

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

1

2 ATA DA DUCENTÉSIMA OCTAGÉSIMA SEXTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL 3 DE SAÚDE - CNS

4
5 Aos seis e sete dias do mês de outubro de dois mil e dezesseis realizou-se a Ducentésima Octogésima
6 Sexta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde – CNS. A manhã do primeiro dia e o segundo
7 dia de reunião ocorreu no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da
8 Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF. A tarde do primeiro dia de
9 reunião foi realizada no Plenário 1 da Câmara dos Deputados. A mesa de abertura foi composta pelo
10 conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS e conselheiro **André Luiz de Oliveira**,
11 da Mesa Diretora do CNS. O Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os
12 presentes e os que acompanhavam a reunião em tempo. Em seguida, apresentou os objetivos da 286ª
13 RO: **1)** Apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e
14 Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS; **2)** Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão
15 Intersetorial de Financiamento e Orçamento – COFIN/CNS; **3)** Definir estratégias para que as Diretrizes
16 Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde atendam aos princípios do SUS; e **4)**
17 Identificar, refletir e debater os riscos em saúde e definir as estratégias de proteção à saúde. Seguindo,
18 comunicou que o CNS iniciava naquele dia interatividade com as pessoas interessadas em participar da
19 reunião do Pleno. Ressaltou que a intenção é tornar a reunião mais dinâmica e dar mais capilaridade às
20 discussões do Conselho. Explicou que as perguntas poderiam ser enviadas para o e-mail
21 reuniaordinaria@sauda.gov.br, todavia, nem todas seriam respondidas durante a reunião ordinária do
22 Pleno devido à dinâmica do debate proposto. Aquelas não respondidas seriam repassadas ao corpo
23 técnico do Conselho para respostas posteriormente. Por fim, convocou a todos para participar da
24 reunião do CNS, transmitida ao vivo e online pelo site do CNS. Feita esse registro, procedeu ao item 1
25 da reunião. **ITEM 1 – EXPEDIENTE – Aprovação da pauta da 286ª Reunião Ordinária do CNS -**
26 **Justificativas de ausência - Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do
27 CNS. **Aprovação da pauta da 286ª Reunião Ordinária do CNS –** O Presidente do CNS submeteu à
28 apreciação do Pleno a pauta da reunião e foram apresentadas as seguintes sugestões: inverter os itens
29 2 e 3; e remeter o item 4 para debate junto com o item 7. **Deliberação: aprovada a pauta da 286ª**
30 **Reunião Ordinária do CNS, por unanimidade, com as modificações sugeridas. Justificativas de**
31 **ausência –** O Presidente do CNS apresentou as seguintes justificativas enviadas previamente ao CNS:
32 conselheiro **Gilene José dos Santos**; conselheiro **José Felipe dos Santos**; conselheira **Joana**
33 **Batista Oliveira Lopes**; conselheiro **João Paulo dos Reis Neto**; conselheira **Maria Aparecida Diogo**
34 **Braga**; e conselheira **Juliana Acosta Santorum**. Inversão de pauta. **ITEM 3 – RADAR - Informação e**
35 **Informatização no SUS. Informe sobre o combate ao Aedes Aegypti (dengue, zika vírus e**
36 **chikungunya). Coordenação:** conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e
37 conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **Convidados:** **Marcelo Fiadeiro**, diretor
38 do Departamento de Informática do SUS - DATASUS/MS; e **Wanessa Oliveira**, diretora-substituta do
39 Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – DEVIT/SVS/MS. Iniciando, conselheiro
40 **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que a Lei nº 13.301/2016, que dispõe sobre medidas de controle
41 do mosquito *Aedes aegypti*, entre outros aspectos, permite a pulverização aérea de inseticida para
42 controle do Aedes. Explicou que MS, CONASS e Conasems defenderam o voto desse artigo,
43 considerando a falta de evidência de custo benefício na utilização da estratégia. Todavia, a Lei foi
44 aprovada e foi delegada ao Ministério da Saúde a regulamentação da pulverização. Em que pese essa
45 definição, disse que o Ministério da Saúde foi informado sobre decisão da Procuradoria Geral da
46 República declarando a constitucionalidade do artigo da Lei. Salientou que o Ministério está mantendo
47 a interlocução da Sala Nacional de Coordenação e Controle do Combate do Aedes com as Salas
48 Estaduais e Municipais, no sentido de retomar a mobilização e preparar-se para enfrentar o período das
49 chuvas e de maior risco de infestação do Aedes. Informou, inclusive, que será realizada mobilização
50 nas salas de aula para tratar sobre o combate do Aedes. **Informação e Informatização no SUS –** O
51 diretor do DATASUS/MS, **Marcelo Fiadeiro**, fez uma explanação sobre as ações do DATASUS nos
52 últimos três meses. Começou explicando que, ao assumir o Departamento, foi realizada revisão dos

53 contratos, com aplicação do Decreto nº 8.540, de 9 de outubro de 2015, que gerou redução de 20% nos
54 valores sem alteração no escopo. Além disso, foi feita revisão das necessidades dos serviços prestados
55 pelo Departamento, considerando a função precípua de prestar serviços voltados à tecnologia da
56 informação. Com isso, houve redução de R\$ 110 milhões nos contratados, mas sem redução de
57 serviço. Explicou que contratos relativos a provimento de links funcionavam sem necessidade (no total
58 de R\$ 84 milhões). Detalhou que dos 11 mil links habilitados, somente 4 mil funcionavam; o restante,
59 inutilizado. Explicou que no contrato a Embratel cobrava R\$ 774,00 por um ponto de um mega e há
60 pacotes disponíveis de um link com 30 megas por R\$ 70,00. Assim, o contrato foi cancelado, sem
61 renovação, gerando a economia de R\$ 84 milhões. Detalhou outras ações do DATASUS: publicação da
62 Portaria nº. 664, que padroniza metodologias (hoje há 600 sistemas no Ministério da Saúde e, com a
63 Portaria, foi feita padronização das entregas, possibilitando a integração); publicação da Portaria nº.
64 665, que define procedimentos de gestão sobre as informações e adoção de Software Livre (no
65 catálogo do governo federal, há 300 sistemas e a intenção é trazê-los para diminuir custo e otimizar o
66 processo); assinatura do Sistema Eletrônico de Informação – SEI: Termo de Adesão do SEI – Ministério
67 de Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (tramitação eletrônica de processos no âmbito do
68 Ministério da Saúde – a intenção é iniciar em 2017); Fortalecimento de projetos e foco em resultados:
69 integração de dados – ferramenta livre de extração de dados, mobilidade de transporte (foi trazida
70 ferramenta para ser utilizada no sistema de transporte do Ministério da Saúde) e painel de dados
71 orçamentários/execução; e Seminário de Conectividade realizado em 13 de setembro de 2016 que
72 debateu a utilização de tecnologia. Discorreu sobre a ação de redução e integração dos sistemas (total
73 de 600), explicando que a meta é descontinuar 40% dos sistemas de informação no Ministério da
74 Saúde com incorporação e integração de seus dados de coleta para as plataformas e-SUS Atenção
75 Básica, Ambulatorial, Hospitalar e CMD (Conjunto Mínimo de Dados). Além disso, destacou a
76 implantação do Cartão SUS Digital (e-SUS Cidadão) integrado com os prontuários da Atenção Básica,
77 Ambulatorial, Hospitalar e Saúde Suplementar, explicando que o Ministro da Saúde faria o lançamento
78 da Versão 2 do E-SUS naquele dia. Discorreu sobre a Portaria 664/2016, explicando que define:
79 Desenvolvimento de Software – MDS, Gerenciamento de Projetos – MGP, Gerenciamento de
80 Processos – MGProc; Desenvolvimento SOA; e Administração de Dados. Acrescentou que esse
81 conjunto de ferramentas irá servir de parâmetro para o desenvolvimento e evolução de sistemas
82 realizados por qualquer área, interna ou externa ao MS, de forma a garantir a integração com a
83 infraestrutura e com os demais sistemas. Detalhou também a Portaria 665/2016, que suspende
84 temporariamente, no âmbito do Ministério da Saúde, o desenvolvimento de novos sistemas
85 informatizados. Toda proposição ou demanda por novos sistemas deverá ser precedida de estudo
86 técnico com a devida justificativa que demonstre a impossibilidade de obtenção dos resultados
87 pretendidos por meio de integração de sistemas já existentes. Toda proposição ou demanda por novos
88 sistemas deverá ser precedida de avaliação do Portal do Software Público e/ou Catálogo de Software
89 disponível do Governo Federal. Falou sobre o Portal do software público, com interface única para
90 acesso a múltiplas fontes de dados, obtenção de dados confiáveis do SIAFI para a construção da
91 solução (carga SIAFI) e automatização dos dados recebidos na estrutura Corporativa do MS. No mais,
92 disse que o Departamento está desenvolvendo plano diretor de TI com vigência para 2017-2018,
93 refletindo a realidade do Ministério da Saúde e estruturando as ações do DATASUS para apoiar o
94 direcionamento dado pela nova gestão ministerial. Disse que o Plano Diretor, entre outros aspectos,
95 atende determinações do Tribunal de Contas da União – TCU. Seguindo, o coordenador de sistemas
96 do Ministério da Saúde, **Sérgio Araújo Correia Lima**, falou sobre as prioridades de informação e
97 informatização. Explicou que os projetos prioritários nas diretrizes dadas ao DATASUS são: Conjunto
98 Mínimo de Dados - CMD - Publicação do barramento de interoperabilidade (Conjunto Mínimo de
99 Dados) – Resolução 6, de 25 de setembro de 2016 (sistemas que realizam entrada de dados serão
100 descontinuados, conforme cronograma definido na Resolução, mas sem prejuízo do serviço); RES -
101 Implantação do repositório do RES para interoperar no país os atendimentos do e-SUS AB em 2.500
102 Unidades Básicas de Saúde, com acompanhamento do cidadão no Cartão SUS Digital (e-SUS
103 Cidadão); e judicialização – entrar em produção com o novo sistema SILOS Judicial; e publicação do
104 Portal da Transparência da Judicialização. **Manifestações.** Conselheiro **Antônio Muniz da Silva**
105 ressaltou a necessidade de garantir a acessibilidade das informações nos sistemas do SUS (requisitos
106 de acessibilidade previstos - W3C), a fim de garantir o acesso das pessoas com deficiência.
107 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, solicitou esclarecimentos sobre a
108 notícia de cancelamento da banda larga para as 6 mil unidades básicas de saúde do país, lembrando
109 que o acesso à informação é essencial para gestão de processos e do cuidado e organização do
110 Sistema. Além disso, perguntou se procede a notícia se a nova estrutura dos Núcleos Estaduais do
111 Ministério da Saúde mantém representação do DATASUS. Também reapresentou a demanda do CNS
112 sobre a necessidade de estruturação de política nacional de informação tóxico-farmacológica, inclusive
113 para assegurar o acesso à informação para a tomada de decisões no caso da atenção à saúde.
114 Conselheira **Carolina Abad** perguntou se o SISCAN será descontinuado nesse processo de

115 reestruturação. Inaugurando o processo de interatividade, o coordenador da mesa fez a leitura de duas
116 perguntas encaminhadas por internautas: **1)** Quando o sistema estará disponível aos municípios?
117 (Giane Alvares, Facebook); e **2)** O momento atual dos sistemas de informação permitirá a incorporação,
118 sistematização e publicação de dados como quesito raça/cor, orientação sexual/identidade de gênero e
119 composição etária do acesso a serviços de saúde? (Esdras Daniel dos Santos Pereira). **Retorno da**
120 **mesa.** O diretor do DATASUS/MS, **Marcelo Fiadeiro**, respondeu aos questionamentos, explicando,
121 inicialmente, que o Departamento atende as normas relativas à acessibilidade e adequará os sistemas
122 ainda não acessíveis. Sobre os pontos de internet, explicou que dos 11 mil pontos contratados e
123 habilitados, somente 4 mil estavam em funcionamento. Dos 4 mil, 82,7% era utilizado para download
124 (internet) e não upload (tráfego de informações ao Ministério da Saúde). Explicou que o DATASUS
125 possuía essas informações detalhadas e poderia repassar ao Conselho, se necessário fosse. Diante
126 dessa comprovação, o Ministério da Saúde avaliou que os links não estavam sendo utilizados de
127 acordo com a finalidade para os quais foram contratados. Além disso, as informações das 40 mil
128 unidades estavam sendo recebidas, independente desses links. Frisou que o DATASUS é uma área
129 demanda, ou seja, não define política de saúde, portanto, a decisão de suspensão do contratado dos
130 links foi tomada em parceria com as áreas finalísticas do Ministério da Saúde, principalmente com a
131 SAS. Salientou que é descabido pagar R\$ 774 em um link de um mega enquanto é possível fazer
132 contratação local de um link de 30 megas por R\$ 69,00. Disse que a representante da fornecedora do
133 serviço, em reunião com o Ministro da Saúde, foi questionada sobre o valor e não conseguiu responder.
134 Sobre os núcleos estaduais, explicou que a condução é feita pela Secretaria Executiva do Ministério da
135 Saúde. Acerca da judicialização, reiterou que o DATASUS é uma área demandada, ou seja,
136 implementa ações definidas pelas áreas finalísticas que são responsáveis pela tomada de decisões.
137 Explicou que o Departamento está realizando levantamento dos sistemas existentes e elaborando
138 mapa de permissividade, a fim demonstrar os tipos de integração entre os dados ou entre outros
139 sistemas. Nessa linha, não foi definida a continuidade ou não de sistemas; a ideia não é excluir
140 sistemas, mas sim integrar dados em um sistema do Ministério da Saúde. Sobre a pergunta relativa à
141 disponibilização aos municípios, disse que é preciso tratar com a área finalísticas, pois o DATASUS não
142 é o definidor de questões relativas a áreas finalísticas, mas sim o responsável pela execução. Disse
143 que essa resposta também se aplica à segunda pergunta (incorporação de dados no sistema), pois é
144 uma definição da área finalística. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** explicou que, ao pautar o
145 tema, a intenção foi esclarecer dúvidas e apresentar as mudanças feitas pela gestão. Salientou que o
146 eixo principal da ação é articulação/integração das informações dos sistemas, com otimização de
147 recursos e busca por melhores ferramentas de tecnologia, sem redução de serviços. Salientou que no
148 âmbito do Ministério diferentes áreas não se articulam e há um esforço redobrado para implementar a
149 ideia de Ministério Único da Saúde. Destacou que nos núcleos a situação é ainda mais segmentada,
150 portanto, foi realizado estudo e definiu-se que haverá coordenação colegiada em cada núcleo do MS
151 em todos os Estados, com serviços específicos. No eixo da integração, disse que foi realizado estudo e
152 as sedes do Ministério da Saúde em Brasília serão unificadas em um único local físico. Também
153 comunicou que o DATASUS incluiu informação na internet e na intranet do Ministério da Saúde sobre a
154 reunião do CNS (pauta, possibilidade de interação). Por fim, disse que os conselheiros interessados
155 poderiam buscar o DATASUS ou área específica do MS para esclarecimentos. O diretor do
156 DATASUS/MS, **Marcelo Fiadeiro**, falou da sua formação e experiência e frisou que assumiu a direção
157 do Departamento para fazer gestão, na busca de otimizar o possível e gerar informações. Salientou que
158 é necessário organizar os sistemas do Ministério da Saúde e focar na informação, uma vez que o órgão
159 precisa de informação para tomada de decisão e de menos sistemas. Reiterou que a redução de
160 contratos foi necessária, o que gerou economia para aplicar na área de tecnologia da informação. Disse
161 que buscou entender as atribuições do DATASUS e foi retirado o que não era atribuição do
162 Departamento. Reiterou que o DATASUS executa ações definidas pela área finalística, com diálogo
163 entre as áreas. Por fim, colocou o Departamento e a equipe à disposição do Conselho. Conselheira
164 **Nelcy Ferreira da Silva**, considerando a informação sobre o custo do contrato para provimento de
165 internet, sugeriu que o CNS ouça os responsáveis anteriores pelo setor. Conselheira **Francisca Valda**
166 **da Silva**, considerando a revisão de contratos, perguntou onde serão feitos os cortes. Também
167 perguntou quando será apresentado ao CNS o banco de dados que servirá, inclusive, para subsidiar
168 juízes na tomada de decisão nos processos de judicialização. Solicitou maiores informações sobre o
169 pagamento do PAB variável condicionado à implantação do prontuário eletrônico. Sobre a
170 disponibilização de tablets para o aplicativo do E-SUS, quis saber para que secretarias serão
171 entregues. Indagou que investimentos serão feitos para capacitação pela UNASUS e SUS-Conecta e
172 para os aplicativos criados em convênios com a Universidade do Rio Grande do Norte para trabalhar a
173 prevenção da dengue. Conselheiro **José Fernando Costa Neto** perguntou há quanto tempo está
174 vigente o contrato da banda larga, uma vez que, diante das informações dadas, pode-se afirmar que
175 houve desperdício de dinheiro. Salientou que os recursos poderiam ter sido destinados a outras ações
176 no âmbito do Ministério, lembrando que o momento é complexo e qualquer economia é importante.

