e 30 de março; 165ª RO - 18 e 19 de abril; 166ª RO - 23 e 24 de maio; 167ª RO - 21 e 22 de junho; Julho - não haverá; 168ª RO - 2 e 3 de agosto; 169ª RO - 30 e 31 de agosto; 170ª RO - 20 e 21 de setembro; 171ª RO - 25 e 26 de outubro; 172ª RO - 22 e 23 de novembro; e dezembro - não haverá. **Deliberação: aprovado o calendário de reuniões ordinárias da CIRH/CNS em 2016.** Finalizando, conselheira **Maria Arindelita de Arruda Neves** elogiou o trabalho dos técnicos que assessoram a CIRH/CNS. **ITEM 7 – COMPOSIÇÃO PROVISÓRIA DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL – CISM - Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, recuperou que na reunião anterior o CNS decidiu compor provisoriamente a CISM/CNS para debater as questões relativas à área e contribuir na mediação do conflito instalado em relação à coordenação da área de saúde mental. Diante dessa definição do Plenário, explicou que foi solicitada a indicação de nomes aos fóruns do segmento de usuários e de trabalhadores. A proposta é definir a composição (22 participantes – 11 titulares e 11 suplentes) seguindo o critério da paridade. Feitas essas considerações, fez a leitura das indicações feitas pelo Fórum de Usuários e pelo FENTAS: a) usuários - *titulares*: coordenação adjunta – UBM – Carmem Lúcia Luiz; Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; Associação Brasileira de Autismo – ABRA, Movimento Nacional de Luta Antimanicomial - MNLA, Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes - FENAFAL, Pastoral da Saúde. *Suplentes*: Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA; Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo Financeiro – CONTRAF; Federação Nacional dos Urbanitários – FNU; Nova Central Sindical dos Trabalhadores – NCST. b) Profissionais de saúde: coordenação: Conselho Federal de Psicologia - CFP – conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**. *Titulares* - Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; Conselho Federal de Farmácia – CFF; Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; Associação Brasileira de Terapeuta Ocupacionais – ABRATO. *Suplência*: Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; e Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** interveio para explicar que são seis entidades titulares, sendo que a UBM estava incluída no corpo da Comissão. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** solicitou a concessão de uma das vagas de titular do segmento de gestores/prestadores para o segmento de trabalhadores (de três para quatro vagas), a fim de contemplar as quatro representações indicadas (CEFES, CFF, ABRATO e FENAPSI). Para suplência, foram indicadas apenas duas entidades: ABRASCO e CFFa. Conselheira **Kátia Souto** explicou que precisaria debater com o segmento de gestores/prestadores de serviço a solicitação do segmento de trabalhadores de concessão de uma vaga de titular daquele segmento para este. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, explicou que a proposta, seguindo o critério da paridade, seria: seis titulares – três para o