177 Ratificou a proposta de chamar os gestores responsáveis pelos contratos para maiores detalhes acerca
178 do que realmente ocorreu. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** explicou que a CONEP e
179 outras Comissões do CNS dependem de plataformas para desempenhar as suas atribuições. Para
180 implementar melhor as ações desta Comissão, a Plataforma Brasil precisa ser otimizada. Assim,
181 perguntou se o DATASUS está organizado para otimizar a Plataforma e quanto há de recursos
182 humanos e financeiros para aprimorar a plataforma e receber novas demandas do CNS em relação a
183 pesquisas. Acrescentou que, para outras áreas, esse aprimoramento também será necessário.
184 **Retorno da mesa.** O diretor do DATASUS/MS, **Marcelo Fiadeiro**, explicou que o contrato para
185 provimento de internet foi assinado entre o MS e o MCTI em 2010. Disse que o DATASUS identificou
186 que a utilização não estava sendo feita de forma adequada, assim, devolveu ao MCTI, que é o
187 responsável pela gestão do contrato. Explicou que o MS está negociando com a Embratel e o Ministro
188 de Estado da Saúde reuniu-se com a vice-presidente da empresa para debate. Salientou que os 11 mil
189 pontos foram sendo reduzidos ao longo da gestão pela falta de utilização e, ao chegar ao índice de
190 redução menor que o permitido pela Lei 8.666/1993 (25%), iniciou-se discussão judicial. Reiterou que a
191 gestão do contrato é feita pelo MCTI e o DATASUS é uma parte integrante desse processo. Sobre
192 redução de contratos, esclareceu que em nenhum deles foi feita redução do escopo, mas sim nos
193 valores, na prestação dos serviços (aplicação da Portaria 8.540/2015). Sobre judicialização, base de
194 dados, tempo para entrega de sistemas, reiterou que dependem de decisão da área finalística. Sobre a
195 Plataforma Brasil, disse que o DATASUS responde pela tecnologia, mas não pode definir sobre a forma
196 de funcionamento. Salientou que as metodologias publicadas pela Portaria 664 estarão funcionando,
197 pois é a plataforma para a qual se consegue dar suporte. O coordenador da mesa agradeceu a
198 presença do diretor da DATASUS e encerrou a discussão deste item. **Informe sobre o combate ao**
199 **Aedes Aegypti (dengue, zika vírus e chikungunya)** – A diretora-substituta do Departamento de
200 Vigilância das Doenças Transmissíveis – DEVIT/SVS/MS, **Wanessa Oliveira**, fez um informe sobre a
201 situação epidemiológica atual sobre dengue, zika, chikungunya, número de microcefalia e as ações
202 relacionadas à sala de coordenação e controle. Primeiro, mostrou gráfico com a situação
203 epidemiológica da dengue, Brasil, SE 1 a 38 de 2016, destacando que o número de casos em 2016 foi
204 menor (1.442.265 casos prováveis (SE 1 a SE 38) em relação a 2014 (524.441 casos prováveis (SE 1 a
205 SE 38) e 2015 (1.511.838 casos prováveis (SE 1 a SE 38). Acrescentou que a epidemia iniciou e
206 terminou mais cedo em relação ao ano anterior. Em relação aos óbitos por dengue confirmados, Brasil,
207 2014 a 2016, destacou: 2014 – 423; 2015 – 838; 2016 – 568 (SE 1 a 38 de 2016). Sobre a situação
208 epidemiológica de chikungunya no país, semana 1 a 37 de 2016, salientou que a incidência concentra-
209 se no Nordeste. Destacou que foram confirmados 120 óbitos – PE, PB, RN, CE, RJ, BA, MA, PI, SP –
210 com concentração nos meses de fevereiro e março. Sobre a situação epidemiológica de Zika no país,
211 semana 1 a 37 de 2016, detalhou: 1) número de casos de Zika segundo critério de confirmação e
212 semana epidemiológica – a) número de casos prováveis: 200.465 (98,1/100.000 hab.); b) Óbitos :
213 2015*: 3 óbitos confirmados (MA, RN e PA); e 2016: 3 óbitos confirmados: RJ (2) e ES (1); e 2) número
214 de casos de Zika em gestantes segundo critério de confirmação e semana epidemiológica: a) número
215 de casos prováveis: 16.473; e b) número de casos confirmados: 9.507. Lembrou que zika passou a ser
216 uma doença de notificação compulsória em fevereiro de 2016. Segundo, falou sobre os casos
217 notificados de microcefalia e/ou malformações do sistema nervoso central e/ou alteração no SNC (até
218 SE 39/2016); destacando que foram 9.711 casos notificados, 4.687 descartados, 2.001 casos
219 confirmados e 3.023 em investigação. Detalhou a distribuição de casos novos notificados de
220 microcefalia e/ou alteração do snc, segundo regiões geográficas, de janeiro até (SE 39/2016) 1º de
221 outubro de 2016. Salientou que desde a semana epidemiologia 12 (março/abril) observou-se
222 estabilidade no número de notificações; incremento de casos novos está em torno de 2%, semana a
223 semana (número está abaixo no notificado em 2015). Detalhou que o Estado da Bahia fez busca de
224 casos retrospectivos, o que causou aumento no número de casos na Região Nordeste. Falou sobre a
225 Sala Nacional de Coordenação e Controle, lembrando que foi instituída, entre outras, com a atribuição
226 de estimular a criação de salas estaduais e municipais, principalmente naqueles considerados
227 prioritários. Salientou que são 1.735 salas municipais, salas regionais no estado de Pernambuco, uma
228 sala binacional (municípios de Tabatinga-AM e Letícia/Colômbia) e uma sala interfederativa – DF e GO.
229 Explicou que são realizadas videoconferências quinzenais com os Estados a fim de debater as ações
230 necessárias para o combate ao vetor e mobilização social. Por fim, apresentou quadro resumo dos
231 ciclos de visitas a imóveis urbanos, destacando o percentual dos ciclos 1º, 4º e 5º que foram maiores
232 (dois meses), 1º Ciclo (01/01 a 29/02): 86%; 4º Ciclo (01/05 a 30/06): 82,2%; e 5º Ciclo (01/07 a
233 31/08): 67,9%. Detalho que no 5º ciclo houve redução no número de visitas a imóveis urbanos por
234 conta das férias dadas aos agentes comunitários de saúde e agentes de endemia. Por fim, apresentou
235 o percentual de focos nos imóveis visitados nos cinco ciclos: 1º ciclo: 3,37 %; 2º ciclo: 3,2 %; 3º ciclo:
236 2,48%; 4º ciclo: 2,03%; e 5º ciclo: 2,3%. **Manifestações.** Conselheira **Oriana Bezerra Lima** saudou a
237 expositora e discordou que a diminuição do número de visitas decorreu por conta de férias dos agentes,
238 porque a maioria desses profissionais, cujas férias foram canceladas, era da FUNASA e no município

239 representam parcela pequena. Avaliou que essa queda por ter ocorrido porque os agentes não estão
240 realizando as visitas nos municípios onde o contrato é precarizado. Também disse que a redução do
241 índice de focos nos imóveis e de infestação está relacionada ao período de seca e o pequeno aumento
242 nos focos pode ter sido causado pelas chuvas temporais. Também perguntou se há pesquisas sobre os
243 motivos de maior incidência da zika na Região Nordeste. Conselheira **Liu Leal** saudou os agentes
244 comunitários de saúde pelo dia e destacou a luta destes profissionais para controlar o vetor e identificar
245 os adoecimentos relacionados ao Aedes. Também fez os seguintes questionamentos: quais são as
246 ações de atenção/cuidado relacionadas ao acometimento dessas doenças? Quais são os índices de
247 acometimento em relação às doenças associadas, principalmente relativa à chikungunya? Qual é o
248 plano de qualificação dos trabalhadores e de atenção à população, não somente acompanhamento da
249 vigilância? Conselheiro **Moyses Toniolo** perguntou se as propostas do CNS são encaminhadas à sala
250 nacional. Conselheiro **José Arnaldo Pereira Diniz**, analisando o quadro do ciclo de visitas, perguntou
251 os motivos da diminuição do número de municípios com visitas. Conselheira **Sônia Aparecida**
252 **Pinheiro Pereira** quis saber como se dá a divulgação da realização das videoconferências, entendendo
253 ser necessário incentivar a participação. Também solicitou ao MS que disponibilize dados sobre as
254 mulheres acometidas pela zika, considerando os quesitos raça, cor. **Retorno da mesa.** A diretora-
255 substituta do DEVIT/SVS/MS, **Wanessa Oliveira**, respondeu às perguntas, esclarecendo que: os
256 agentes federais e municipais foram orientados a adiar as férias dada a importância da participação nas
257 ações de mobilização, o que pode ter influenciado os dados; há várias pesquisas sobre zika vírus em
258 andamento, muitas na Região Nordeste que foi a mais acometida pelos casos de microcefalia e
259 alteração no sistema nervoso central; os resultados das pesquisas demoram um pouco, mas alguns
260 estudos estão próximos às respostas do porquê o Nordeste ter sido mais acometido; o DEVIT está
261 realizando trabalho integrado com a Secretaria de Assistência à Saúde em relação à microcefalia e
262 alteração do sistema nervoso central; está em construção protocolo único, integrado (vigilância e
263 atenção); verificará os encaminhamentos das deliberações do Plenário acerca desse tema; a Sala
264 Nacional está realizando trabalho integrado com Estados e Municípios para que não haja
265 descontinuidade das ações por conta da diminuição de casos - destaque para a semana de mobilização
266 nos Estados para coleta de pneus e leilão de carros apreendidos (330 mil carros serão leiloados),
267 evitando que esses se tornem focos do mosquito; boletim sobre as mulheres com zika está na
268 iminência de ser publicado; e está em elaboração boletim sobre mulheres que tiveram crianças com
269 microcefalia – ainda não está concluído porque é preciso dados de dois sistemas. Conselheira **Carmem**
270 **Lúcia Luiz** manifestou satisfação com a notícia de publicação dos boletins e sugeriu que o CNS
271 participe da sala nacional para colaborar com o trabalho. Avaliou que a Região Nordeste apresenta o
272 maior índice de casos de zika por conta da falta de acesso à água encanada e do armazenamento de
273 água em local inadequado. A diretora-substituta do DEVIT/SVS/MS explicou que a Sala Nacional
274 publicou quatro diretrizes nacionais, uma delas relacionada a saneamento básico e esses documentos
275 estão disponíveis no site do Ministério da Saúde. Disse que representantes do CNS estiveram na Sala
276 Nacional e manifestou satisfação com a possibilidade de dar continuidade a essa parceria. Conselheiro
277 **Neilton Araújo de Oliveira** disse que na próxima reunião serão apresentados dados mais específicos
278 sobre assistência e pesquisa. Conselheira **Liu Leal** solicitou que fosse disponibilizado documento
279 formal com os dados. Dada a presença do Ministro de Estado da Saúde, a mesa definiu que os
280 encaminhamentos deste item de pauta seriam sistematizados posteriormente. **ITEM 2 – BALANÇO DA**
281 **GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE JUNHO A SETEMBRO DE 2016** - **Coordenação:**
282 conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; e conselheiro **Neilton Araújo de**
283 **Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:** **Ricardo Barros**, Ministro de Estado da Saúde.
284 Composta a mesa, o Ministro **Ricardo Barros** iniciou sua fala cumprimentando os presentes e os que
285 acompanhavam a reunião. Primeiro, fez uma explanação sobre as novas ações de gestão para a
286 melhoria da saúde pública. Começou explicando que reforma administrativa no Ministério da Saúde,
287 FIOCRUZ e FUNASA resultou na extinção de 417 cargos (DAS e FG), gerando economia de R\$ 12,5
288 milhões/ano. Além isso, 335 cargos DAS de livre nomeação foram extintos, 144 a mais do que o
289 determinado pelo Decreto 8.785/2016; 82 funções gratificadas extintas; e 908 DAS transformados em
290 Função Comissionada do Poder Executivo, conforme a Medida Provisória nº. 731/2016. Cargos só
291 poderão ser ocupados por servidores. Também explicou que houve redução média de 33% em
292 despesas de aluguel e serviços gerais, resultando na economia de R\$ 52,2 milhões/ano, além de
293 revisão de 29 contratos (o valor passou de R\$ 158,6 milhões para R\$ 106,4 milhões) e revisão de 38
294 contratos de informática, com economia de R\$ 80,8 milhões/ano. Reiterou que foram editadas as
295 Portarias nºs 664 e 665 determinando a utilização de softwares disponíveis no Portal do Software
296 Público de acordo com as necessidades do MS. Também disse que foi feita negociação na compra de
297 medicamentos, vacinas e insumos estratégicos que gerou economia de até 39% na aquisição de
298 medicamentos. Dos 33 contratos negociados, nenhum teve reajuste de inflação do setor, de 12,5%
299 (IPCA Farma). Nas negociações em real (R\$), disse que o Ministério obteve desconto médio de 7% no
300 valor unitário. Nas negociações em US\$ (em dólares) os descontos foram ainda maiores, de 17% na

301 unidade. Com essas medidas adotadas, disse que foi possível alcançar a eficiência em gestão de R\$
302 1,059 bilhão em cem dias. Das medidas adotadas, citou como exemplo: CARTA SUS - substituição da
303 carta impressa por meio eletrônico – economia de R\$ 17,0 milhões; e medicamentos e insumos -
304 revisão de 33 contratos de aquisição gerando economia de R\$ 449,0 milhões. Também destacou a
305 revisão dos contratos de radioterapia que gerou economia de R\$ 25 milhões em 2016. Em 2014, o
306 Ministério da Saúde licitou a compra de 80 aceleradores no valor de US\$ 600 mil. O Ministério revisou
307 39 convênios que previam a compra de aceleradores no valor médio de US\$ 1,5 milhão, resultando em
308 economia superior a 50% do valor. Destacou que os recursos gerados da economia foram aplicados da
309 seguinte forma: habilitação de 99 UPAS que estavam funcionando sem o cofinanciamento federal.
310 Agora receberão R\$ 182 milhões por ano; 1.401 serviços de saúde em 216 santas casas e hospitais
311 filantrópicos sem o cofinanciamento federal - agora receberão R\$ 372 milhões por ano; incentivo à
312 indústria nacional, com a produção no Brasil da vacina meningocócica, fortalecendo a autossuficiência
313 do país. Valor: R\$ 227 milhões; aquisição de 7,4 milhões de unidades a mais de medicamentos, no
314 valor de R\$ 222 milhões. Exemplo: O tratamento da Hepatite C, com o mesmo valor gasto em 2015
315 para tratar 24 mil pessoas atenderá 35 mil pacientes. No que se refere aos serviços habilitados das
316 Santas Casas e filantrópicas, destacou: leitos hospitalares: 978; leitos de UTI: 236; e Rede de
317 Oncologia: 10. Disse que as santas casas tiveram outros incentivos, destacando: em parceria com a
318 Caixa Econômica Federal, renegociação do Caixa Hospitais. As instituições terão 6 meses de carência
319 e o financiamento passa de 84 meses para 120 meses; apoio do PROADI para a execução dos planos
320 de reestruturação das entidades filantrópicas; força-tarefa para a regularização do certificado de
321 filantropia, que garante incentivos fiscais para os hospitais. Já foram analisados 470 processos e outros
322 1.900 serão avaliados até dezembro (CEBAS); e pagamento de valores de emendas represadas:
323 liberação de R\$ 141,1 milhões dos anos de 2014 e 2015 para 255 instituições. Também falou sobre o
324 financiamento público compartilhado, salientando 43% de recursos federais, 25% estadual e 30%.
325 Salientou que foram investidos R\$ 232 bilhões no SUS em 2015 pelos três entes da federação.
326 Detalhou a composição do setor saúde no Brasil, destacando que os gastos públicos responderam por
327 45% do financiamento da saúde e o setor privado por 55%. Segundo, fez uma abordagem sobre as
328 ações do Ministério da Saúde. No que se refere ao orçamento da saúde, salientou que, em 2016, foram
329 R\$ 6,3 bilhões descontingenciados, o que garante o pagamento dos compromissos assumidos para o
330 funcionamento do SUS; e pagamentos de estados e municípios em dia. Em três anos, será a primeira
331 vez que Média e Alta Complexidade (internação, cirurgias, exames etc) terá orçamento e financeiro
332 para pagamento integral. Em 2017, R\$ 115 bilhões, sendo R\$ 1,7 bilhão a mais do que o mínimo
333 constitucional. Ainda serão acrescidos, no mínimo, R\$ 4,6 bilhões em emendas parlamentares.
334 Também falou sobre a PEC 241, explicando que define teto para todos os gastos do poder público
335 federal; a saúde e educação não terão redução de recursos; e as demais áreas deverão ajustar-se.
336 Segundo nas ações prioritárias, destacou o transporte de órgãos pela FAB, salientando o crescimento
337 de 1.000%. Explicou que, em junho, o Presidente Michel Temer determinou que a FAB mantenha
338 aeronave à disposição para qualquer chamado de transporte de órgãos, tecidos e equipes. Os
339 ministérios da Saúde e Defesa (Comando da Aeronáutica) assinaram em agosto Termo de Execução
340 Descentralizado (TED) de R\$ 5 milhões. A medida visa ressarcir a Força Aérea Brasileira (FAB) dos
341 voos realizados para transporte de órgãos em todo o Brasil. Até setembro, 66 órgãos foram
342 transportados pela FAB. No que se refere ao combate ao *Aedes aegypti*, destacou: R\$ 65 milhões para
343 pesquisas sobre o Zika vírus e doenças correlacionadas (MCTIC, Saúde e Educação). Resultado do
344 edital deve sair até o final de outubro; destinação de R\$ 100 milhões para a terceira fase da pesquisa
345 clínica da vacina contra a dengue (Butantan/R\$ 66,7 milhões entre maio e setembro) e R\$ 10,4 milhões
346 no desenvolvimento de vacina contra o vírus Zika entre a Fiocruz e o *National Institutes of Health*; teste
347 fase 2 da vacina contra Zika (Evandro Chagas e Universidade do Texas); validação do teste rápido
348 contra Zika (Bahiafarma); realização de pilotos para teste da bactéria Wolbachia, que inibe a
349 transmissão de vírus pelo *Aedes aegypti* (Fiocruz) – R\$ 12 milhões; compra de repelentes para
350 gestantes do Bolsa Família (valor da aquisição será de R\$ 300 milhões/ano. Pregão já publicado).
351 Salientou os compromissos cumpridos com as entidades olímpicas - Zika Zero, lembrando que nenhum
352 atleta pegou Zika durante as olimpíadas do Rio de Janeiro. Destacou ainda a ampliação e atualização
353 dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e informou que a equipe de revisão de protocolos
354 clínicos foi dobrada. Detalhou que o objetivo é modernizar os tratamentos e incorporar novas
355 tecnologias, sem aumento de custo, mas com oferta de um tratamento mais efetivo: 10 Protocolos
356 Clínicos de Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) passaram pela etapa de consulta pública e estão em
357 análise pela CONITEC e mais dois devem entrar em consulta em outubro. Estão na lista das primeiras
358 atualizações os protocolos de atendimento e tratamento contra hepatite B, anemia para doenças renais
359 crônicas e doença falciforme. A intenção é encontrar o melhor tratamento para a população com o
360 menor custo, assim como foi feito em relação à AIDS. No que se refere à judicialização, falou sobre o
361 apoio aos magistrados, com assinatura de Termo de Cooperação Técnica com CNJ para fornecer
362 estudos e pareceres com evidências científicas aos juízes e investimento de R\$ 15 milhões para a

363 construção da base de dados (PROADI/hospital Sírio Libanês). Na linha da informação do SUS como
364 prioridade, destacou a ação de integrar o controle das ações para melhor atendimento ao cidadão e
365 permitir a correta aplicação dos recursos públicos. Explicou que em 60 dias todos os municípios
366 brasileiros devem adotar prontuário eletrônico no atendimento ao paciente. O pagamento do PAB
367 Variável (Portaria nº2488 de 2011) fica condicionado à implantação do prontuário eletrônico e
368 integração das informações. Pode ser o sistema do Ministério da Saúde (E-SUS AB) ou um próprio,
369 desde que transmita informações à rede nacional. Disse que o Ministério oferecerá apoio de
370 conectividade para os municípios que necessitarem. Na linha da qualificação permanente, destacou:
371 550.080 profissionais de saúde estão em treinamento à distância (UNA-SUS); 15.061 profissionais
372 estão em treinamento pelo PROADI nas áreas de pesquisas clínica, preceptoria, transplante, entre
373 outros; realização de seminário para definir prioridades no treinamento de profissionais que atendem a
374 rede pública; e realização de seminário sobre Telemedicina e Telediagnóstico no dia 5 de outubro. Na
375 linha da promoção à saúde e prevenção de doenças (segunda prioridade da gestão do MS), destacou a
376 redução de 14,8 mil toneladas de sódio nos alimentos processados e início da discussão sobre redução
377 de açúcar (MS/Abia). Além disso, comunicou que o Brasil sediou reunião internacional para discutir
378 nutrição na infância, com presença da OMS. Destacou a Portaria que disciplina os investimentos do
379 Ministério da Saúde em alimentação saudável e avanço na negociação sobre rotulagem de alimentos
380 na reunião de Ministros do Mercosul. Destacou ainda o acordo para tratar sobre qualidade da
381 alimentação nas escolas e foi estabelecido protocolo de alimentação saudável do Ministério da Saúde
382 (eventos do MS com alimentação deverá seguir o protocolo saudável – a proposta é estender a todas
383 as alimentações pagas com recursos públicos). Disse ainda que foram realizadas mais de 700
384 audiências, incluindo todos os setores (médicos, entidades representativas, servidores e academia).
385 Falou ainda sobre o Pronon e Pronas destacando os R\$ 92 milhões em incentivos fiscais a projetos
386 destinados a serviços e pesquisa nas áreas oncológicas e da pessoa com deficiência. Em relação a
387 HIV/AIDS, citou a incorporação do dolutegravir que é considerado o melhor antirretroviral e substitui o
388 efavirenz para pacientes que iniciam terapia. Salientou a manutenção do Programa Mais Médicos com
389 renovação da cooperação com a OPAS por mais três anos e ressaltou que a meta é repor 4 mil
390 profissionais até o final do ano. Falou da intenção de garantir maior participação de brasileiros e
391 comunicou que as vagas dos cooperados serão oferecidas em editais. A meta é chegar a 4.000
392 substituições por brasileiros em três anos. Também disse que foi feito reajuste da bolsa-formação, o
393 valor passa de R\$ 10.570 para R\$ 11.520, um reajuste de 9% a partir de janeiro. Será anual,
394 observando a inflação do período. Explicou que no dia 31 de julho havia R\$ 3,2 bilhões em serviços
395 funcionando ou prontos para funcionar dependendo do financiamento do MS. No caso das UPAs,
396 explicou que foi liberado recurso oriundo da economia. Disse que foram R\$ 372 milhões para
397 filantrópicos. No caso do MAC, disse que está sendo feita revisão e será estabelecido critério. Sobre a
398 radioterapia, disse que a intenção é acabar com os vazios assistenciais e com a replicação de serviços.
399 Disse que são 2.698 serviços do SUS que estão sendo realizados sem a contrapartida do governo
400 federal. Concluída essa primeira parte, fez uma exposição sobre o Sistema E-SUS Atenção Básica –
401 ESUS AB, anunciado em entrevista coletiva. Explicou que a informatização, prioridade do MS, está
402 adiantada e citou a conclusão da infraestrutura do cartão SUS que começará a funcionar em dezembro
403 de 2016. Explicou que está debatendo com as empresas que desenvolveram sistemas de
404 gerenciamento em saúde, com expertise para fazer gestão qualificada de saúde, para que
405 disponibilizem gratuitamente os sistemas desenvolvidos no Portal Público do SUS. Com isso, o
406 Ministério oferta a Estados, Municípios, prestadores, sem custo, sistemas avançados de controle que
407 possibilitam economia e qualidade. Salientou que o desafio é saber, *on line*, como é investido cada real
408 do SUS na saúde dos brasileiros. Listou ações realizadas na linha de sistemas de informação mais
409 práticos, destacando a implantação do Conjunto Mínimo de Dados (CMD), que unificou nove sistemas
410 de informação em um. Ainda nas ações realizadas, destacou a informação segura para identificação do
411 paciente por biometria. Trata-se de uma parceria com o Tribunal Superior Eleitoral (TSE) irá
412 proporcionar maior segurança no registro e acesso de informações dos cidadãos e contribuirá para
413 evitar fraudes. Também destacou a tramitação de documentos 100% digital, mais rápida e segura. Ou
414 seja, Adoção do Sistema Eletrônico de Informações (SEI), com módulos e funcionalidades que
415 promovem a eficiência na administração. Também destacou a integração das informações da Atenção
416 Básica – E-SUS AB, Sistema integrado para saber como estão sendo realizadas as ações de saúde no
417 país. Para tanto, as Unidades de saúde deverão ter prontuário eletrônico. Em 60 dias, todos os
418 municípios brasileiros devem adotar prontuário eletrônico no atendimento ao paciente. Pode ser o
419 sistema do Ministério da Saúde (e-SUS AB) ou um próprio, desde que transmita informações à rede
420 nacional. O pagamento do PAB Variável (Portaria nº 2.488 de 2011) fica condicionado à implantação do
421 prontuário eletrônico e integração das informações. Explicou que os Municípios vão utilizar
422 infraestrutura existente para integrar informações e o Ministério oferecerá apoio de conectividade para
423 os municípios que necessitarem. Explicou que desde 2014, o Ministério da Saúde repassava R\$ 603,38
424 mensais para conectar 12 mil unidades básicas de saúde. A conexão chegou a 8 mil unidades, mas só

4.800 enviavam dados ao Ministério da Saúde. Destacou também a oferta de Prontuário Eletrônico mais moderno, Sistema que permite o acompanhamento do histórico médico do paciente em todas as Unidades Básicas de Saúde da rede municipal. Explicou que a Versão 2.1 do e-SUS AB, plataforma oferecida pelo Ministério da Saúde, permite gravar e acessar as seguintes informações: detalhamento da consulta e diagnóstico; medicamentos prescritos; procedimentos realizados; resultado de exames; e evolução do paciente. Disse que a nova plataforma permite integração com outros sistemas de gestão e o profissional poderá consultar disponibilidade de medicamentos e os registros de acompanhamento do paciente podem ser feitos até por tablets. Falou ainda sobre o cuidado especial com as crianças e as síndromes causadas pelo vírus zika e destacou que o Sistema possui módulo de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança. Gráficos de acompanhamento da criança: peso por idade; estatura por idade; e perímetro Cefálico por idade. Explicou que o Sistema traz benefícios para o paciente e para os gestores, uma vez que: agiliza o atendimento ao cidadão; concentra dados e histórico do paciente, que poderão ser acessadas por todas os serviços de saúde local; qualifica e optimiza a consulta recebida; redução de custos, evitando, por exemplo, duplicidades de exames e retirada de medicamentos em duplicidade; gera indicadores de produção; e a ferramenta auxilia na fiscalização e controle de fraudes. Falou sobre a situação nacional, explicando que são 41,6 mil UBS no país, em 5.506 municípios. Desse total, 10.134 UBS utilizam prontuário eletrônico em 1.920 municípios (106,98 milhões de pessoas): 2.902 UBS utilizam o Prontuário Eletrônico do Ministério da Saúde; 7.232 UBS adotam sistemas próprios ou privados; e 31,5 mil não utilizam meio eletrônico para transmitir dados para a base nacional. Disse que o **cidadão será fiscal do SUS, ou seja, o** cidadão poderá acompanhar o que está sendo lançado em seu nome (atendimento, pedidos de exame, receita de medicamentos e encaminhamento para especialistas) e, se identificado alguma irregularidade, deve ligar no **136**. Por fim, mostrou imagem que mostra a integração dos sistemas de informação. Concluída a apresentação, disse que outras novidades seriam apresentadas na linha de alcançar as metas estabelecidas. Também aproveitou para registrar que o Ministério da Saúde é solidário do “Outubro Rosa” e está trabalhando na prevenção do câncer. Destacou o esforço para ampliar os serviços de radioterapia, estruturar o sistema e cumprir a “Lei dos 60 dias”. **Manifestações**. Conselheira **Lorena Baía** disse que é preciso avaliar a qualidade da economia de até 39% na aquisição de medicamentos e verificar se repercutiu na ampliação do acesso da população aos medicamentos e à assistência farmacêutica. Nessa linha, perguntou quais as contratações de medicamentos na atual gestão que geraram essa economia e onde o recurso foi realocado (na assistência farmacêutica?). Também quis saber se está prevista a ampliação do acesso das gestantes a repelentes além daquelas que estão contemplada no Programa Bolsa Família. Por fim, solicitou esclarecimentos sobre a suspensão da renovação dos contratos do Programa “Aqui tem farmácia popular”. Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** cumprimentou o Ministro da Saúde e saudou a iniciativa de incluir novo medicamento para tratamento AIDS, mas lembrou que o Movimento luta pela inclusão de outros medicamentos como o truvada. Também perguntou o que pode ser feito para modificar a lógica da pactuação local e resolver os vazios assistenciais. Conselheiro **Antônio Muniz da Silva** saudou o Ministro da Saúde pelas iniciativas que geraram economia e perguntou as ações deste Ministério voltadas às crianças com microcefalia. Também quis saber se está prevista nova versão do Plano Viver sem Limites ou iniciativa semelhante, inclusive com o envolvimento do Ministério da Justiça. Conselheira **Maria do Socorro Bezerra Mateus** fez os seguintes questionamentos: com a reforma administrativa apresentada, como fica a estrutura dos núcleos estaduais do Ministério da Saúde, especificamente das divisões e serviços de auditorias do DENASUS nos Estados? Que ações estão previstas para fortalecer o Departamento no que se refere à recomposição da força de trabalho, estrutura e campo de atuação considerando as atribuições legais e os novos desafios trazidos pela Lei n.º 13.328/16 (DENASUS como órgão do sistema de controle interno do Poder Executivo). Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** reconheceu alguns avanços, mas sentiu falta do olhar sobre o cuidado para além das finanças e da gestão. Destacou a ação de apoio às filantrópicas e perguntou sobre as ações de apoio aos hospitais públicos estaduais e federais. Também quis saber se o Programa mais Especialidades será implementado e indagou se o problema da conectividade foi resolvido a ponto de implantar o E-SUS. Por fim, perguntou qual a relação do E-SUS com o Hórus e se o usuário do Sistema poderá verificar no E-SUS a previsão do seu atendimento. Conselheiro **Rildo Mendes** destacou a preocupação do movimento indígena como os rumos da saúde indígena no próximo ano e registrou a posição contrária à proposta de execução plena dos serviços por Organizações Sociais. Frisou que o movimento defende o fortalecimento da SESAI/CNS e da gestão dos DSEIS. Como saída mais urgente, explicou que o movimento indígena defende a renovação com a ONG da forma como está. Por fim, perguntou como a SESAI será incluída no debate sobre o Prontuário Eletrônico da Atenção Básica. Conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto** avaliou que a economia é louvável mas manifestou preocupação com a mudança de modelo – recurso oriundo da economia foi utilizado para assistência farmacêutica e hospitais filantrópicos e não na atenção básica. Também perguntou quais foram os critérios para habilitação das 99 UPAS. Manifestou preocupação com a comunicação por e-mail lembrando que o

487 acesso a internet não é universal. Também disse que é preciso considerar a realidade dos municípios
488 no que se refere à conectividade. Sobre a inadimplência, explicou que na área de saúde mental a
489 preocupação refere-se aos equipamentos que aguardam habilitação. Sobre o Programa de combate ao
490 Crack, destacou a segunda e terceira parcela para concluir a construção dos CAPS AD, 24H e
491 acolhimento. Sobre a participação de médicos brasileiros no Programa mais Médicos, destacou que é
492 preciso garantir que as instituições de ensino superior formem médicos para o SUS. Conselheiro **Breno**
493 **Monteiro** recebeu com entusiasmo a notícia de garantia do pagamento do MAC no fim de 2016 e
494 desejou que o Ministro da Saúde tenha êxito nos projetos, com destaque para a implantação do cartão
495 SUS e inversão da lógica (serviço para pronto e só depois iniciar o processo de habilitação dos
496 serviços). Conselheiro **Edmundo Omoré** saudou o ministro pela iniciativa de dar transparência às
497 ações da sua gestão e perguntou se as iniciativas de extinção de DAS afetaram os 34 Distritos
498 Sanitários de Saúde Indígena. Também frisou que a COIAB é contra a atuação de OSs na saúde
499 indígena, porque a experiência não foi positiva. Por fim, solicitou audiência com as lideranças indígenas
500 xavantes para tratar sobre as questões indígenas e frisou que sua representação deseja contribuir com
501 a gestão do Ministério. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** cumprimentou as iniciativas da atual
502 de gestão voltadas à correção de gastos indevidos, todavia, ponderou que é preciso entender a lógica
503 que leva a essa economia drástica sem prejuízo à prestação dos serviços à população. Além disso,
504 salientou a necessidade de disponibilizar as informações detalhadas dessas iniciativas ao CNS para
505 avaliação do controle social. Também perguntou se o MS irá destinar recursos para manter as vagas
506 para residência multidisciplinar e ampliá-las. Conselheira **Liu Leal** avaliou que essa redução terá
507 impacto assistencial na saúde e perguntou qual é o modelo de atenção adotado pelo atual governo.
508 Manifestou preocupação com o “enxugamento” da gestão, porque afeta a condução de políticas
509 estratégicas como aquelas para populações específicas (negra, quilombola, indígena) na linha da
510 equidade e da universalidade. Também solicitou maiores informações sobre o estímulo para os
511 hospitais públicos, de gestão direta a despeito dos recursos destinados às filantrópicas. Falou sobre o
512 repasse financeiro para os municípios explicando que foi suspenso o custeio de banda larga para esses
513 entes, o que traz graves problemas e pode prejudicar a população assistida. Por fim, destacou que o
514 entendimento do governo que “o orçamento da saúde precisa ser congelado” e o não entendimento do
515 que é epidemiologia e do que é necessidade social representa grave problema para o orçamento da
516 saúde. Conselheira **Sônia Maria Feitosa Brito Cadastro** cumprimentou a mesa e solicitou que o
517 cadastro virtual contemple os quesitos de gênero e raça. Também solicitou que repelentes também
518 sejam disponibilizados para a população quilombola e de trabalhadores rurais. Conselheiro **João**
519 **Donizeti Scaboli** cumprimentou o Ministro da Saúde pelas iniciativas voltadas à promoção e prevenção
520 por entender que esse é o caminho a seguir. Também saudou a iniciativa de normatização da
521 concentração de sódio nos produtos alimentícios. Conselheiro **Nelson Mussolini** saudou o Ministro da
522 Saúde pelas ações e pelos resultados alcançados. Frisou que defende mais recursos para o SUS, mas
523 antes é preciso demonstrar que há uma gestão séria e comprometida com a população e com o
524 dinheiro que vem de cada um. Além disso, reiterou que se deve priorizar ações preventivas na área da
525 saúde, como uso correto de medicamentos, ações curativas, pois aquelas são mais baratas, mais
526 eficazes e possibilitam qualidade de vida para as pessoas. Conselheiro **Carlos Andrade** cumprimentou
527 o Ministro da Saúde pelo planejamento estratégico na área de informática, tendo em vista a importância
528 da informação para definição de políticas. Colocou a rede de farmácias à disposição para fazer chegar
529 o medicamento a quem precisa. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** manifestou
530 preocupação com a prioridade da atual gestão à atenção especializada/alta complexidade e frisou que
531 investir em informatização do Sistema não resolve os problemas estruturais da atenção básica.
532 Concordou que é preciso ter preocupação com a expansão dos serviços já existentes em detrimento da
533 criação de novos. Sobre a formação para o SUS, ressaltou a preocupação com o foco na Medicina,
534 esquecendo os demais profissionais da área da saúde. Por fim, registrou preocupação com a denúncia
535 que somente médicos peritos do INSS poderão fazer avaliação e prescrição de órteses, próteses e
536 equipamentos, contrariando a lógica do trabalho multiprofissional. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
537 **Santos**, Presidente do CNS, saudou o Ministro da Saúde e sua equipe pelo desenvolvimento de
538 importantes políticas para a estruturação do SUS. Todavia, questionou o ministro sobre o debate do
539 STF e do Congresso Nacional sobre “quanto vale uma vida?”. Frisou que não há preço para a vida e o
540 Estado deve organizar-se a partir dessa premissa para garantir a proteção da vida com os recursos
541 necessários. Salientou que naquele momento se debatia no Congresso Nacional o congelamento dos
542 recursos para a saúde nos próximos 20 anos (redução de R\$ 420 bilhões para o SUS). Assim,
543 perguntou como garantir o estabelecido na Constituição Federal com esse cenário. **Retorno da mesa**.
544 O Ministro de Estado da Saúde respondeu um a um os questionamentos dos conselheiros. Primeiro,
545 esclareceu que o Ministério da Saúde adquiriu os mesmos medicamentos com preço muito menor;
546 foram comprados mais medicamentos (7,4 milhões unidades a mais); e não houve substituição de
547 medicamentos. Ao contrário, houve ampliação de acesso e qualidade da economia. Sobre os
548 repelentes, explicou que foi destinado recurso para o público contemplado no Programa Bolsa Família.

549 Sobre a renovação dos convênios do Farmácia Popular, informou que autorizou, no dia anterior, a
550 recontratação da Caixa Econômica Federal (custo de R\$ 1,4 milhão/mês) para gerenciamento do
551 Programa. A propósito, informou que as auditorias do DENASUS apontaram 40% de desconformidade
552 e solicitou a contribuição para garantir a manutenção do Programa com eficiência, transparência e
553 qualidade. Explicou que é possível importar medicamentos paralelos, mas o Ministério é contra a
554 importação sem o aval da ANVISA. Lembrou que o voto da Ministra Carmem Lúcia indicou que o
555 Supremo deveria avaliar a eficácia e o financiamento. Reiterou que o Supremo definirá “se o SUS é
556 tudo para todos, indistintamente”, portanto, uma tarefa impossível de ser realizada, ou “se o SUS é tudo
557 que está disponível no Sistema para todos os brasileiros”. Frisou que o governo/Estado é um meio
558 entre o cidadão que paga imposto e o que recebe a assistência e há um limite a ser considerado nesse
559 processo – capacidade contributiva do cidadão. Disse que o STF tem a tarefa de harmonizar direitos
560 constitucionais conflitantes e cabe ao Ministério implementar a decisão do Supremo, independente de
561 qual seja. Sobre medicamento biossimilar, disse que é diferente de medicamentos equivalentes e
562 similares, pois exige todos os testes de eficácia em todas as fases. A respeito dos vazios assistenciais,
563 disse que é responsabilidade da gestão e salientou que as instâncias estão tomando as decisões sem
564 avaliar a regionalização. Sobre as ações voltadas a pessoas com deficiência, disse que várias ações
565 estão em tramitação e aguardam recursos para serem implementadas. Sobre microcefalia, apresentou
566 os seguintes dados: 3.700 crianças estão sendo acompanhadas; 1.800 casos confirmados, 1.100
567 crianças recebem benefício de prestação continuada; 4 mil NASF no Brasil possuem, no mínimo, um
568 profissional da área de estimulação precoce; e 30 mil profissionais foram qualificados na UNASUS para
569 estimulação precoce das crianças com microcefalia e acolhimento das famílias. Sobre os núcleos
570 estaduais, disse que será emitida portaria hierarquizando e definindo função para cada Núcleo,
571 estabelecendo responsabilidade de informação e acompanhamento. Também esclareceu que o
572 Ministério investirá R\$ 426 milhões no Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários
573 Federais - REUF em 2016. Detalhou o orçamento dos hospitais federais, explicando que o GHC/RS
574 recebe R\$ 1,3 bilhão/ano e os hospitais do Rio de Janeiro R\$ 3,2 bilhões. Todavia, lembrou que não é
575 tarefa do governo federal ter hospital, assim, solicitou que Estados e Municípios assumam essa
576 unidade de gestão e incorporem na política de atendimento. Explicou ainda que está chamando a
577 sociedade de especialistas para tratar dos protocolos, entendendo ser uma boa medida para o SUS.
578 Disse que o Programa Mais Especialidades ainda é uma questão que carece de solução. Sobre o E-
579 SUS, reiterou que os municípios brasileiros devem adotar prontuário eletrônico no atendimento ao
580 paciente em 60 dias e aqueles não puderem terão que justificar sob o risco de ter suspenso o repasse
581 dos recursos do PAB Variável. Ao receber as informações, será possível fazer diagnóstico e apoiar o
582 Ministério das Comunicações na definição de ações necessárias. Acrescentou que o Sistema Hórus é
583 um dos elementos de estruturação do Cartão SUS. Informou ainda que esteve na reunião com
584 representantes dos 34 Distritos Indígenas e foi definido que as representações indígenas debateriam e
585 trariam a ele o resultado da discussão sobre as propostas para essa população. Disse que as
586 representações indígenas serão chamadas a debater e clarificou que o Ministério precisa cumprir
587 decisão judicial na área da saúde indígena - concursar todos os profissionais. Considerando a
588 impossibilidade de atender a demanda dos indígenas no modelo de concurso público, explicou que está
589 tentando encontrar solução e a proposta é a contratação de OS ou ONG vinculada à universidade, com
590 suporte necessário para apresentar proposta de atendimento na saúde indígena. Disse que a Fundação
591 Kaiuwá está em desconformidade em vários Estados e é preciso resolver as irregularidades no
592 Sistema. Destacou que está sempre disposto ao diálogo e, inclusive, recebeu lideranças indígenas por
593 diversas vezes. Sobre o custeio das UPAs, disse que será publicada portaria flexibilizando o custeio
594 pactuado para as Unidades. Disse que encontrará solução para o funcionamento e os prefeitos poderão
595 coloca-las em funcionamento. Destacou que as ações definidas estão voltadas para melhorar a
596 qualidade da atenção básica – Telemedicina, E-SUS, estruturação, 36 mil obras em andamento - a
597 maioria UBS, academia da saúde, UPAS. Disse que a informatização da saúde será uma realidade e,
598 acerca de equipamentos, reconheceu que há equipamentos comprados e não instalados e está
599 tentando fazer o levantamento. Acrescentou que as ambulâncias terão rastreadores para controle.
600 Sobre o Programa Crack, disse que está em andamento o pagamento das parcelas dos CAPs e outras
601 estruturas que atem a saúde mental. Em relação ao Programa mais Médicos, disse que dará
602 continuidade e o desafio é garantir a participação de mais médicos brasileiros. Destacou que está
603 debatendo com o Conselho de Residência Médica para encontrar solução e dar continuidade à política.
604 Ressaltou que é interesse desse Ministério que os profissionais médicos sejam bem formados e
605 qualificados porque, além de contribuir para melhoria do atendimento, irá gerar economia para o
606 Sistema. Informou que os 34 DSEIs serão atendidos pelo pacote de modernização e integrados no
607 Sistema. Esclareceu que não houve cortes nos DASs dos DSEIS e serão indicados três servidores
608 concursados para cada Distrito com a finalidade de chefiar a estrutura. Também disse que a audiência
609 com a representação dos xavantes poderia ser marcada com seu chefe de gabinete. Reiterou que a
610 economia é de qualidade e destacou que seria feita ação no GHC para acabar com a indústria de ação