segmento de profissionais de saúde e três para o segmento de gestores/prestadores de serviço. Conselheira **Kátia Souto** defendeu a manutenção do critério da paridade para recompor a comissão. Conselheira **Alessandra Ribeiro de Sousa** justificou que a proposta de destinar uma das vagas do segmento dos gestores/prestadores de serviço para o segmento de trabalhadores considera que a representação do governo é, na sua maioria, de Brasília e poderia participar da reunião da Comissão sem custos, inclusive de passagem e hospedagem. Como alternativa, disse que poderia incluir uma das entidades indicadas para titularidade na suplência, a fim de garantir a recomposição da Comissão. Nesse ponto, conselheiro **Geordeci Menezes** interrompeu para lembrar que são 12 titulares, incluindo a coordenação, e 10 suplentes. Conselheira **Denise Torreão** colocou a compreensão que a CISM é composta por 22 integrantes, sendo dois nomes para coordenação, dez titulares e dez suplentes. Conselheira **Kátia Souto** apresentou a seguinte proposta para composição provisória da Comissão: 10 titulares e 10 suplentes, sendo: segmento dos usuários - 5 representantes titulares e 5 suplentes; trabalhadores - 3 titulares e 3 suplentes; e gestores/prestadores - 2 titulares e 2 suplentes; um coordenador e um coordenador adjunto. Diante dessa proposta, conselheira Denise Torreão apresentou as indicações do segmento de trabalhadores: *titulares* - CFP - coordenação; CFESS, CFF; e FENAPSI; e *suplentes* - ABRATO, ABRASCO, CFFa. Após essa fala, a mesa procedeu à votação da proposta. **Deliberação: o Plenário aprovou a composição provisória da CISM/CNS: Segmento dos usuários - coordenação adjunta: União Brasileira de Mulheres - UBM: conselheira Carmem Lúcia Luiz. Titulares: Movimento Nacional de População de Rua - MNPR; Associação Brasileira de Autismo - ABRA; Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes - FENAFAL; Movimento Nacional de Luta Antimanicomial - MNLA, Pastoral da Saúde. Suplentes: Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial - RENILA; Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM; Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo Financeiro - CONTRAF; Federação Nacional dos Urbanitários - FNU; e Nova Central Sindical dos Trabalhadores - NCST. Segmento dos trabalhadores da saúde - coordenação: Conselho Federal de Psicologia - CFP - conselheira Semiramis Maria Amorim Vedovatto. Titulares: Conselho Federal de Serviço Social - CFESS; Conselho Federal de Farmácia - CFF; e Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI. Suplentes: Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa; Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO; e Associação Brasileira de Terapeuta Ocupacionais - ABRATO. Gestores/prestadores de serviços: Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS (a definir titularidade e suplência). Assessoria técnica: Eveni Santos. O Plenário decidiu ainda que as entidades deverão indicar os nomes dos seus representantes até o dia 22 de março de 2016. Após a indicação dos nomes, será marcada a reunião da Comissão (indicativo: 20 dias após as indicações).** Na sequência, conselheira **Kátia Souto** fez um relato sobre a reunião com o Ministro de Estado da Saúde da qual participaram, representando o CNS, conselheira Zaíra Salermo, Jurandi Frutuoso e Vânia Leite. Disse que acompanhou na condição de representante do Ministério da Saúde, além de representantes do CONASS, CONASEMS, CFP, Movimento da Luta Antimanicomial, ABRASCO, CEBES. Disse que o debate foi assegurado, mas não foi possível chegar a consenso. **ITEM 8 – INFORMES E INDICAÇÕES - Coordenação: conselheira Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro e conselheiro Geordeci Menezes de Souza, ambos da Mesa Diretora do CNS. INFORMES – 1) Informe geral sobre o Controle do Aedes Aegypti - Apresentação: Alexandre, Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS. Apresentação: Alexandre, da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS.** Na sua explanação, o convidado destacou, entre outros os seguintes aspectos: Eixo 1 - Mobilização e combate ao mosquito: Criação da Sala Nacional de Coordenação e Controle (SNCC) para o Enfretamento da Dengue, da febre Chikungunya e do vírus Zika, e também das salas estaduais e municipais; Articulação com estados, DF, municípios e parceiros para o combate ao mosquito; Videoconferências semanais; Elaboradas diretrizes norteadoras para o Sistema de Coordenação e Controle para intensificar as ações de mobilização e combate ao mosquito; Dia Nacional de Mobilização #Zika Zero – 13 de fevereiro; Proporção de imóveis trabalhados: 54,78% dos imóveis do Brasil visitados; Mobilização de alunos e profissionais da Educação para o combate ao mosquito: Dia Z – 19 de fevereiro; Publicação de Cartilha e Hotsite com orientações à população sobre o vírus Zika; 3 encontros virtuais com a população para tira-dúvidas – Face to Face; Campanha de dengue: prevenção e sintomas e campanha microcefalia. Eixo 2 – Cuidado: Ampliação da capacidade de análise em 20 vezes – total de 20.000 análises/mês; Página do Ministério da Saúde e site Saúde do Viajante atualizados com inclusão de recomendações “Medidas de prevenção pessoal para gestantes e mulheres em idade fértil com possibilidade de engravidar”; Publicação do Protocolo de Atenção à Saúde para Microcefalia; Publicação de diretrizes de estimulação precoce para crianças de 0 a 3 anos com orientações às equipes para o cuidado de crianças com microcefalia; Qualificação de profissionais para a resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika (Portaria SGTES n. 3, de 11 de janeiro de 2016); Serviço gratuito de telefonia pelo número 0800.644.6543 para enfermeiros, ACS e ACE. Eixo 3 – Desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa: treinamento para Diagnóstico Laboratorial do Zika no IEC/Belém, 18 a 22 de janeiro 2016, contou com a