611 trabalhista na unidade. Informou ainda que o edital da residência multidisciplinar seria publicado no dia
612 seguinte. Sobre a LOA, lembrou que é votada por parlamentares e avaliou que a Frente Parlamentar da
613 Saúde não deixará passar no Congresso proposta que diminua recursos da saúde. Frisou que o
614 Congresso não votará lei que não garanta recursos necessários para a saúde. Disse que será
615 destinado recurso para as filantrópicas, porque respondem por mais de 50% dos atendimentos do SUS.
616 Explicou também que em 2016 foi pago R\$ 426 milhões para reestruturação dos hospitais
617 universitários e foram repassados R\$ 78 bilhões a Estados e Municípios para ação descentralizada de
618 estruturação dos hospitais públicos. Destacou que o quesito “gênero e raça” está contemplado nos
619 sistemas E-SUS e CMD – Conjunto Mínimo de Dados. Disse que foi realizada campanha de
620 multivacinação, tentando manter a caderneta vacinal regularizada. Destacou que foi possível reduzir
621 sódio nos alimentos processados e está em discussão com a indústria a redução de açúcar. Salientou
622 que está negociando com laboratórios públicos e privados para assegurar a compra de produtos com
623 menor preço possível. Ressaltou que as ações de prevenção são prioritárias e está sendo desenvolvido
624 trabalho nesse sentido. Também solicitou o apoio para verificação das desconformidades do Programa
625 aqui tem Farmácia. Reconheceu que existe distorção, pois o gasto é maior em alta complexidade e
626 menos que devia na saúde básica. Nesse sentido, destacou que é preciso estruturar para gastar mais
627 na rede básica. Afirmou que não há desatenção na atenção básica e foram disponibilizados recursos
628 solicitados para construção de unidades, reformas e ampliação e equipamentos. Sobre a requalificação
629 da atenção básica, disse que há um Grupo na Tripartite debatendo este tema e será apresentada
630 solução em breve. Ressaltou que as Oss são boa solução, pois apresentam mais efetividade, menor
631 custo e evita desperdícios. Destacou que há boas experiências de OSs como em Goiás e São Paulo,
632 mas reconheceu que há outras ruins. Frisou que saúde não tem preço, mas tem custo e quem paga é o
633 contribuinte brasileiro por meio dos impostos. Ressaltou que o MS irá cumprir a definição do STF,
634 porque não cabe ao Ministério fazer interpretação da lei. Acerca da judicialização, disse que as ações
635 desestruturam o planejado para a saúde, uma vez que desloca o recurso de uma área planejada para
636 uma ação emergencial. Disse que o gasto nessa área tem crescido exponencialmente, em 2012, foram
637 R\$ 120 milhões e hoje é R\$ 1,6 bilhão no Ministério da Saúde. Acrescentou que serão R\$ 7 bilhões de
638 judicialização e a previsão é de R\$ 10 a R\$ 12 bilhões em 2017. Ressaltou que é preciso discutir essa
639 situação sob o risco de não execução das políticas públicas aprovadas em orçamento por conta de
640 decisões judiciais que descolam recurso para outra prioridade. Lembrou que o SUS possui déficit de
641 financiamento desde a sua criação e se convive com essa situação há 28 anos. Assegurou que a PEC
642 241 não congela os recursos da saúde, mas sim define teto global para os gastos públicos do governo.
643 Na prática, a previdência terá crescimento maior que a inflação; saúde e educação não perderão
644 recursos; e outras áreas terão redução para alcançar o teto. Frisou que não há risco de recurso
645 insuficiente para a saúde. O Presidente do CNS agradeceu as explicações do Ministro da Saúde e
646 frisou que o Conselho tem acompanhado o debate sobre o subfinanciamento da saúde e marcado
647 posicionamento. Destacou que os conselheiros têm envidado esforços para acompanhar, opinar e
648 contribuir para atender a demanda do povo brasileiro. Frisou que os encaminhamentos relativos aos
649 itens 2 e 3 serão definidos posteriormente. Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do primeiro
650 dia de reunião. A tarde do segundo dia de reunião ocorreu no Plenário 1 do anexo II da Câmara dos
651 Deputados. Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS, retomou a sessão lembrando
652 que a Câmara dos Deputados é um espaço representativo da democracia participativa. Ressaltou que
653 realizar a reunião do CNS naquele local onde se discutia mudanças na Constituição que impactariam
654 no setor saúde tinha um simbolismo importante considerando o momento que se vive no país. **ITEM 5 –**
655 COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Coordenação:
656 conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador adjunto da COFIN e membro da Mesa Diretora do
657 CNS; e conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Apresentação: **Francisco**
658 **Funcia**, assessor da COFIN/CNS. O assessor da COFIN fez uma explanação sobre a PEC 241, de 15
659 de junho de 2016 e seus prejuízos a fim de reforçar o posicionamento contrário do CNS à proposta. A
660 sua explanação pautou-se no documento “Não à PEC 241. Por uma solução das contas públicas que
661 respeite os direitos sociais”. O documento é o seguinte: “Em junho de 2016, a sociedade brasileira foi
662 surpreendida com o encaminhamento pelo governo federal da PEC 241/2016 à Câmara dos
663 Deputados, que trata do “Novo Regime Fiscal”. Em síntese, essa proposta estabelece um “teto” para as
664 despesas primárias (as financeiras, como juros, continuarão sem nenhum limite) nos níveis pagos em
665 2016 (corrigidos pela variação anual do IPCA) por um período de 20 anos (2017 a 2036). Em
666 04/10/2016, o relator da PEC 241/2016, Deputado Perondi, apresentou texto substitutivo e, para o caso
667 das despesas com saúde, a nova redação estabeleceu um piso diferente daquele fixado pela EC
668 86/2015 a partir de 2017: 15% da RCL de 2017 de R\$ 758,300 bilhões, que resultaria em R\$ 113,745
669 bilhões em 2017; para 2018, esse valor de 2017 seria corrigido pela variação anual do IPCA – base fixa
670 achatada no contexto da recessão dos últimos dois anos que reduziu fortemente a receita pública.
671 Trata-se de um pesado estrangulamento financeiro para o SUS: (i) inviabiliza o aumento dos
672 percentuais de aplicação em ASPS previstos pela PEC 01/2015 já aprovada em primeiro turno na

673 Câmara dos Deputados (seria 19,4% da RCL a partir do 7º ano de vigência; (ii) reduz o piso para ASPS
674 em comparação ao valor estabelecido no PLDO 2017 (despesa empenhada em 2016 corrigida por
675 7,2% que poderia chegar a R\$ 114,6 bilhões); (iii) esse novo piso desvincula a evolução do gasto ao
676 crescimento do PIB nominal e da própria RCL, além de não considerar o crescimento da população e
677 os custos crescentes do setor (magnitude inferior aos valores aplicados nos últimos anos já congelados
678 entre 1,6% e 1,7% do PIB nos últimos anos); (iv) considerando o teto estipulado para o conjunto das
679 despesas primárias, na prática, o piso se tornará de forma impositiva o teto do gasto. Diferentes
680 cenários de perdas calculadas para 2017 se a PEC 241/2016 for aprovada definindo os recursos do
681 SUS federal em **R\$ 113,7 bilhões**: **PERDA DE R\$ 5,5 bilhões**: considerando que as
682 despesas "competência total" de 2014 (empenhadas em 2014 e empenhadas no início de 2015)
683 corrigidas para 2017 seriam de R\$ 119,2 bilhões¹; **PERDA DE R\$ 1,0 bilhão**: considerando a regra
684 aprovada no Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2017, ou seja, o valor empenhado em 2016
685 corrigido pela variação do IPCA, que foi definido pelo Ministro Meirelles em entrevista no dia 04 de
686 outubro em 7,2%; considerando que serão empenhados em ASPS pelo Ministério da Saúde em 2016
687 os R\$ 106,9 bilhões que foram disponibilizados no Decreto 8784, o valor de 2017 não poderia ser
688 inferior a R\$ 114,6 bilhões; **PERDA DE R\$ 5,0 bilhões**: considerando que as despesas empenhadas
689 em 2015 corrigidas para 2017 seriam de R\$ 118,7 bilhões; Aprovada a PEC 241/2016, o texto já
690 aprovado do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2017 (PLDO 2017) será revogado pela
691 mudança constitucional, tornando sem efeito a regra aprovada para o próximo ano. O CNS diz "NÃO" à
692 PEC 241/2016, porque a essência dela é o corte de despesas primárias ao arrepio dos atuais direitos
693 constitucionais para fazer valer o superávit primário nos próximos 20 anos, "corte" este expresso pela
694 lógica da correção dos gastos tão somente pela variação anual do IPCA. Mais uma vez o CNS
695 denuncia que a mudança constitucional na regra de cálculo da aplicação em ASPS trará perdas para o
696 SUS, mas desta vez muito maiores que antes, inclusive porque o "teto" geral de despesas reduzirá as
697 despesas sociais com sérias implicações para as condições de saúde da população nos próximos 20
698 anos. O substitutivo da PEC 241/2016 apresentado pelo relator, Deputado Perondi, representa uma
699 "cortina de fumaça" para encobrir a grande perda bilionária acumulada em **20 anos** para o SUS:
700 **PERDA DE R\$ 135 bilhões**: considerando o cenário retrospectivo, que considera a vigência da PEC
701 241 no período 2003-2015, portanto, em comparação aos valores efetivamente empenhados nesse
702 período, não teriam sido aplicados no SUS o valor R\$ 135 bilhões a preços médios de 2015 (isto é, a
703 perda é muito maior que um ano inteiro empenhado em 2015 e que deverá ser empenhado em 2016; a
704 aplicação apurada nesse período esteve "congelada" em torno de 1,7% do PIB e teria sido reduzida
705 para cerca de 1,1% do PIB no final desse período. **PERDA DE R\$ 434 bilhões**: considerando o cenário
706 prospectivo apresentado na nota conjunta do CONASS e CONASEMS de 05/10/2016, que considera
707 essa perda no período 2017-2036. Para o governo, o principal problema fiscal do Brasil é a vinculação
708 constitucional, que garante a aplicação mínima para a saúde e educação: além de não ser verdade,
709 representa uma ameaça ao bem-estar das famílias e dos trabalhadores, para priorizar o pagamento de
710 juros e amortização da dívida pública. Afinal, o "teto" de despesas representará a deterioração das
711 condições de vida da população, o que significa deterioração das condições de saúde da população
712 pelo conceito da Organização Mundial de Saúde. É uma ilusão acreditar que alguma mudança na PEC
713 241/2016 poderá ser benéfica para a segurança social, assim como não será certamente para a saúde
714 e a educação - essa "fragmentação" inexiste. Se não lutarmos firmemente contra a aprovação da PEC
715 241/2016, perderemos os direitos de cidadania pressupostos na Constituição de 1988. É sempre bom
716 lembrar que cerca de 2/3 dos recursos federais do SUS são transferidos para o financiamento das
717 ações de saúde nos Estados, Distrito Federal e nos Municípios. Portanto, haverá uma grave crise geral
718 de financiamento do SUS com a aprovação da PEC 241/2016. Há alternativas de modo a preservar o
719 interesse da maioria dos duzentos e oito milhões de brasileiros – que teriam seus direitos suprimidos
720 com a aprovação da PEC 241/2016. Por exemplo: rever a renúncia fiscal (gastos tributários), que está
721 projetada acima de R\$ 300 bilhões para os próximos anos; rever a legislação do IR, para criar faixas de
722 rendimentos superiores às atuais com alíquotas mais elevadas (de modo a tributar os que estão no
723 topo da pirâmide social); rever a estrutura tributária, para que se reduza a incidência sobre produção e
724 consumo e aumente a incidência sobre patrimônio, renda e riqueza; rever a isenção da tributação das
725 remessas de lucros e dividendos, criar uma tributação sobre as grandes transações financeiras e sobre
726 as grandes fortunas, bem como aumentar a tributação sobre tabaco, álcool, motocicletas entre outras
727 iniciativas possíveis. Da mesma forma, o CNS defende que, conjuntamente, sejam adotadas medidas
728 para aumentar a qualidade do gasto público em geral, e da saúde em particular, com a adoção de
729 mecanismos de gestão mais eficientes que, em última instância, requerem recursos para a
730 modernização tecnológica para esse fim de modo a dar conta de um país com dimensão continental e
731 fortes desigualdades regionais. No caso do SUS, é preciso também garantir que os recursos adicionais

¹ Valor da despesa competência 2014 de R\$ 113,7 bilhões corrigido pela variação do IPCA de 4,8% apresentada no Projeto de Lei Orçamentária de 2017 (PLOA 2017).

732 sejam destinados para a mudança do modelo de atenção, para que a atenção primária seja a
733 ordenadora do cuidado, e para a valorização dos servidores públicos da saúde, que refletirão na
734 qualidade do atendimento às necessidades de saúde da população. Desta forma, o CNS entende que a
735 PEC 241/2016, se aprovada, aprofundará a atual política econômica recessiva, gerando desemprego,
736 queda de renda e sucateamento das políticas sociais. Portanto defendemos uma mudança da
737 orientação desta política para a promoção do crescimento e da inclusão social, reforçando o papel dos
738 gastos públicos em saúde para impulsionar o desenvolvimento e para reduzir as desigualdades sociais
739 e regionais. **NÃO À RECESSÃO E AO DESEMPREGO! NÃO À PEC 241/2016 QUE LEVARÁ AO**
740 **DESMONTE DO SUS E À REDUÇÃO DE DIREITOS SOCIAIS! O CNS DEFENDE UMA NOVA**
741 **POLÍTICA ECONÔMICA E UMA OUTRA FORMA DE SOLUÇÃO DAS CONTAS PÚBLICAS QUE**
742 **RESPEITE A CONSTITUIÇÃO-CIDADÃ!**" Concluída a apresentação, o Presidente do CNS frisou a
743 importância de as entidades possuírem elementos para contrapor-se à narrativa que "a saúde não será
744 atingida pela PEC 241". Em seguida, abriu a palavra para o Plenário. Nas intervenções foram
745 levantados os seguintes aspectos: é preciso considerar a contradição: crescimento da população e não
746 evolução do orçamento; a proposta não considera o envelhecimento da população e a necessidade de
747 mais recursos para ações de saúde; uma das causas da crise do país é a política de recessão
748 provocada; é importante considerar no debate a complexa situação do país: desemprego, fechamento
749 de lojas; as iniciativas adotadas vão de encontro ao desenvolvimento do Brasil; é preciso fazer esforço
750 para esclarecer a população sobre os prejuízos da proposta e evitar a aprovação; 90 equipamentos
751 aguardam implantação – será assegurado recurso?; o cenário de recessão aumenta o cenário do uso
752 de álcool e outras drogas; é preciso mobilizar a população, principalmente os trabalhadores para lutar
753 contra a PEC; ao contrário do que se afirma, a Proposta acarretará em perdas e prejuízos para a
754 saúde; como garantir as ações diante do nascimento, envelhecimento, entre outras questões e
755 responder às várias epidemias – sífilis, tuberculose, soros e vacinas no SUS?; a intenção é maquiar a
756 perda para os 20 anos – R\$ 433 bilhões de perda para o SUS; é necessário mobilizar a opinião pública
757 e impedir a aprovação da PEC; CONASS e CONASEMS estão juntos contra a aprovação da proposta e
758 é preciso juntar mais forças; a PEC 241 encerra a política de saúde como política de estado e a coloca
759 a mercê dos governos dos Estados; conceito de eficiência não está necessariamente associado a ideia
760 de corte de recursos; a intenção é enfraquecer o SUS e abrir terreno para privatização e
761 mercantilização do Sistema; a proposta visa destruir o SUS – priorizar as condições de vida e ampliar a
762 desigualdade; a intenção da proposta é o desmonte do SUS e do Estado brasileiro. Após o primeiro
763 bloco de intervenções, o Plenário, atendendo à Questão de Ordem, decidiu suspendeu o debate para
764 participar da manifestação em frente ao Plenário onde se discutia a proposta com a finalidade de tentar
765 impedir o avanço da matéria. Além disso, o Plenário compôs uma comissão do CNS para tentar entrar
766 no Plenário 2 e apresentar o posicionamento do Conselho contrário à proposta, mas somente o
767 Presidente do CNS pôde entrar e não teve direito à voz. Retomando, a mesa foi composta para o item 6
768 da pauta. **ITEM 6 – RISCOS EM SAÚDE: A PROTEÇÃO A SAÚDE COMO PARTE ESTRUTURANTE**
769 **DO SUS E A 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE** - Coordenação: conselheiro
770 **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Convidados: **Adeilson Loureiro Cavalcante**,
771 Secretário de Vigilância em Saúde - SVS/MS; **Geraldo Lucchese**, integrante do Grupo Técnico de
772 Vigilância Sanitária - GT VISA/ABRASCO; **Jorge Mesquita Huet Machado**, Fundação Oswaldo Cruz -
773 FIOCRUZ; **Pedro Ivo Sebba Ramalho**, diretor-adjunto da Agência Nacional de Vigilância em Saúde –
774 ANVISA. Iniciando, o Presidente do CNS cumprimentou os convidados e destacou a importância do
775 debate salientou que riscos em saúde é um conceito fundamental para trabalhar promoção e prevenção
776 da saúde e uma das das argumentações para defesa do SUS. Feitas essas considerações, abriu a
777 palavra aos convidados. O diretor-adjunto da ANVISA, **Pedro Ivo Sebba Ramalho**, fez uma
778 abordagem sobre a concepção de vigilância sanitária e caracterização do risco e desafios impostos a
779 partir dessa relação. Começou explicando que a **vigilância sanitária é uma Política de Estado,**
780 **integrante e indissociável do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Citou os seguintes marcos
781 regulatórios: Constituição Federal; Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90); SNVS e
782 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Lei 9.782/99); Plano Plurianual (PPA) e Plano Nacional de
783 Saúde (PNS); e Controle Social do SUS: Conferências e Conselhos de Saúde. detalhou que os
784 **objetivos da Regulação Sanitária são proteção e promoção** da saúde da população e acesso,
785 segurança e qualidade de produtos e serviços. Nos termos da Lei **8.080/90**, a **Vigilância Sanitária é**
786 **um** conjunto de ações capaz de **eliminar, diminuir ou prevenir riscos** à saúde e de intervir nos
787 problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação
788 de serviços de interesse da saúde". A vigilância sanitária abrange "o controle de bens de consumo que,
789 direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da
790 produção ao consumo", e "o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou
791 indiretamente com a saúde". Destacou dois modos de operar da vigilância sanitária: **PROMOVER A**
792 **SAÚDE DA POPULAÇÃO** - Ampliar o acesso a bens e serviços que melhorem a saúde e a qualidade
793 de vida da população; e **proteger a saúde da população** - Minimizar riscos à saúde decorrentes da