participação de representantes do Paraguai, Bolívia, Peru, Uruguai e Equador; reuniões para definição de casos de microcefalia, novas tecnologias de combate ao vetor e acordos de cooperação internacional; estudo de séries de casos para documentação e análise dos casos de microcefalia ao nascer. MS, SES-PE e FIOCRUZ/PE; estudo Caso-Control para identificação dos fatores associados à microcefalia ao nascer. FIOCRUZ-PE e OPAS; estudo de corte para identificação da frequência de microcefalia ao nascer em filhos de grávidas que apresentaram exantema. FIOCRUZ-PE; estudos ecológicos para descrição da curva epidêmica, identificação de sobreposição de casos e elaboração de cenários futuros, estimativas de prevalência e modelos preditivos considerando diferentes intervenções realizadas. CGIAE/SVS. Em andamento; Estudo de seguimento das crianças com microcefalias. FIOCRUZ-PE; Estudos caso controle sobre microcefalia e Síndrome de Guillain-Barré (SGB) nos estados de Pernambuco, Paraíba e Bahia. Com CDC – EEUU; e Parceria com Universidade de São Paulo – USP. Conclusões e recomendações: incorporar estudos de avaliação de efetividade das novas tecnologias; realizar estudos de custo das novas tecnologias; e fortalecer programa de avaliação da resistência aos inseticidas. Após a apresentação, os conselheiros fizeram breves considerações, destacando a gravidade da situação e a necessidade de acompanhar a situação. **Encaminhamento: pautar o tema na próxima reunião, considerando os dados atualizados. EXPEDIENTE - 1) Minuta de Resolução** – conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** fez a leitura da minuta de resolução. O texto é o seguinte: “Resolução Nº 000, de 16 de março de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Septuagésima Oitava Reunião Ordinária, realizada no dia 16 de março de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando o disposto no Decreto n.º 7.689, de 2 de março de 2012, que estabelece regras, no âmbito do Poder Executivo federal, limites e instâncias de governança para a contratação de bens e serviços e para a realização de gastos com diárias e passagens; considerando o previsto na Instrução Normativa n.º 3, de 11 de fevereiro de 2015 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que dispõe sobre as diretrizes e procedimentos para aquisição de passagens aéreas pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, incluindo os prazos legais para sua emissão; considerando a Portaria n.º 8, de 09 de julho de 2015, que conferiu, entre outras autoridades públicas, ao/à Secretário/a Executivo/a do Conselho Nacional de Saúde, ou seu/sua substituto/a legal, a prerrogativa de praticar atos de gestão orçamentária e financeira na proposição de diárias e viagens, incluindo os prazos operacionais para a emissão de passagem e repasse de diárias; considerando a finalidade *sui generis* do Conselho Nacional de Saúde, que tem por finalidade “atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do controle social em toda sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (art. 2º do Regimento Interno do CNS); considerando a importância da articulação das conselheiras e conselheiros, titulares e suplentes, representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores da saúde e prestadores de serviço para o alcance pleno da finalidade do CNS; considerando que o Plenário do CNS é o fórum de deliberação plena e conclusiva, configurado por reuniões ordinárias e extraordinárias, de acordo com os requisitos de funcionamento previstos no Regimento Interno desse órgão colegiado (art. 8º do Regimento Interno do CNS); considerando a complexidade do processo de articulação do controle social nas três esferas federativas do Brasil, a cargo deste Conselho, e as demais competências conferidas ao CNS pelo art. 10 de seu Regimento Interno. Resolve: assegurar à Presidência e à Mesa Diretora do CNS, *ad referendum* do Pleno do Conselho Nacional de Saúde, a competência de convocar, extraordinariamente, as conselheiras e conselheiros, titulares e suplentes, quando suas presenças se fizerem necessárias em atividades deste Conselho Nacional de Saúde, nas reuniões dos fóruns dos usuários e dos trabalhadores, bem como de sua representação em outros espaços institucionais, com vistas a facilitar a tramitação da proposição de viagens e diárias junto ao Ministério da Saúde.” **Deliberação: minuta de resolução aprovada por unanimidade. 2) Minuta de recomendação à Presidenta da República Dilma Rousseff e ao Ministro de Estado da Saúde Marcelo Castro.** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** fez a leitura do texto da recomendação: “**Recomendação nº XXX, de 16 de março de 2016.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua ducentésima septuagésima oitava Reunião Ordinária, realizada no dia 16 de março de 2016, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, debateu as ameaças e possibilidade de retrocesso na saúde pública do nosso país, frente ao cenário de reforma administrativa no âmbito do governo federal em especial no âmbito do SUS via Ministério da Saúde; Considerando que ao longo dos 26 anos de construção do SUS enfrentamos dificuldades históricas na consolidação do direito universal à saúde de brasileiras e brasileiros, passando pelos entraves econômicos e administrativos. Mesmo estando garantida na Constituição Federal, a seguridade social nunca contou com um sistema de financiamento sustentável e enfrentamos ainda grandes dificuldades para a gestão das políticas que