794 produção e do consumo de bens e serviços. Discorreu sobre a natureza e objetos da Vigilância
795 Sanitária explicando que pode ser considerada como um subsetor da Saúde Pública que apresenta a
796 sua face mais complexa e Lida com conflito entre capital e saúde ao regular diversos aspectos de
797 produtos, processos, serviços, trabalho e ambiente, atuando em uma grande diversidade de interesses
798 e contradições sociais fundamentais. Apresenta-se como uma área crítica de relações entre Estado e
799 Sociedade. As ações de Vigilância Sanitária constituem tanto uma ação de saúde quanto um
800 instrumento da organização econômica da sociedade. Ressaltou que a Vigilância Sanitária se constitui
801 como sub-campo da Saúde Pública complexo por natureza, onde se cruzam direitos e interesses de
802 vários agentes sociais. Assim, a vigilância sanitária “(...) conforma um campo eminentemente
803 intersetorial, cujo estudo, além dos conhecimentos técnicos específicos acerca dos objetos em que age
804 – medicina, farmácia, enfermagem, nutrição, epidemiologia e direito sanitário, entre outros –, requer a
805 contribuição de disciplinas que não pertencem ao campo da saúde, como, por exemplo, o direito
806 administrativo, o direito comercial, civil e penal, as relações internacionais, os direitos difusos
807 (consumidor), a política tributária, a política industrial, o planejamento, a matemática probabilística, as
808 ciências sociais etc.” (LUCCHESE, Geraldo. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância
809 sanitária no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Escola
810 Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2001. 326 p.). Frisou que as ações de Vigilância
811 Sanitária abrangem cada vez mais categorias de objetos de cuidado, partilhando competências com
812 órgãos e instituições de outros setores que também desenvolvem ações de controle sanitário. Compõe-
813 se de um conjunto de saberes de natureza multidisciplinar e práticas de interferência nas relações
814 sociais produção-consumo para prevenir, diminuir ou eliminar riscos e danos à saúde relacionados com
815 objetos historicamente definidos como de interesse da saúde. Tendo por objeto a proteção e defesa da
816 saúde individual e coletiva, cabe à Vigilância Sanitária desenvolver ações articuladas em políticas
817 públicas voltadas para a crescente qualidade de vida. Salientou que a vigilância sanitária praticamente
818 envolve-se com todos os setores da atividade humana e seu campo de atuação busca identificar o risco
819 sanitário para, ao evitá-lo, proteger a saúde da população”. As ações estão direcionadas à eliminação,
820 prevenção e diminuição de riscos sanitários relacionados ao meio ambiente, produtos, saúde do
821 trabalhador, serviços de saúde e portos, aeroportos e fronteiras. (VECINA NETO, G.; MARQUES, M. C.
822 C.; FIGUEIREDO, A. M. Vigilância sanitária no Brasil. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Orgs.). Tratado de
823 saúde coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro, Ed. HUCITEC/FIOCRUZ, 2006, p. 689). Destacou que a
824 natureza das ações de Vigilância Sanitária é eminentemente preventiva, perpassando todas as práticas
825 médico-sanitárias, da promoção à proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Deve atuar sobre
826 fatores de riscos e danos e seus determinantes associados a produtos, insumos e serviços
827 relacionados com a saúde, com o ambiente e o ambiente do trabalho, com a circulação internacional de
828 transportes, cargas e pessoas. A natureza dessas questões confere às ações do campo da Vigilância
829 Sanitária um caráter universal de certos aspectos das práticas médico-sanitárias necessárias à
830 reprodução e manutenção da vida. Explicou que o mundo atual parece cada vez mais cheio de riscos e
831 perigos, que representam ameaças à saúde do homem, do meio ambiente e às futuras gerações. Os
832 novos padrões na produção e circulação de mercadorias ampliam as possibilidades de distribuição
833 internacional de numerosos riscos difusos à saúde humana e ambiental, envolvendo agentes
834 radiológicos, químicos, biológicos. Isto ameaça a segurança sanitária de países pobres e ricos como o
835 vem demonstrando a experiência internacional recente (“doença da vaca louca”, disseminação de vírus,
836 distribuição de sangue contaminado, acidentes radioativos etc.). Explicou que risco é “Norteador das
837 ações de vigilância sanitária, de definição complexa abrangendo conceitos de várias áreas do
838 conhecimento”. Relativo à probabilidade de ocorrência de eventos adversos na saúde da população,
839 relacionados aos objetos que compõem o espectro de abrangência da ação de vigilância sanitária”
840 (Vecina et al, 2006). Destacou que riscos e danos à saúde relacionados com o consumo de produtos,
841 tecnologias e serviços de interesse sanitário podem ser decorrentes de defeitos ou falhas de
842 fabricação, falhas de diagnóstico, inadequação da prescrição etc., e de ilícitudes intencionais de
843 fabricantes, comerciantes ou prestadores de serviços. Todavia, determinados produtos e serviços já
844 contêm, por si mesmos, um certo grau de risco “intrínseco” ou certa periculosidade, que impõe a
845 observância rigorosa de cuidados na produção, distribuição e uso e na deposição de seus resíduos no
846 ambiente. Com a produção em grande escala e a intensa circulação das mercadorias, os riscos à
847 saúde de produto podem afetar a saúde da população em escala global. Disse que a problematização
848 dos riscos sanitários deve envolver as seguintes perspectivas: 1) complexidade do conhecimento; 2)
849 distribuição desigual do risco; 3) risco e tecnologia (diferenciação e fragmentação); 4) direito social e
850 política de proteção; 5) território e riscos específicos (dimensões sociais, políticas, culturais e
851 econômicas). Destacou tragédias que marcaram a história da Saúde Pública: Anos 1930: nos Estados
852 Unidos, um xarope contendo como solvente uma substância chamada dietilenoglicol provocou cerca de
853 100 mortes; Anos 1960: a tragédia da talidomida em várias partes do mundo (utilizado para enjôos na
854 gestação, provocou o nascimento de milhares de bebês com má-formação congênita); Anos 1980: o
855 acidente radioativo de Goiânia e as mortes em serviço de hemodiálise, em Pernambuco; e Anos 1990:

856 boom de medicamentos falsificados no mercado brasileiro. Disse que, tradicionalmente, a vigilância
857 sanitária se utiliza de um conjunto de instrumentos formais que são consubstanciados em políticas,
858 legislações, normas e técnicas definidas para a estipulação de padrões qualidade e de comportamento
859 de agentes, para verificação por meio de fiscalização. Mas além da legislação sanitária e a fiscalização
860 do seu cumprimento, outros instrumentos podem e devem ser utilizados. Sobre o processo de trabalho
861 da vigilância sanitária, destacou: necessidade de utilizar ferramenta de análise de risco para a tomada
862 de decisão; tendência de se desvincilar da prática da sanção como única forma de atingir resultados
863 da ação fiscalizadora; necessidade de se fomentar parcerias com os agentes regulados para atingir
864 objetivos de defesa da saúde da população; informar, educar e esclarecer como palavras de ordem
865 para a prevenção; e não se furtar, contudo, aos casos em que há necessidade de sanção. Destacou
866 que na sociedade do risco, a produção social da riqueza é acompanhada sistematicamente pela
867 produção social de riscos. O perigo e as incertezas encontram-se desde atividades simples até aquelas
868 complexas de cada aspecto da vida na modernidade. Mas os riscos, hoje, não se referem aos danos
869 potenciais ou produzidos de fato: os riscos são a percepção e a definição culturais que os constituem.
870 Frisou que a moderna sociedade capitalista produz uma dinâmica que tanto acelera a inovação
871 tecnológica de produtos intensivos em conhecimento, quanto amplifica o seu consumo de maneira a
872 que seja cada vez mais desafiador o seu controle para a garantia de segurança. Dessa forma, a
873 disseminação do risco em praticamente todos os objetos na sociedade torna o trabalho em vigilância
874 sanitária uma busca contínua e obstinada de controle totalizante. Em seguida, explanou sobre o tema
875 **Geraldo Lucchese**, integrante do GT VISA/ABRASCO. Começou sua explanação com definições
876 sobre sociedade de risco. Sociedade do Risco (U. Beck, A. Giddens): quantidade e diversidade de
877 tecnologias; circulação de pessoas, veículos, mercadorias; crise ambiental; inovação; competição
878 internacional; e necessidade de regulação; C&T: desvendamento e domínio da natureza; tecnologia
879 molda a economia, a política e o mundo social e cultural; resultados melhores, mas controles e critérios
880 cada vez mais estritos; necessidade de regulação do risco; progresso tecnológico impõe vigilância
881 cada vez maior: sistemas mais complexos e poderosos, regulamentações mais especializadas,
882 gerenciamento mais difícil: dúvidas sobre os limites. Ainda sobre sociedade do Risco, destacou:
883 sociedade planetária de tecnologia de alto risco (H. Jonas) e avanço científico: dúvidas e incertezas.
884 Discorreu sobre o conceito de risco, destacando: o uso corrente sem precisão, presença de
885 perigo/ameaça e significado de dano/agravo/doença; risco – muitas concepções; inerente a todas as
886 coisas da vida - senso comum; sociedade tradicional - normas tradicionais, baseadas em experiências
887 vividas e vínculo com a cultura, território, modo de vida, tradições; sociedade moderna - normas
888 padronizadas baseadas no conhecimento técnico-científico; sistemas-peritos e produção em larga
889 escala – riscos idem; sem vínculos culturais/territoriais. Ainda sobre o conceito de risco: concepção
890 construída; noção central na sociedade moderna - elemento estruturante do sujeito e da sociedade -
891 perigo ou incerteza e ex. seguros, planos de saúde; senso comum; senso estrito – construído na
892 modernidade: estudos toxicológicos, epidemiológicos, uma disciplina científica e riscos mensuráveis x
893 não mensuráveis e calculados (risco institucionalmente organizado); epidemiologia e toxicologia: noção
894 de probabilidade; risco: expressão matemática da probabilidade de ocorrência de um agravo ou dano,
895 em uma dada população, em certo território e em tempo determinado; e risco= ameaça + elementos em
896 perigo + vulnerabilidade. Sobre vigilância, salientou: dados coletados pelo trabalho cotidiano das
897 vigilâncias, informação construída com estes dados e registros e sistemas de informação sobre danos e
898 doenças. Abordou ainda a dimensão da desigualdade e vulnerabilidade, destacando: heterogeneidade
899 social = diferentes vulnerabilidades - grau de instrução, renda, habitação, saneamento, alimentação,
900 estilo de vida, serviços de saúde, cultura; desafios à regulação do risco: desigualdade, competição,
901 inovação e padronização. A deputada **Jô Moraes** saudou os conselheiros e avaliou a presença do
902 Colegiado neste momento difícil como necessária e simbólica. Na sequência, expôs sobre o tema o
903 representante da Fiocruz, **Jorge Mesquita Huet Machado**, abordando na sua explanação contexto
904 histórico institucional da VISAT, Modelo Vigilância em Saúde do Trabalhador e o desafio da Vigilância
905 Sanitária de Base Territorial: intersetorial, participativa e integrada. Começou com histórico Institucional
906 – Caminhos trilhados da Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador, destacando:
907 Reforma Sanitária – 8^a CNS – 1987; I CNST – Saúde do Trabalhador no SUS – 1987; Lei 8.080/1990 –
908 CIST e relação da ST com a VIGILÂNCIA; ANVISA – Vigilância em Saúde; VISAT: Portaria 3120 –
909 1998; RENAST – 2002; DSAST – 2007-2008; PNSTT – 2012; e 4^a CNSTT – PPA 2016-2019 –
910 RENAST. Sobre a vigilância em saúde do trabalhador, detalhou o objeto de ação: agravo, território,
911 risco e atividade. Frisou que vigilância é informação para ação, destacando: epidemiologia situada – o
912 modo de desenvolvimento, a expressão territorial, o processo de trabalho; objeto da Intervenção: a
913 situação de risco; e intervenção interinstitucional relacionada ao processo de trabalho e ao território.
914 Seguindo, falou sobre vigilância sanitária/vigilância em saúde, com enfoque na VISAT e suas relações
915 com as Vigilâncias Ambiental, Epidemiológica e Sanitária. Na linha de provocação para Conferência,
916 falou sobre vigilância sanitária ou/e vigilância em saúde - caminhos e encontros. Destacou o desafio da
917 Vigilância Sanitária de Base Territorial – intersetorial, participativa e integrada. Explicou que a vigilância

918 em saúde com base territorial é a prática que reúne diversas experiências locais, com base no
919 fortalecimento da articulação entre as vigilâncias em saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador,
920 além da assistência (atenção básica), na lógica da ação participativa para promoção da saúde. Atuação
921 integrada para abordagem das vulnerabilidades locais; trabalhadores e população local. No que se
922 refere à vigilância sanitária de base territorial integrada e participativa, destacou os procedimentos:
923 identificação das situações de riscos nos territórios; troca de experiências: análise dos resultados
924 observados; elaboração de planejamento de intervenção: metodologia, estrutura e governança,
925 dispersão para a aplicação do planejamento; encaminhamentos - Estratégias de Intervenção de
926 redução de riscos e impactos sócio, ambientais e na saúde; e disseminação e interação com outros
927 territórios e incorporação do conhecimento na rotina. Sobre vigilância sanitária de base territorial
928 integrada e participativa, destacou: integração entre vigilância e assistência; (Formação-Ação);
929 integração com a comunidade, reflexão sobre o trabalho, ambiente e saúde; observação do território de
930 maneira integrada e participativa; realização de Rodas de Conversa e Mapeamentos Participativos;
931 intervenção em Situações de Risco e de Promoção de Saúde. Por fim, apontou os caminhos da
932 Universalização da VISAT, destacando VISAT - Projetos Estratégicos - RENAST, 2016-2019: Vigilância
933 em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica; Vigilância de Ambientes e Processos Trabalho em
934 Setores Econômicos e Cadeias Produtivas; e Vigilância da Situação de saúde dos trabalhadores.
935 Concluídas as explanações, foi aberto debate a respeito do tema. Nas intervenções foram destacados
936 os seguintes aspectos: é preciso encontrar canais de diálogo com a sociedade para capitalizar as
937 informações; é necessário discernir o que é técnico e o que discriminatório; a discussão da vigilância
938 deve ser incorporada no debate da saúde; é preciso tratar das dimensões culturais em todas as áreas
939 da saúde, para evitar cargas preconceituosas; os aprendizados oriundos dos debates do CNS precisam
940 ser capilarizados para todo o Brasil; a contra informação é importante; faz-se necessário abordagem
941 mais ampla sobre a participação da sociedade; os CERESTS devem ser convidados a apresentar
942 trabalhos sobre vigilância em saúde na Conferência de Vigilância Sanitária; a saúde do trabalhador
943 precisa da vigilância de forma intersetorial; é preciso trabalhar o estigma do adoecimento, o que gera
944 discussão sobre a vulnerabilidade, discriminação; definição do contexto da situação de risco, inclusive
945 risco epidemiológico – a construção da informação passa por avaliação da situação de risco.
946 Concluídas as intervenções, o integrante do GT VISA/ABRASCO, **Geraldo Lucchese** e o
947 representante da FIOCRUZ, **Jorge Mesquita Huet Machado** fizeram comentários gerais sobre as
948 intervenções dos conselheiros, todavia, não houve encaminhamentos. Nesse ponto, o Plenário decidiu
949 interromper os trabalhos para o lanche. Retomando, a mesa foi composta para definição dos
950 encaminhamentos sobre a PEC nº. 241/2016. Aberta a palavra, foram apresentadas as seguintes
951 propostas de encaminhamento: concentrar esforço das entidades com sede em Brasília, na segunda e
952 terça-feira próximas, para visitar o gabinete dos 513 deputados e fazer convencimento sobre os
953 prejuízos da PEC 241/2016; fazer abordagem dos parlamentares nos aeroportos para convencimento
954 contrário à PEC; integrar o CNS ao movimento de chamamento de greve geral; elaborar nota política de
955 pesar sobre a forma como o Conselho foi desconsiderado e não teve espaço para participar do debate.
956 Os conselheiros não concluíram o debate deste item, pois decidiram marcar posicionamento diante da
957 imprensa que se encontrava na Câmara dos Deputados. Assim, foi encerrado o primeiro dia de reunião.
958 Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares** – **André Luiz de Oliveira**, Conferência
959 Nacional dos Bispos do Brasil- CNBB; **Antônio Carlos Figueiredo Nardi**, Ministério da Saúde (MS);
960 **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antônio Pitol**, Pastoral
961 da Saúde Nacional; **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de
962 Saúde – CONASEMS; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Carmen Lucia**
963 **Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do
964 Comércio – CNC; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-
965 Graduandos – ANPG; **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da
966 Amazônia Brasileira (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino
967 em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem –
968 ABEn; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Geordeci M. Souza**, Central
969 Única dos Trabalhadores; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA;
970 **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **Maria Aparecida Diogo Braga**, União Nacional das
971 Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
972 Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome
973 de Down – FBASD; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Luiz**
974 **Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical –
975 SINDNAPI; **José Fernando Uchôa**, Ministério da Educação, **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova
976 Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
977 Assistentes Sociais (FENAS); **Maria Zenó Soares da Silva**, Federação Nacional das Associações de
978 Pessoas com Doenças Faciliformes - FENAFAL; **Moyses Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de
979 Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN);