orientam o SUS nas três esferas de gestão; considerando que nós, conselheiras e conselheiros nacionais de saúde, sempre nos colocamos a serviço da estruturação do nosso complexo sistema de saúde, conquista social do povo brasileiro, nos preocupamos com os rumores de possível redução ou extinção de áreas que consideramos estratégicas no Ministério da Saúde a exemplo da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – DSAST/SVS, da Coordenação Geral de Saúde do trabalhador – CGST, da Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM e da Coordenação Geral do Programa de Controle da Tuberculose/Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – DEVIT/SVS; considerando que a SGEP é fundamental na implementação e fortalecimento da Participação Popular no SUS e na promoção da equidade, assim, qualquer redução de pessoal e recurso nesta secretaria representaria um retrocesso no Controle Social; considerando que o DSAST tem sido fundamental para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT e já conta com a uma rede ampla nos estados e municípios (RENAST), com 210 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs), com as Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTTs) com previsão de expansão estabelecidas na maioria dos conselhos de saúde, e com os demais mecanismos de implementação e controle social da PNSTT; considerando que a coordenação da tuberculose é de suma importância no controle desta doença, que mesmo com medidas de controle e tratamento, segundo o próprio MS, a cada ano cerca de 70 mil novos casos são notificados, 4,6 mil mortes são registradas em decorrência da doença e focos de tuberculose resistente aos medicamentos agravam ainda mais esse cenário, e que seja uma grande perda o controle da tuberculose voltar a ser uma sub área de outra coordenação, como já aconteceu anteriormente, conferindo grande atraso no enfrentamento deste agravado. Recomenda à Presidenta da República Dilma Rousseff e ao Ministro da Saúde Marcelo Castro: que seja mantido o compromisso do governo federal com a continuidade e qualificação do SUS, e que nenhuma reforma seja feita no sentido de retroceder no direito conquistado. Por fim, reafirmamos “Direito garantido não se compra e nem se vende, o SUS é nosso e ninguém tira da gente”. **Deliberação: minuta de recomendação aprovada com uma abstenção.**

3) Proposta de nova marca do CNS – Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, apresentou, para conhecimento, a proposta de nova marca do CNS elaborada pela equipe de comunicação do Conselho. **Devido ao adiantamento da hora, acordou-se que a proposta retornaria na próxima reunião do Conselho para debate.** Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** sugeriu a definição de regras para participar do grupo do WhatsApp do CNS. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, endossou a proposta de definir regras para a utilização do grupo do WhatsApp do CNS e salientou a importância de atualizar o cadastro dos conselheiros para receber informações. Conselheira **Liane Terezinha de Araújo Oliveira** sugeriu que a Secretaria Executiva do CNS circulasse lista para atualização dos dados dos conselheiros.

INDICAÇÕES - 1) O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos convida o Conselho Nacional de Saúde a participar das reuniões e Atividades do GT em Assistência Farmacêutica em Pediatria. Observação: indicação provisória da conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**. Também solicitam a presença de representantes que sejam membros da CONEP e CIASAJ para fazer apresentações durante a reunião. Data: 29 e 30 de março de 2016. Local: Brasília/DF. **Indicação:** aprovada a indicação da conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**.

2) “Seminário Nacional de Educação e Prevenção na Prostituição: Saúde nas Esquinas”. Data: 7 a 10 de abril de 2016. (Atenção: coincide com o Pleno). Local: Florianópolis/SC. **Indicação:** conselheira **Tathiana Araújo**.

3) 4º Seminário de Formação de Lideranças Comunitária da FACESP – Federação das associações Comunitárias e Entidades do Estado de São Paulo. Data: 8 a 10 de abril de 2016. Local: Tupã/SP. **Indicação:** conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**.

4) O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA solicita a indicação de um membro titular e suplente para participação como delegado(a) nato(a) da X Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CNDCA. Apenas ao titular será garantida a participação à Conferência. Data: 24 a 27 de abril de 2016. Local: Brasília/DF. Considerando a indicação de dois nomes para uma vaga, a mesa colocou em votação as indicações. **Indicação:** conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** (titular). Conselheira **Vânia Lúcia Leite** (suplente).

5) I Colóquio Brasileiro de Terapia Ocupacional, Saúde e Trabalho. Data: 05 e 06 de maio de 2016. Local: São Paulo/SP. **Indicação:** conselheira **Lauriluci Farias Lopes de Albuquerque**.

6) 11ª Semana do Controle Social da Saúde de Manaus/25º Aniversário do CMS de Manaus. Data: 6 a 10 de junho de 2016. Atividade principal: proferir palestra em 10 de junho. Local: Manaus/AM. Considerando a indicação de dois nomes (**Wanderley Gomes da Silva** e **Maria Laura Carvalho Bicca**) para uma vaga, a mesa colocou em votação as duas indicações. **Indicação:** conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**.

7) Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Indicação:** conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**.

INFORMES – INFORMES - 1) Informe geral sobre o controle do *Aedes aegypti*. **Apresentação:** **Alexandre**, da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS. **Encaminhamento:** pautar o tema na próxima reunião, considerando os dados atualizados.