980 **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional
981 da Indústria (CNI); **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo**
982 **Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ricardo Barros**, Ministério da
983 Saúde (MS); **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia**
984 **Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; Ubiraci Matildes de Jesus, União de Negros pela Igualdade –
985 UNEGRO; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores –
986 CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); e
987 **Zaíra Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* –**Agleilde Arichele**
988 Leal de Queirós (Liu Leal); **Alessandra Ribeiro de Sousa**, Conselho Federal de Serviço Social –
989 CFESS; **Antonio César Silva Mallet**, **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB);
990 **Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo**, Ministério da Saúde (MS); **Danilo Aquino Amorim**, Direção
991 Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Denise Torreão Corrêa da Silva**,
992 Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Breno de Figueiredo Monteiro**, Confederação Nacional
993 de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNS); **Gislei Siqueira Knierim**, Movimento dos
994 Trabalhadores Sem Terra – MST; **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e
995 Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem –
996 COFEN; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José**
997 **Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Jupiara Gonçalves de**
998 **Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino
999 Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos
1000 Ostomizados (ABRASO); **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos
1001 Veterinários – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do
1002 Brasil – CNBB; **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de
1003 Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Maria Thereza Ferreira Teixeira**, Secretaria Geral
1004 da Presidência da República; **Mariana Carvalho Pinheiro**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viegas**
1005 **Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Paulo Roberto**
1006 **Vanderlei Rebello Filho**, Ministério da Saúde; **Rodrigo Gomes Marques Silvestre**, Ministério da
1007 Saúde; **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Silma Maria**
1008 **Alves de Melo**, Conselho Federal de Biologia – CFBio; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação
1009 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Sueli Terezinha Goi**
1010 **Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; **Tathiane Aquino de Araújo**, Rede
1011 Nacional de Pessoas Trans- Rede Trans Brasil. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi
1012 composta pelo conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** e pela conselheira **Francisca Rego**, da Mesa
1013 Diretora do CNS. O Presidente do CNS abriu a palavra aos demais inscritos para o item 5 que não
1014 conseguiram manifestar-se durante o debate do tema. Nas intervenções, foram levantadas as seguintes
1015 questões: o CNS precisa adotar estratégias objetivas para tentar impedir a aprovação da PEC 241; o
1016 CONASEMS é essencial para conscientizar os prefeitos sobre os prejuízos da aprovação da PEC; o
1017 CNS cumpriu o seu papel de mobilização na tarde de ontem; **o CNS deve solicitar visita de apoio à**
1018 **PGR para explicitar a posição favorável a proposta de ADIn à EC 86; as entidades que compõem**
1019 **o CNS devem tornar-se amicus curiae da ADIn da EC 86 – debater a possibilidade de incluir a**
1020 **PEC 241; Compor GT para apresentar solução para a situação da saúde do país; convocar vigília**
1021 **cívica nacional no fim de semana – 7 e 8 de outubro (chamar a sociedade para mobilizar-se)**
1022 **contra a aprovação da PEC 241. O CNS tem apoio de instituições e entidades importantes como**
1023 **OAB, CONASS, CONASEMS, conselhos de saúde, CNBB, Centrais sindicais, entidades,**
1024 **movimentos de trabalhadores urbanos e rurais; Chamar as entidades com sede em Brasília a**
1025 **mobilizar-se e visitar os 513 gabinetes dos deputados com o objetivo de reforçar a posição do**
1026 **CNS acerca da PEC 241; mobilizar a base dos parlamentares nos estados; enviar mensagem por**
1027 **meio de mailing (“mala direta”) para os deputados federais e prefeitos para fazer pressão nos**
1028 **deputados contra a PEC 241; debater na audiência com a Procuradoria Geral da República, marcada**
1029 **para 14 de outubro, as ações de interesse da defesa do SUS no Supremo Tribunal Federal, bem como**
1030 **as ações relativas aos preceitos constitucionais; mobilizar os conselhos municipais e estaduais no**
1031 **sentido de buscar políticos locais e sensibilizá-los quanto aos prejuízos da PEC; compor GT para**
1032 **apresentar solução para a situação da saúde do país. O Presidente do CNS informou que foi entregue**
1033 **aos parlamentares o documento com a posição do CNS contrária à PEC 241. Na sequência, listou os**
1034 **encaminhamentos que emergiram do debate. Diante da presença dos convidados para o item 7 da**
1035 **pauta, foi acordado que os encaminhamentos seriam compilados e submetidos à aprovação**
1036 **posteriormente. ITEM 7 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O SUS: DIRETRIZES**
1037 **CURRICULARES NACIONAIS - Coordenação: conselheira Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa
1038 **Diretora do CNS. Composição da mesa: Alcindo Ferla**, Associação Brasileira Rede Unida; **Cláudia**
1039 **Brandão Gonçalves**, diretora substituta do Departamento de Gestão da Educação na Saúde –
1040 DEGES/DGETES/MS; conselheiro **Danilo Aquino Amorim**, representante da Direção Executiva
1041 Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; e **Yugo Okida**, Vice-Presidente da Câmara de

1042 Educação Superior do Conselho Nacional de Educação – CNE. A primeira expositora foi a diretora
1043 substituta do DEGES/DGETES/MS, **Cláudia Brandão Gonçalves**, que iniciou a sua explanação
1044 destacando que a adoção de importantes políticas indutoras no processo de educação das profissões
1045 na área da saúde, como a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde,
1046 marca as experiências bem sucedidas para o enfrentamento dos principais desafios da formação em
1047 saúde para o SUS. Salientou que o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho
1048 e da Educação na Saúde, apoia o processo de elaboração das DCN de todos os cursos da saúde.
1049 Explicou que as DCNs da graduação em Medicina instituídas recentemente pela Resolução nº 3, de 20
1050 de junho de 2014 do CNE/MEC, contempla em seu texto conceitos novos como áreas de competência,
1051 competência e domínios de competência e apresentam proposições, tais como o fortalecimento do
1052 ensino em áreas estratégicas da atenção básica, da urgência e emergência e da saúde mental,
1053 ratificando a informação constante na Lei do Programa Mais Médicos. Detalhou que a estratégia do
1054 Ministério da Saúde é apoiar o processo de elaboração das DCNs de todos os cursos da área da
1055 saúde, de modo que atendam aos princípios doutrinários do SUS e, por conseguinte, às necessidades
1056 de saúde da população brasileira. Salientou aspectos importantes que merecem reflexões conjuntas
1057 com o CNS e demais instâncias envolvidas no processo de elaboração das DCNs dos cursos na área
1058 da saúde: estímulo ao desenvolvimento docente; abordagem sobre competências profissionais para o
1059 trabalho em equipe; estrutura curricular (que esteja direcionada para a formação profissional para o
1060 SUS); e avaliação do aluno. Acrescentou que o Ministério da Saúde defende ainda a inserção dos
1061 pressupostos da Educação Interprofissional no texto das DCN dos cursos na área da saúde. Explicou
1062 que Educação Interprofissional é definida como um meio de formação em saúde para o trabalho em
1063 equipe, para prover a colaboração entre as profissões de diferentes áreas, cujo objetivo é melhorar a
1064 resposta dos serviços de saúde e a qualidade do cuidado. Acrescentou que a Educação
1065 Interprofissional apresenta-se como estratégia de formação robusta, e que tem sido apontada como
1066 abordagem relevante no cenário da educação das profissões da saúde, por apresentar resultados
1067 promissores na formação de profissionais mais aptos ao efetivo trabalho em equipe, com importantes
1068 repercussões na melhoria da qualidade da atenção à saúde. Nas últimas três décadas, foi reconhecida
1069 pelas políticas de saúde, assumindo o posto de vanguarda em muitas pesquisas de caráter
1070 internacional. Explicou que recentemente foi firmada uma Carta Acordo com a Associação Brasileira da
1071 Rede Unida para o desenvolvimento do Projeto “Círculos de Cultura sobre Educação Interprofissional
1072 para o Sistema Único de Saúde”. O objetivo do projeto é realizar debates com profissionais, instituições
1073 de ensino e pesquisa e movimentos sociais sobre educação interprofissional e núcleos comuns de
1074 capacidades, competências e habilidades profissionais na saúde, orientadas para as Diretrizes
1075 Curriculares Nacionais, com vistas a influenciar na elaboração das DCN dos cursos na área da saúde.
1076 Acrescentou que a intenção é iniciar o projeto ainda no mês de outubro, com oficinas para realização
1077 de debates com profissionais, instituições de ensino e pesquisa, CNS, entre outros, para dialogar sobre
1078 inovações pedagógicas e metodológicas orientadas para as DCNs. O público alvo é profissões da área
1079 da saúde. Detalhou que os resultados esperados são os seguintes: alcançar a mobilização de atores e
1080 instituições para o debate de temas relacionados à educação interprofissional e sua incorporação nas
1081 DCN dos cursos da área da saúde, com a inclusão de capacidades interprofissionais e inovações
1082 pedagógicas e metodológicas nas graduações da saúde. Concluída a explanação, a coordenadora da
1083 mesa anunciou a presença: **José Wagner Cavalcante Muniz**, COFFITO, coordenador da Comissão de
1084 Análise e Proposta de Formulação das DCNs da Fisioterapia; **Grasielle T. Paulin**, RENETO; **Paulo**
1085 **Sergio Dourado Arrais**, ABEF; **Cássia Regina**, CRBIO; e **José Campos Sobrinho**, Fio. O segundo
1086 expositor foi o representante da Associação Brasileira Rede Unida, **Alcindo Ferla**, que fez uma
1087 abordagem sobre Formação Profissional e Diretrizes Curriculares Nacionais, o caso das profissões na
1088 área da saúde. Colocou as seguintes questões iniciais para debate: Profissionais de saúde? Quais são
1089 as profissões da saúde? O que define o pertencimento de uma profissão à saúde? O que é necessário
1090 para uma profissão atender às necessidades do trabalho no SUS? Como induzir mudanças na
1091 formação das profissões na saúde? Começou detalhando: 1) Ciências da Saúde/Capes: Tabela das
1092 Áreas de Conhecimento - Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia,
1093 Medicina, Nutrição, Odontologia, Saúde Coletiva (CBO 2033-20, Pesquisador em Saúde Coletiva), e
1094 Terapia Ocupacional; 2) Diretrizes Curriculares Nacionais/CNE: Edital 04/1997 - Ciências Biológicas e
1095 Ciências da Saúde: Biologia, Biomedicina, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem,
1096 Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional. 3)
1097 Conselho Nacional de Saúde: Resolução 287/1998 - Biologia, Biomedicina, Educação Física,
1098 Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição,
1099 Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. 4) VER-SUS/RS e VER-SUS/Brasil:
1100 ESP/RS – 2002/Deges/MS – 2003 - Exceção à Economia Doméstica; inclusão da Agronomia,
1101 Administração Hospitalar, Saúde Coletiva e Zootecnia. 5) Indicadores de Gestão do Trabalho em
1102 Saúde: Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde
1103 (ProgeSUS) - Biologia, Biomedicina, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia,

1104 Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde
1105 Coletiva, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Zootecnia. Explicou que a Portaria GM/MS nº 336, de
1106 19 de fevereiro de 2002, relativa à definição das modalidades de Centros de Atenção Psicossocial
1107 (CAPS), define a composição da equipe mínima de trabalhadores, conforme o porte de abrangência
1108 populacional ou as especificidades de funcionamento 24 horas, clientela de crianças e adolescentes ou
1109 usuários de álcool e outras drogas: Assistente social, enfermeiro, enfermeiro com formação em saúde
1110 mental, fonoaudiólogo, médico clínico (responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das
1111 intercorrências clínicas), médico com formação em saúde mental, médico neurologista, médico pediatra
1112 com formação em saúde mental, médico psiquiatra, pedagogo, psicólogo, técnico educacional e
1113 artesão (arte-educador), terapeuta ocupacional e, ainda, algum outro profissional que se faça
1114 necessário ao projeto terapêutico. A equipe mínima contempla profissões básicas e profissões com
1115 pós-graduação em área profissional da saúde mental ou outras, como se pode observar, declarando a
1116 relevância de uma Residência em Área Profissional da Saúde (Multi ou Uniprofissional). A equipe
1117 mínima contempla: pedagogo e arte-educador. No caso da Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro
1118 de 2011, relativa à Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas
1119 para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família e para o programa agentes
1120 comunitários de saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a serem criados com o objetivo de
1121 ampliar a abrangência e o escopo das ações assistenciais e a resolutibilidade da atenção, devem ser
1122 compostos pelas categorias profissionais de: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta,
1123 fonoaudiólogo, médico acupunturista, médico do trabalho, médico geriatra, médico
1124 ginecologista/obstetra, médico homeopata, médico internista (clínica médica), médico pediatra, médico
1125 psiquiatra, nutricionista, profissional com formação em arte e educação (arte-educador e educador),
1126 profissional/professor de educação física, psicólogo, profissional sanitária graduado na área de saúde
1127 coletiva ou com pós-graduação em saúde coletiva, terapeuta ocupacional e médico veterinário. A
1128 equipe para o apoio matricial à atenção básica em saúde também contempla especialistas, onde a
1129 relevância da Residência em Área Profissional da Saúde (Multi ou Uniprofissional). A equipe
1130 recomendada contempla: arte-educador/educador, sanitária (referido como profissional sanitária
1131 graduado na área de saúde coletiva ou com pós-graduação em saúde coletiva). Disse que a Portaria
1132 CAPS (2002) e Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) inclui Pedagogia e Arte-Educação. O
1133 Projeto de Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Fortalecimento Institucional da
1134 Vigilância em Saúde (VIGISUS) inclui Antropologia - (desenvolvimento de ações que ultrapassem o
1135 paradigma assistencial vigente, "fortemente hospitalocêntrico e medicamentoso", em busca de um
1136 modelo realmente diferenciado e que favoreça a comunicação e o convívio interculturais e oportunize
1137 maior espaço para as práticas preventivas, "analisando as diversas repercussões e impactos
1138 socioantropológicos do processo de implantação da política de saúde indígena nos contextos das
1139 etnopolíticas e das medicinas tradicionais". A Conferência Nacional de Saúde Ambiental (2011) Inclui
1140 Agronomia - (área de saúde ambiental, intervenção em saúde pública pela participação da
1141 fitossanidade no controle de alimentos de origem vegetal, controle dos mananciais de água,
1142 nutracêuticos, produtos de consumo humano não regulados pelo setor da saúde, mas pelo de
1143 agricultura - vinhos, xaropes, sementes, pós, infusões etc., provenientes da agricultura ou agroecologia
1144 -, participação na produção de fitoterápicos e vigilância e controle dos agrotóxicos na saúde humana).
1145 Destacou a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, de 2010, a Portaria nº 793, de 24
1146 de abril de 2012, do Ministério da Saúde, e o propósito de uma Rede de Cuidados à Pessoa com
1147 Deficiência - Inclui Pedagogia/Educação Especial: proteção da saúde da pessoa com deficiência como
1148 a reabilitação da pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano,
1149 contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social. Também citou as Portarias nº
1150 2.681 (de 7 de novembro de 2013) e nº 2.684/13 (de 8 de novembro de 2013) do Ministério da Saúde
1151 que redefiniram as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para
1152 construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de
1153 similaridade entre programas em desenvolvimento pelos municípios. O Programa definido no âmbito do
1154 Sistema Único de Saúde deverá ser composto pelo menos por um dos seguintes profissionais: arte-
1155 terapeuta, assistente social, educador social, fisioterapeuta geral, fonoaudiólogo geral,
1156 musicoterapeuta, nutricionista, profissional de educação física na saúde, psicólogo, sanitária e
1157 terapeuta ocupacional. Ressaltou que para abertura de cursos é obrigatória a manifestação do CNS e
1158 destacou o Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, alterado pelo Decreto nº 8.754, de 10 de maio de
1159 2016, que dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de
1160 educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino,
1161 Art. 28, § 2º, sobre a criação de cursos de graduação: Enfermagem, Medicina, Odontologia e
1162 Psicologia. Para compor a Força Nacional do SUS, citou Cadastro de trabalhadores para Calamidades
1163 Públicas, Risco Epidemiológico, Emergência em Acidentes, Enchentes e Desastres Naturais -
1164 Enfermagem, Farmácia, Medicina, Psicologia e Serviço Social. Detalhou as grandes áreas do
1165 conhecimento: 1. Ciências Exatas e da Terra; 2. Ciências Biológicas; 3. Engenharias; 4. Ciências da

1166 Saúde; 5. Ciências Agrárias; 6. Ciências Sociais Aplicadas; 7. Ciências Humanas; 8. Linguística, Letras
1167 e Artes; 9. Outros. Falou sobre a Resolução nº 218, de 06 de março de 1997 (substituída), que
1168 reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: Assistentes Sociais;
1169 Biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas;
1170 Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas
1171 Ocupacionais. Com referência aos itens 1, 2 e 9, a caracterização como profissional de saúde dever
1172 ater-se a dispositivos legais do Ministério da Educação e do Desporto, Ministério do Trabalho e aos
1173 Conselhos dessas categorias. Destacou que a Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998 relaciona as
1174 seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho: 1.
1175 Assistentes Sociais; 2. Biólogos; 3. Biomédicos; 4. Profissionais de Educação Física; 5. Enfermeiros; 6.
1176 Farmacêuticos; 7. Fisioterapeutas; 8. Fonoaudiólogos; 9. Médicos; 10. Médicos Veterinários; 11.
1177 Nutricionistas; 12. Odontólogos; 13. Psicólogos; e 14. Terapeutas Ocupacionais. Com referência aos
1178 itens 1, 2 , 3 e 10, a caracterização como profissional de saúde deve ater-se a dispositivos legais e aos
1179 Conselhos de Classe dessas categorias. No que se refere a ensino e prática da saúde, fez uma
1180 abordagem sobre o que define profissão de saúde nas DCN brasileiras. Detalhou as profissões
1181 "perfiladas" por competências para a "Atenção à Saúde" e Cursos Tecnológicos em Ambiente e Saúde.
1182 DCN/Saúde: Ciências da Saúde (conforme CAPES) + Psicologia (conforme Decreto de abertura de
1183 cursos, desde 1997) + Biomedicina e Medicina Veterinária (formulação das próprias categorias,
1184 copiando o texto das ciências da saúde). Não inclui Biologia, Serviço Social e Zootecnia (apesar de
1185 incluir Medicina Veterinária). DCN/Tecnológicas: Ambiente e Saúde → Gestão Ambiental (Tecnólogo
1186 em Gestão Ambiental), Gestão Hospitalar (Tecnólogo em Gestão Hospitalar), Oftalmica (Tecnólogo
1187 Oftálmico), Radiologia (Tecnólogo em Radiologia), Saneamento Ambiental (Tecnólogo em Saneamento
1188 Ambiental) e Sistemas Biomédicos (Tecnólogo em Sistemas Biomédicos). Destacou as competências
1189 para a "Atenção à Saúde" - DCN/Saúde (CNE): Atenção à Saúde: os profissionais de saúde, dentro de
1190 seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e
1191 reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que
1192 sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de
1193 saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar
1194 soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões
1195 de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à
1196 saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em
1197 nível individual como coletivo. Não há porque unificar as DCN Saúde sem unidade na definição de
1198 Atenção à Saúde, posto que a área da saúde exige trabalhadores e ocupações para além da atenção
1199 tanto em nível individual como coletivo (a especificidade do núcleo da saúde), em aspectos tanto de
1200 prevenção e promoção, como de reabilitação e proteção (é o conjunto, não as partes que definem o
1201 núcleo da saúde). Quaisquer desses itens, separadamente, compõem trabalho e ocupação na saúde,
1202 mas não justificam DCN Saúde iguais no tocante ao pertencimento das DCN Saúde, onde as profissões
1203 da atenção devem revezar-se com desenvoltura, segundo o conceito de interprofissionalidade em
1204 saúde. No que se refere às Diretrizes Curriculares Nacionais em Saúde, salientou: Competências e
1205 Habilidades Gerais: *campo* do exercício profissional: saúde ou capacidades profissionais para atuação
1206 na saúde (parte interprofissional da saúde). Competências e Habilidades Específicas - *núcleo* do
1207 exercício profissional: profissão. Competências e Habilidades em Saúde devem contemplar Campo e
1208 Núcleo do Exercício Profissional na Área da Saúde. Disse que as Diretrizes Curriculares Nacionais em
1209 Saúde decorrem de movimentos prévios da ABEM, ABEn e Rede Unida. ABEM: Cinaem
1210 (desconstrução do Relatório Flexner pela Reforma Sanitária Brasileira, revisão da Pedagogia Médica
1211 internacional em confronto com o Movimento Sanitário brasileiro). ABEn: Movimento Diretrizes, que
1212 culminou com a criação do SENADEn (introdução da teoria do Cuidado Humano, coengendramento
1213 das competências em Assistência, Administração e Educação, participação na Reforma Sanitária
1214 Brasileira). Rede Unida: histórico da Integração Docente-Assistencial, histórico da Integração Ensino-
1215 Serviço-Comunidade, histórico da luta pela saúde comunitária e educação popular em saúde.
1216 Movimentos de adesão nacional: ABENO: aliada à Rede Unida, expansão da odontologia social e
1217 preventiva, introdução do ensino odontológico de comunidade; Abenfisio: aliada à Rede Unida,
1218 engajada na criação da área de estudos e intervenção em ensino da fisioterapia, introdução da
1219 fisioterapia de comunidade e da área preventiva e social. Sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais em
1220 Saúde, destacou que nas diretrizes de todos os cursos de graduação perfilados pela "Atenção" constou
1221 que "a formação deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde e o
1222 trabalho em equipe". DCN: 2001 (Medicina, Enfermagem e Nutrição), 2002 (Farmácia, Odontologia,
1223 Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia), 2003 (Biomedicina e Medicina Veterinária) e
1224 2004 (Psicologia). Biologia, Serviço Social, Educação Física, Economia Doméstica e Zootecnia não
1225 indicaram perfil de Atenção à Saúde. Saúde Coletiva ainda não teve DCN aprovadas no CNE, apenas
1226 na Abrasco. Para a formação de Farmacêuticos, consta o apostado "com ênfase no SUS". Para
1227 Nutricionistas e Enfermeiros consta um acréscimo: "deve atender às necessidades sociais da saúde,