2) Atualização de dados - Solicitação aos conselheiros

1668 para que atualizem os seus dados e contatos. **3)** Informe sobre a Judicialização e não certificado por
1669 parte do INMETRO sobre os aparelhos de Glicemia (Glicosímetros). *Apresentação:* conselheiro **Luiz**
1670 **Carlos Medeiros de Paula**. **4)** Informe sobre a dificuldade de as pessoas atingidas pela hanseníase
1671 terem acesso a dispensação do medicamento talidomida com a alegação de não haver Farmacêuticos
1672 em vários municípios do Brasil. *Apresentação:* conselheiro **Eni Carajá Filho**. *Encaminhamento:*
1673 verificar a possibilidade de marcar reunião com o Ministro de Estado da Saúde para tratar sobre a
1674 coordenação da hanseníase no Ministério da Saúde. **5)** Debate sobre judicialização. Local: Indaiatuba-
1675 SP. Data: 17 de novembro de 2015. Deverá ser encaminhado convite ao CNS para indicação de
1676 representante. **6)** Atividade em Minas Gerais, em memória às vítimas de acidente de trabalho de
1677 Mariana. Audiência pública e passeata no centro da cidade. Data: 26, 27 e 28 de abril. **7)** Agenda de
1678 reuniões com os Secretários para um fluxo mais permanente com o Ministério da Saúde. **8)**
1679 Lançamento do Fórum das centrais Sindicais e a SVS para acompanhar as mortes por acidentes de
1680 trabalho. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou os trabalhos da 278ª
1681 Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares* – **Ana Maria**
1682 **Lima Barbosa**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **André Luiz de**
1683 **Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Arilson da Silva Cardoso**, Conselho
1684 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de
1685 Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Cleoneide**
1686 **Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA;
1687 **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG;
1688 **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira
1689 (COIAB); **Eni Carajá Filho**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase -
1690 MORHAN; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –
1691 ABENFISIO; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Geordecio M. Souza**,
1692 Central Única dos Trabalhadores; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de
1693 Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **Jani Betânia Souza Capiberibe**,
1694 Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues**
1695 **Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Lorena Baía de Oliveira**
1696 **Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Liane Terezinha de Araújo Oliveira**, Federação
1697 Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto**
1698 **Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI;
1699 **Luiz Anibal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Arindelita**
1700 **Neves de Arruda**, Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn; **Maria Laura Carvalho Bicca**,
1701 Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Maria Zenó Soares da Silva**, Federação
1702 Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes - FENAFAL; **Moisés Bauer Luiz**,
1703 Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de
1704 Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Nelson**
1705 **Rodrigues dos Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD;
1706 **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação
1707 dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional
1708 dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações
1709 de Moradores – CONAM; e **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia
1710 Ocupacional (COFFITO). *Suplentes* – **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço
1711 Social – CFESS; **Alexandre Fonseca Santos**, Ministério da Saúde; **Andreia de Oliveira**, Associação
1712 Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Antonio de Souza Amaral**, Associação
1713 Brasileira de Ostomizados – ABRASO; **Antonio Pitoli**, Pastoral da Saúde Nacional; **Clarice Baldotto**,
1714 Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cláudia Vieira Carnevalle**, Nova Central Sindical dos
1715 Trabalhadores – NCST; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de Fonoaudiologia –
1716 CFFa; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
1717 (CNS); **Emanuelle Freitas Goes**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Gilene José dos Santos**, Sindicato
1718 Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Gilson Silva**, Força
1719 Sindical; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Jorge Alves de**
1720 **Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Arnaldo Pereira Diniz**,
1721 Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento
1722 Nacional de População de Rua – MNPR; **Kátia Maria Barreto Souto**, Ministério da Saúde; **Lauriluci**
1723 **Farias L. de Albuquerque**, Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Luiz**
1724 **Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – FENAD;
1725 **Madalena Margarida da Silva**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Márcia Patrício de Araújo**,
1726 Associação Brasileira dos Ostomizados (ABRASO); **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação
1727 Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência
1728 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, União Nacional dos
1729 Auditores do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Oswaldo Peralta Bonetti**, Ministério da Saúde;

1730 **Rafael Nunes do Nascimento**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Semiramis Maria Amorim**
1731 **Vedovatto**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Silma Maria Alves de Melo**, Conselho Federal de
1732 Biologia – CFBio; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de
1733 Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Simone Vieira da Cruz**, Articulação de Organizações de
1734 Mulheres Negras Brasileiras – AMNB; **Tathiane Aquino de Araújo**, Rede Nacional de Pessoas Trans-
1735 Rede Trans Brasi; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.