1228 com ênfase no SUS". Na Enfermagem consta um complemento: "[além de] assegurar a integralidade da
1229 atenção e a qualidade e humanização do atendimento". A Medicina aprovou novas DCN em 2014 e
1230 distribuiu 3 componentes curriculares: Atenção, Gestão e Educação. A Saúde Coletiva escreveu suas
1231 DCN em 2015 e distribuiu 3 componentes curriculares: Atenção, Gestão e Educação. Fez um
1232 abordagem sobre a concepção das DCN 2001, perfil para todas as profissões que escolheram a
1233 mesma identidade. Artigo 4º - A formação profissional tem por objetivo dotar o egresso dos
1234 conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: I -
1235 Atenção à Saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a
1236 desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual
1237 quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e
1238 contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de
1239 analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem
1240 realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética,
1241 tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim,
1242 com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo; II - Tomada de
1243 Decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar
1244 decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade: da força de trabalho, de
1245 medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem
1246 possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas,
1247 baseadas em evidências científicas; III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis
1248 e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros
1249 profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e
1250 habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de
1251 comunicação e informação; IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de
1252 saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da
1253 comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de
1254 decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; V - Administração e gerenciamento:
1255 os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da
1256 força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar
1257 aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e VI -
1258 Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua
1259 formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e
1260 ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras
1261 gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os
1262 futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive estimulando e desenvolvendo a
1263 mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e
1264 internacionais. Destacou o Artigo 5º que define: "A formação profissional tem por objetivo dotar o
1265 egresso dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades
1266 específicas: (...) Parágrafo único - Com base nestas competências, a formação do profissional deverá
1267 contemplar: o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema
1268 regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe. "Deve-se
1269 priorizar nessa fase da formação não mais apenas o cognitivo, mas o desenvolvimento e incorporação
1270 de qualidades técnicas e humanísticas, fazendo com que o graduado seja: capaz de trabalhar em
1271 conjunto com os outros profissionais da área da saúde; convedor privilegiado dos problemas locais
1272 de saúde; apto a intervir no processo de desenvolvimento, *propondo e realizando* medidas de caráter
1273 preventivo; apto para o mercado de trabalho; preparado para acompanhar o avanço técnico-científico
1274 (aprender a estar sempre aprendendo); e capaz de valorizar prioritariamente as necessidades de saúde
1275 da população, com ênfase na ação preventiva, dentro de uma visão integral e de valores éticos e
1276 culturais." Falou também sobre a avaliação dos cursos explicando que no país iniciou-se na década de
1277 70, com a política de avaliação dos cursos de mestrado e doutorado pela CAPES. No âmbito da
1278 avaliação dos cursos de graduação, as primeiras ideias sobre o tema são de 1983, com a instituição do
1279 Programa de Avaliação da Reforma Universitária (PARU), que enfatizava a gestão das Instituições de
1280 Ensino Superior, a produção e a disseminação dos conhecimentos. A avaliação pode dizer o quanto as
1281 DCNs foram implementadas e identificar efeitos das mudanças. O Sistema Nacional de Avaliação da
1282 Educação Superior (SINAES) é a estratégia vigente atualmente. Foi instituído através da Lei nº. 10.861,
1283 de 14/04/2004 (BRASIL, 2004a) e encontra-se em implementação. Como forma de atingir a totalidade
1284 das instituições de ensino superior, o SINAES possui três componentes principais: a avaliação das
1285 instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. Este modelo de avaliação tem como base a
1286 avaliação institucional, que compreende a avaliação externa e a avaliação interna, principalmente com
1287 seu componente central, a auto-avaliação. É fundamental a elaboração de instrumentos e indicadores,
1288 mediados pelo interesse e pelas necessidades de formação para o Sistema Único de Saúde, quando se
1289 refere às profissões da saúde ou para a parte relativa à saúde das profissões que têm atuação na

1290 saúde e a formação de avaliadores. Recordou que, conforme **Art. 6º, da Lei Federal 8.080, de 19 de**
1291 **setembro de 1990**, as ações e serviços de saúde não se esgotam na assistência terapêutica integral,
1292 inclusive farmacêutica. Estão incluídas no campo de atuação da saúde as ações de vigilância sanitária,
1293 vigilância epidemiológica e de saúde do trabalhador; a participação na formulação da política e na
1294 execução de ações de saneamento básico (excluída qualquer participação financeira em ações que
1295 não sejam de acesso universal e gratuito); a ordenação da formação de recursos humanos na área de
1296 saúde; a vigilância nutricional e a orientação alimentar (não a alimentação); a colaboração na proteção
1297 do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; a formulação da política de medicamentos,
1298 equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua
1299 produção; o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; a
1300 fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; a participação no
1301 controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos
1302 psicoativos, tóxicos e radioativos; o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico
1303 e tecnológico; e a formulação e execução da política de sangue e seus derivados. Ressaltou que a
1304 saúde é um direito de todos e dever do Estado, a ser garantido com políticas sociais e econômicas que
1305 visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e
1306 serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O dever do Estado não substitui o das pessoas,
1307 da família, das empresas e da sociedade como um todo (Dever=Relevância Pública e Obrigação das
1308 Políticas Públicas). No que se refere ao SUS e à Gestão da Educação na Saúde, explicou que
1309 Compete à gestão do Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação dos *trabalhadores da área*
1310 *da saúde*, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e
1311 tecnológico (Constituição Nacional, Art. 200, Incisos III e IV). As especializações na forma de
1312 treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de
1313 acordo com o Art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes
1314 (LOS, Art. 30). É atribuição comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a
1315 participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos
1316 humanos para a saúde (LOS, Art.15). Para receber recursos do Fundo Nacional de Saúde os
1317 Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: VI - Comissão de Elaboração do Plano
1318 de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para a sua implantação (Lei
1319 Federal 8.142, Art. 4º). Detalhou as exigências específicas, salientando que, para abertura de cursos, é
1320 obrigatória a manifestação do CNS nos cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia, de
1321 acordo com o Decreto nº 5.773, de 9 de maio de 2006, alterado pelo Decreto nº 8.754, de 10 de maio
1322 de 2016. Obs.: Psicologia com limites, pois integra fortemente a área das Ciências Humanas e também
1323 tem atuação fora da saúde. Para compor a Força Nacional do SUS, os profissionais de Enfermagem,
1324 Farmácia, Medicina, Psicologia e Serviço Social (??), de acordo com o Cadastro de trabalhadores para
1325 Calamidades Públicas, Risco Epidemiológico, Emergência em Acidentes, Enchentes e Desastres
1326 Naturais; Psicologia e o Serviço Social com limites, pois a psicologia integra fortemente a área das
1327 Ciências Humanas e o Serviço Social integra fortemente a área das Ciências Sociais Aplicadas. Já
1328 finalizando, colocou as seguintes questões para refletir: A Saúde não pode dominar as demandas
1329 provenientes do campo intersetorial. A Saúde não pode regular a formação de psicólogos e assistentes
1330 sociais para as áreas socioassistencial, socioeducacional, artístico-cultural e comunitário-expressiva.
1331 Mas pode definir capacidades profissionais para atuação no SUS. Exemplos de Exigência Específica:
1332 definição de estágios, mediante COAPES, obrigatoriedade de residência para a atuação em certas
1333 áreas de especialidade, domínio de conhecimentos e práticas para urgências clínicas, intensivismo e
1334 cirurgia geral ou ambulatorial, domínio de procedimentos invasivos básicos como em curativos, vacinas,
1335 administração de medicamentos etc. O que eventualmente pode incluir a Fisioterapia, não prevista
1336 acima. Também colocou as seguintes importantes: definições sobre o pertencimento à saúde
1337 e o interesse do SUS; capacidades profissionais gerais (da saúde ou para a saúde) e específicas de
1338 cada profissão: fragmentação e trabalho em equipe; e integralidade e defesa do SUS; Novas
1339 Diretrizes? Avaliar as DCNs? Ambas?; Articulação Diretrizes e Avaliação: Como está o SINAES?; O
1340 que nos ensinaram as experiências até agora?; Como seguir ampliando o acesso e avançando?; e
1341 Quais políticas de incentivo para quais iniciativas? Por fim, disse que ainda existe abismo entre
1342 formação e mundo de trabalho e a saúde precisa ser democrática. O terceiro expositor foi o Vice-
1343 Presidente da Câmara de Educação Superior do CNE, **Yugo Okida**, que iniciou sua fala agradecendo o
1344 convite para participar do debate. Destacou que o CNS democratizou a elaboração das diretrizes
1345 curriculares das diversas profissões, inclusive com realização de audiências públicas com os
1346 organismos interessados. Na área da saúde, o CNS é sempre convidado a participar do processo.
1347 Explicou que está em debate a proposta de diretrizes para bacharelado e licenciatura em educação
1348 física e o processo ainda não foi concluído. Explicou que o Conselho não se baseia apenas na grade
1349 anterior para elaborar diretrizes, assim, novas propostas podem ser aceitas. Também disse que na
1350 elaboração da carga horária está sendo debatida a necessidade de ampliar a carga horária para
1351 formação dos alunos. Ou seja, necessidade ou não de incluir uma parte da carga horária para estágios.

1352 Frisou que a intenção é ouvir o CNS e levar as reflexões para o CNE. Disse que são dezoito comissões
1353 do CNE que debatem temas relativos a diversas profissões. Detalhou que são marcadas audiências
1354 públicas e o processo de elaboração é demorado. Frisou que o CNS e as entidades que o compõem
1355 serão convidados a participar do processo de elaboração das diretrizes. Por fim, comunicou que foi
1356 eleito novo Presidente do CNE, **Eduardo Dechamps**. A coordenadora da mesa registrou a presença de
1357 representantes: Zilamar Fernandes, Conselho Federal de Farmácia; Vera Garcia, Conselho Federal de
1358 Fonoaudiologia e FENEPAS. Conselheiro **Danilo Aquino Amorim**, DENEM, manifestou satisfação com
1359 o aprofundamento do debate no CNS e sinalizou que esta discussão coloca o controle social no centro
1360 do debate sobre a formação em saúde. Destacou que o movimento da reforma sanitária brasileira
1361 trouxe a demanda de mudar a formação profissional no país na linha de formar profissionais
1362 comprometidos com a implementação do Sistema. Disse que a partir da experiência acumulada é
1363 preciso avançar e construir novos olhares. Também destacou que é importante analisar o que o CNS
1364 formulou no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde e lembrou que a última
1365 Conferência, realizada para discutir o tema, ocorreu há 10 anos e não aprofundou o debate da forma
1366 como deveria. Nessa linha, destacou que é preciso pensar, em médio prazo, a realização de nova
1367 Conferência Temática. Ressaltou que no debate sobre formação em saúde é preciso considerar a
1368 intensa mercantilização da formação, com crescimento substancial da formação profissional de saúde
1369 superior em instituições privadas, grande parte com estímulo público. Salientou que discutir formação
1370 profissional/ensino superior nesse contexto é um desafio ainda maior porque enfrenta uma série de
1371 interesses. Sobre as diretrizes, disse que é preciso avançar, mas a centralidade desse debate é a
1372 possibilidade de mudança. Salientou que a construção das diretrizes é um processo intenso de início da
1373 mudança e a partir dessa perspectiva é preciso planejar a formulação. Ressaltou também a importância
1374 da participação do CNE nesse debate do CNS e frisou que é fundamental articular agenda coletiva de
1375 construção das diretrizes. Listou pontos importantes a serem discutidos nesse processo de construção
1376 das Diretrizes: interprofissionalidade – poder e hegemonia das profissões no trabalho em saúde; integração
1377 ensino, serviço, comunidade – centralidade: necessidade de integrar os cursos de saúde
1378 aos serviços e à comunidade; e políticas de equidade. Por fim, reforçou a questão da avaliação,
1379 destacando que se avançou muito pouco nesse debate nas universidades e a avaliação ainda é vista
1380 como algo punitivo ou que vai definir a progressão no curso. Acrescentou que é preciso avançar de um
1381 modelo punitivo para um modelo de avaliação formativa. Também reiterou a necessidade de fortalecer
1382 as avaliações institucionais, em especial o SINAES e manifestou preocupação com a revogação, pelo
1383 INEP, do instrumento de avaliação dos cursos da área de saúde, por considerar um retrocesso
1384 principalmente no que diz respeito à integração ensino-serviço-comunidade. Finalizou destacando que
1385 o debate é estratégico na atual conjuntura por conta da potência de transformação. Frisou que é
1386 preciso ampliar o debate sobre diretrizes curriculares, com envolvimento das entidades e formulação de
1387 proposta que se inicie no nível local. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** ressaltou que o
1388 objetivo da mesa é definir estratégias para garantir que as diretrizes nacionais dos cursos da área da
1389 saúde atendam os princípios do SUS, com formação de profissionais para o Sistema. Nessa linha,
1390 apontou, entre os elementos que precisam ser debatidos, a educação a distância, entendendo tratar-se
1391 de uma ferramenta potente e importante, mas considerando que a graduação na área da saúde não
1392 pode ser completamente a distância, sob o risco de prejuízos. Concluídas as apresentações, a mesa
1393 abriu a palavra para manifestação do Plenário. Conselheiros, conselheiras e convidados manifestaram-
1394 se acerca do tema. **Manifestações**. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** solicitou a autorização do
1395 Plenário para manifestação dos convidados para este item da pauta. Avaliou que o CNS deve participar
1396 mais ativamente do processo de construção das DCNs, para além das audiências públicas. Perguntou
1397 como é o fluxo de construção/reformulação das DCNs e como o controle social pode ter participação
1398 mais ativa nesse processo. A coordenadora da mesa registrou a presença também do representante do
1399 Conselho Federal de Biomedicina, Marco Antônio e Cássia Regina, Associação Brasileira de
1400 Biomedicina. Conselheira **Lorena Baía** registrou a falta de critérios na abertura de escolas e falta de
1401 fiscalização na qualidade da formação na área da farmácia. Reiterou a demanda de garantir que a
1402 abertura dos cursos de farmácia também seja apreciada pelo CNS. No mais, propôs que o
1403 georeferenciamento seja critério para autorização de abertura de novos cursos. Professora **Zilamar**
1404 **Fernandes** saudou a iniciativa e manifestou satisfação por participar do debate. Disse que as
1405 estratégias apontadas pela área da farmácia foram contempladas na construção das Diretrizes e
1406 sugeriu que sejam contempladas nas demais diretrizes da área da saúde, com destaque para: cenários
1407 de práticas diversificados caracterizados pelo trabalho interprofissional e colaborativo; conhecimento;
1408 planejamento e coordenação e realização de diagnóstico situacional de saúde para todos os cursos;
1409 estágios curriculares distribuídos ao longo do curso, obrigatórios, contemplando práticas e cenários no
1410 SUS. Conselheira **Francisca Valda** manifestou satisfação com esse debate no CNS e frisou que o
1411 papel do controle social é importante nesse processo. Salientou que as profissões são patrimônio da
1412 sociedade brasileira e existem porque a sociedade precisa dessas áreas de atuação. Nesse processo
1413 de construção/atualização das diretrizes, destacou que é preciso ter atenção às interferências de atores

externos como o mercado. Destacou que a formação para o SUS depende da Rede Escola, dos territórios e das atividades práticas. Acrescentou que há muita dificuldade nesse campo e denunciou que cargas horárias de práticas supervisionadas de estágios não estão sempre cumpridas. Nessa linha, perguntou como está o COAP e ressaltou a importância de o debate ser no campo de todas as profissões da saúde. Professora **Grasielle T. Paulin**, da RENETO, perguntou sobre a oficina de prática profissional/trabalho em equipe e se as entidades serão convidadas a participar. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** destacou a importância desse debate no Conselho nesse momento e frisou a necessidade de dar continuidade a ele. Salientou que a intenção é assegurar a formação de trabalhadores de saúde de todas áreas com foco no SUS. Disse que foi possível avançar no debate sobre a Medicina, mas os avanços são feitos com muita dificuldade. Citou, por exemplo, que levantamento recente apontou que quase nenhum parecer da CIRHRT é levado em consideração pelo MEC no processo de abertura de cursos (o CNS não é informado sobre os motivos do acatamento). Perguntou ao representante do CNE sobre o prazo para debate das DCNs e lembrou que inúmeros profissionais de saúde coletiva foram formados e estão trabalhando e a discussão ainda está ocorrendo. Por fim, disse que é preciso verificar o calendário de debate e definir como o CNS, por meio da CIRHRT, irá participar do processo. **Luciano Soares**, Associação Brasileira de Educação Farmacêutica, salientou que é preciso discussão conjunta em nível nacional para definir e possibilitar mudança mais profunda e perene. Destacou o protagonismo do CNS para reunir os cursos e as profissões para debate coletivo. **Edna Maria**, coordenação de Plenária/Rondônia, saudou a mesa e solicitou averiguação nos cursos da saúde oferecidos em Rondônia e a residência multiprofissional oferecida no Estado (foi solicitado o fechamento por conta da falta de qualidade). Também solicitou que a CIRHRT realize averiguação nos cursos de Rondônia. Falou sobre os cursos EAD, explicando que o Conselho Federal de Enfermagem realizou força para combater os cursos EAD irregulares implantados no Estado e frisou que é preciso coibir e fechar esses cursos. **Vera Garcia**, representante da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia e do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde, destacou a importância desse debate, mas sentiu falta nas diretrizes da formação intersetorial e responsabilidade social das instituições de ensino. Lembrou, inclusive, que a discussão das DCNs tem processo histórico diferente nas instituições, assim, é preciso pensar o histórico de cada profissão e não se basear no processo histórico da Medicina. Também sugeriu a definição de uma agenda com o CNE, CNS e as associações de ensino. Conselheiro **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá** fez as seguintes reflexões para o debate: Como inserir as concepções de saúde na educação?; é antidemocrática a forma de composição do CNE; as DCNs de 2002 até o momento trouxeram aprofundamento diferenciado, mas ainda há muito a avançar. **Wagner Muniz**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, saudou o Colegiado e destacou das falas a democratização do debate das DCNs. Destacou que o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional está debatendo a reformulação das Diretrizes da Fisioterapia e solicitou ao CNE que convide a entidade para debate. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** saudou a mesa e sentiu-se contemplada nas falas dos conselheiros que a antecederam. Destacou a importância de valorização de outros profissionais que não estão necessariamente no campo da saúde. Nessa linha, salientou o papel essencial do agente comunitário nesse processo de formação, todavia, lembrou que esse profissional ainda não é valorizado. Também sentiu falta de valorização dos projetos de extensão nas Universidades, dada a riqueza destes. **José Campos**, representante da Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO, avaliou que é preciso definir estratégias para debate e sentiu falta de representação daqueles que levam os alunos para os serviços. Destacou que é preciso chamar as entidades para aprofundar as estratégias. Conselheira **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira** perguntou se o programa contempla disciplinas relativas às especificidades – população negra, indígena, mulheres. Também sugeriu debater, em relação às residências, a proposta do “serviço social” e contemplar na grade do curso de Medicina as práticas integrativas que tem salvado muitas vidas. Conselheiro **Neilton Araujo de Oliveira** salientou que o debate é importante, mas exigirá comprometimento e encaminhamento ágil na questão da assistência e da formação. Salientou que é preciso trabalhar com as informações e dar a elas o devido encaminhamento. Destacou que o CNS é um fórum síntese para levantar subsídios e dar encaminhamentos, todavia, avaliou que as entidades devem aprofundar o debate sobre as Diretrizes enquanto prática. Ressaltou que a intenção é formar profissionais de saúde prioritariamente para o SUS e não para o mercado. Salientou que há experiências positivas como a Universidade de Tocantins que definiu cotas para indígenas. Por fim, sugeriu os seguintes encaminhamentos: solicitar às entidades que realizem pesquisa para identificar o percentual dos docentes que conhecem e colocam em prática as DCNs; e ampliar o debate sobre as diretrizes enquanto prática, envolvendo conselhos locais, universidades, agentes comunitários, entre outros atores. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, destacou que o CNS precisa dar consequência ao tema que gerou essa pauta de debate: Resolução do CNS N°. 515, que manifesta posição contrária do CNS à modalidade de educação a distância na área da saúde e apontou a necessidade de debate sobre DCNs. Salientou que é fundamental envolver gestores, entidades

1476 representantes das profissões e principalmente os usuários do SUS. Frisou que o CNS precisa criar
1477 mecanismos para escutar especialmente os usuários nesse processo. Conselheiro **José Arnaldo**
1478 ressaltou a importância de realizar trabalho conjunto entre CNS e CNE e frisou a necessidade de o
1479 CNE considerar os pareceres do CNS no processo de abertura, reconhecimento e renovação de cursos
1480 na área da saúde. Conselheira **Liu Leal** destacou a importância dessa pauta e a forma como foi trazida
1481 ao Pleno. Sugeriu incluir na pauta da CIRHRT outros elementos para formação, além da graduação e
1482 pós-graduação. Manifestou preocupação com a proposta de oficinas para realização de debates com
1483 profissionais, instituições de ensino e pesquisa, CNS, entre outros e solicitou maiores esclarecimentos
1484 a respeito. Perguntou qual a posição acerca da política de educação permanente e a residência. Por
1485 fim, sugeriu a formação de GT para trazer informe permanente da agenda que está sendo trabalhada.
1486 Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** salientou que é preciso ter os usuários como protagonistas
1487 desse debate e sugeriu que o CNS pleiteie uma vaga no CNE. Além disso, defendeu que os conselhos
1488 profissionais também participem do CNE, porque são responsáveis por fiscalizar o exercício da
1489 profissão. Também disse que os profissionais formados por EAD terão dificuldade de inserir-se no
1490 mercado de trabalho. **Cássia**, representante da biomedicina, destacou que os profissionais precisam
1491 conhecer as Diretrizes, portanto, a construção deve ser conjunta. Nessa linha, defendeu a construção
1492 de agenda para debate de todas as profissões. Conselheira **Andreia de Oliveira** avaliou que é preciso
1493 refletir sobre os cursos a distância e solicitou que o CNE para entrar na luta contra os cursos a
1494 distância. Destacou que é preciso pensar uma pauta conjunta do CNS e CNE para enfrentar o
1495 “negócio” da educação da forma como está colocado. Justificou que não poderia participar da reunião
1496 no período da tarde. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** salientou que é preciso ter olhar para
1497 os profissionais que estão no campo e não conhecem os princípios do SUS. Também solicitou
1498 esclarecimentos sobre a proposta de Carta Acordo com a Associação Brasileira da Rede Unida que foi
1499 assinada com a SGTES para desenvolver o Projeto “Círculos e Redes”. Conselheiro **Arlison Cardoso**
1500 disse que é preciso definir como inserir, dentro das diretrizes curriculares, todas as questões para o
1501 bom funcionamento do SUS. Frisou que é necessário discutir e implementar o COAP para ter a
1502 presença dos estudantes nos municípios menores. Por fim, salientou a dificuldade de formar
1503 profissionais com docentes contrários ao SUS. **Retorno da mesa**. O Vice-Presidente da Câmara de
1504 Educação Superior do Conselho Nacional de Educação – CNE, **Yugo Okida**, comentou as falas dos
1505 conselheiros, destacando: como se dá a nomeação de conselheiros do CNE feita; entidades são
1506 convidadas a participar das audiências públicas; CNS opina sobre a relevância dos cursos; CNE está
1507 promovendo debate com envolvimento dos atores importantes no processo; Dezoito comissões do CNE
1508 estão trabalhando na elaboração de nova proposta de currículo dentro das diretrizes curriculares e são
1509 realizadas audiências públicas também. Após a sistematização da proposta, é realizada nova reunião
1510 com os envolvidos no debate. A partir daí é elaborada proposta final para ser considerada. Conselheiro
1511 **Danilo Aquino Amorim** fez um comentário geral sobre as principais questões levantadas nas falas.
1512 Frisou que o processo de construção é desafiador e será necessário enfrentar o mercado da formação
1513 profissional. Destacou que ainda não foi possível superar os interesses econômicos frente às
1514 necessidades e demandas da população. Para isso, é fundamental a unidade das entidades e o CNS é
1515 o local privilegiado para discussão. Como proposta, sugeriu que CNS e CNE definam nova agenda de
1516 trabalho conjunta de formulação/construção das diretrizes curriculares para área da saúde. O
1517 representante da Associação Brasileira Rede Unida, **Alcindo Ferla**, também comentou as falas,
1518 destacando os seguintes aspectos: a agenda das DCNs não esgota a necessidade de
1519 aprofundamento da agenda da formação e educação em saúde; é preciso debater formação técnica;
1520 DCN – ponto comum: necessidade de regulação estatal pública sobre a formação, educação e gestão
1521 do trabalho. É preciso ter avanço – outra logica para essa conversa; é necessário avançar na definição
1522 das profissões da saúde e as que a saúde tem interesse; a avaliação é fundamental nesse processo;
1523 DCN – é necessário avançar no debate da metodologia - avançar na experiência local. A diretora
1524 substituta do DEGES/DGETES/MS, **Cláudia Brandão Gonçalves**, também fez breves comentários
1525 sobre as falas, salientando a importância da construção coletiva. Também se comprometeu a
1526 disponibilizar o cronograma Carta Acordo. Na sequência, foram feitas falas voltadas ao
1527 encaminhamento desta pauta. **Deliberação: como resultado do debate, o Plenário decidiu: 1)**
1528 **delegar à CIRHRT a elaboração de agenda de trabalho conjunta do CNS e do CNE (pautar na**
1529 **próxima reunião da Comissão); 2) na próxima reunião da CIRHRT/CNS, pautar apresentação e**
1530 **debate sobre a Carta Acordo com a Associação Brasileira da Rede Unida que foi assinada com a**
1531 **SGTES para desenvolver o Projeto “Círculos e Redes”, com convite à Rede Unida e ao CNE; 3)**
1532 **criar GT da CIRHRT, contemplando as associações de ensino, para aprofundar o debate sobre**
1533 **diretrizes curriculares; 4) remeter à CIRHRT/CNS a organização e junção das propostas**
1534 **envolvendo MEC, CNE e o GT a ser constituído. Além dessas, foram apresentadas outras**
1535 **propostas durante o debate, que não foram votadas: solicitar às entidades que realizem**
1536 **pesquisa para identificar o percentual dos docentes que conhecem e colocam em prática as**
1537 **diretrizes curriculares; ampliar o debate sobre as diretrizes enquanto prática, envolvendo**

1538 conselhos locais, universidades, agentes comunitários, entre outros segmentos; pleitear vaga
1539 para o CNS no CNE; e garantir a participação dos conselhos profissionais no CNE. Definido esse
1540 ponto, a mesa suspendeu para o almoço. Definido esse ponto, a mesa fez um intervalo para o
1541 almoço. Retomando, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – COMISSÃO**
1542 **INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT** -
1543 *Coordenação: conselheira Francisca Rêgo Oliveira Araújo, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação:*
1544 *conselheiro Gerdo Bezerra, coordenador da CIRHRT/CNS. Iniciando, conselheiro Gerdo Bezerra,*
1545 *coordenador da CIRHRT/CNS, explicou que a Comissão definiu nova forma de apresentação de*
1546 *pareceres, a fim de deixar ainda mais claras as justificativas para os pareceres satisfatórios e os*
1547 *insatisfatórios. Feito esse esclarecimento, procedeu à apresentação dos pareceres elaboradas na 170ª*
1548 *RO da CIRHRT. Explicou que foram analisados seis processos de autorização: 3 de Psicologia e 3 de*
1549 *Odontologia. O resultado da análise foi o seguinte: 3 pareceres insatisfatórios e 3 pareceres*
1550 *satisfatórios com recomendações. Primeiro, apresentou os pareceres insatisfatórios: 1) **Faculdade de***
1551 **Ciências Humanas, Econômicas e da Saúde de Araguaína – FAHESA.** Araguaína/TO - autorização
1552 *psicologia. Parecer: insatisfatório. Contextualização e justificativas: Mantenedora: Instituto Tocantinense*
1553 *Presidente Antônio Carlos Ltda – ITPAC – entidade privada com fins lucrativos. Vagas solicitadas: 100*
1554 *vagas anuais, no período noturno, com entrada semestral. Vagas existentes no Estado: Tocantins - 5*
1555 *IES (3 públicas – 250 vagas e 2 privadas – 250 vagas) = 500 vagas anuais. Vagas existentes no*
1556 *município: Araguaína - 1 IES privada = 200 vagas anuais; Colinas do Tocantins (110 Km) = 100 vagas*
1557 *anuais. Não apresentou Termos de Compromisso/Convênio. Não demonstrou comprometimento dos*
1558 *gestores locais do SUS com a construção do PPC. O PPC apresenta fragilidades: ausência de clareza*
1559 *em relação às ênfases apresentadas (Saúde e Clínica) e como se processa a opção dos estudantes em*
1560 *relação às ênfases; como se dá a operacionalização da proposta interdisciplinar?; o Estágio Básico I*
1561 *está previsto para iniciar a partir do 7º período; o PPC carece de um programa de inserção dos*
1562 *estudantes nos campos de prática desde o início do curso, que descreva a capacidade de atendimento*
1563 *e disposição dos alunos, física e numericamente nesses cenários, para permitir e garantir a absorção*
1564 *dos discentes conforme esperado e previsto, no que se refere à rede SUS existente na região de*
1565 *saúde, principalmente, por tratar-se de curso noturno; e ausência de corpo docente com perfil mais*
1566 *próximo ao curso de Psicologia. 2) **Faculdade CESUMAR de Curitiba.** Curitiba/PR. Autorização:*
1567 *Odontologia. Parecer: insatisfatório. Contextualização e justificativas: Mantenedora: Centro de Ensino*
1568 *Superior de Maringá – entidade de direito privado, com fins lucrativos. Vagas solicitadas: 150 vagas*
1569 *anuais, sendo 50 vagas para o turno matutino e 100 vagas para o turno noturno. Vagas existentes no*
1570 *Estado: Paraná - 20 IES (1 Federal – 92 vagas; 5 Estaduais – 240 vagas e 14 Privadas – 1.459 vagas)*
1571 *= 1.791 vagas anuais. Vagas existentes no município: Curitiba - 5 IES que ofertam 502 vagas para o*
1572 *curso de Odontologia (4 Privadas = 410 vagas; 1 Pública = 92 vagas). Em um raio de até 180 Km da*
1573 *cidade há 2 IES que ofertam o curso de Odontologia, com 180 vagas em IES privadas, ambas na*
1574 *cidade de Ponta Grossa, distante 115 km de Curitiba. Não há diferenciação no PPC e na Matriz*
1575 *Curricular quanto aos cursos diurno e noturno. Não demonstra capacidade de utilização da rede de*
1576 *serviços instalada e/ou de outros equipamentos sociais existentes na região. Apesar de fazer referência*
1577 *a futuros convênios, não apresenta Termos de Convênio/Cooperação Técnica assinados. Não*
1578 *demonstra de forma clara o compromisso social do novo curso com a promoção do desenvolvimento*
1579 *regional por meio do enfrentamento dos problemas de saúde da região. Não demonstra mecanismos*
1580 *que favoreçam a interiorização e a fixação de profissionais, incluindo compromisso com a educação*
1581 *permanente dos docentes e dos profissionais dos serviços de saúde em coerência com a construção do*
1582 *SUS, considerando-se que a IES já possui curso de Odontologia no interior do Estado e propõe um*
1583 *curso na capital. O curso não organiza seu currículo com ousadia de inovação na perspectiva da*
1584 *formação em equipe de saúde, não explicita o compromisso do curso com a integralidade e a*
1585 *multiprofissionalidade, mesmo possuindo outros 04 cursos de graduação na área da saúde. Não foi*
1586 *observado compromisso de contrapartida da instituição para utilização de instituições públicas como*
1587 *campo de ensino em serviço. O curso não demonstra como contribuirá para a superação dos*
1588 *desequilíbrios na oferta de profissionais de saúde atualmente existentes, levando em conta a relação*
1589 *entre a distribuição das ofertas de formação e a distribuição da população. 3) **Faculdades Planalto***
1590 **Central.** Guará/DF. Autorização Odontologia (vinculada ao credenciamento). Parecer: insatisfatório.
1591 *Contextualização e justificativas: Mantenedora: Associação Educacional de Patos de Minas – AEPM –*
1592 *entidade privada sem fins lucrativos. Vagas Solicitadas: 150 vagas anuais, sendo 100 vagas para o*
1593 *turno integral e 50 vagas para o turno noturno. Vagas existentes no DF: 07 IES (1 pública e 6 privadas)*
1594 *que oferecem o curso de Odontologia e disponibilizam, anualmente, 838 vagas. Em um raio de até 180*
1595 *Km de Brasília há 1 IES que oferta o curso de Odontologia: Anápolis (96 vagas; 154 km). Não há*
1596 *indicativos claros da articulação da IES com a gestão local do SUS e de sua participação na construção*
1597 *do PPC. O aluno não terá inserção na comunidade desde o início do curso. O PPC não inclui a*
1598 *capacidade de atendimento dos alunos nos cenários de prática extramuros e na Clínica de Odontologia*
1599 *da IES. Não há diferenciação no PPC e na Matriz Curricular quanto aos cursos diurno e noturno. A*

1600 FPC, na Região Administrativa do Guará, não oferece nenhum outro curso de graduação, constituindo-
1601 se um curso isolado. Não há garantia de inserção dos alunos no SUS, uma vez que não foi
1602 apresentado documentos que comprovem a assinatura de Termo de Convênio ou Termos de
1603 Cooperação Técnica da IES para utilização da rede de serviços de saúde do SUS instalada na região.
1604 O convênio formalizado foi somente com a 11ª Região Militar do Hospital Militar de Área de Brasília,
1605 instituição não incorporada ao SUS. Em seguida, apresentou os pareceres satisfatórios com
1606 recomendações: **4) Faculdade de Tecnologia dos Inconfidentes.** Itabirito/MG. Autorização.
1607 Psicologia. Parecer: satisfatório com recomendações. Mantenedora: Associação de Ensino Superior
1608 dos Inconfidentes – entidade privada sem fins lucrativos. Vagas solicitadas: 114 vagas anuais, período
1609 noturno, com periodicidade semestral. Vagas existentes no Estado: MG - 68 IES (6 públicas – 824
1610 vagas e 62 privadas - 11.764 vagas) = 12.588 vagas anuais. Vagas existentes no município: Itabirito –
1611 5 IES (incluindo a proponente) - 2 públicas federais, 2 em processo de descredenciamento voluntário, 1
1612 privada que oferta cursos à distância, porém nenhuma IES oferece vagas para o curso de Psicologia.
1613 Recomenda-se à IES, para os próximos ciclos avaliativos: a) Anexar ao processo Termos de
1614 Convênio/Cooperação Técnica e/ou COAPES; b) Apresentar plano de inserção dos alunos na rede de
1615 serviços instalada do município/região; c) Ampliar seu quadro docente e a carga-horária dos docentes
1616 de parcial para integral; d) Ampliar o número de exemplares do seu acervo bibliográfico, por unidade
1617 curricular básica; e) Demonstrar claramente em seu PPC os mecanismos e estratégias de interiorização
1618 e fixação de profissionais (sistema de cotas, por exemplo); f) Apresentar um programa de educação
1619 permanente dos docentes e incluir os profissionais dos serviços de saúde em coerência com a
1620 construção do SUS; g) Explicitar melhor no PPC a formação em equipes de saúde, a utilização de
1621 métodos ativos e como se dará a inserção dos alunos em práticas na comunidade desde o início do
1622 curso; h) Apresentar a Clínica-Escola com o devido funcionamento do Serviço de Psicologia prestado à
1623 comunidade e integrado ao SUS, conforme entendimento descrito no PPC; i) Criar, junto a outras IES
1624 do município/região, oportunidades de trocas interprofissionais na área da saúde, para construção
1625 prática da interdisciplinaridade na formação e composição do perfil profissional do aluno, no âmbito das
1626 políticas públicas do SUS. **5) Faculdade de Tecnologia e Ciências de ITABUNA.** Itabuna/BA.
1627 Autorização. Odontologia. Satisfatório com recomendações: Mantenedora: Instituto Mantenedor de
1628 Ensino Superior da Bahia Ltda. – entidade de direito privado com fins lucrativos. Vagas solicitadas: 100
1629 vagas anuais, turno matutino, com entrada semestral. Vagas existentes no Estado: 27 IES (3 públicas -
1630 220 vagas e 24 privadas – 3.050 vagas) = 3.270 vagas anuais. Vagas existentes no município: Itabuna
1631 - 1 IES privada = 200 vagas anuais. Em um raio de até 180 quilômetros de Itabuna são ofertadas 240
1632 vagas, estando assim distribuídas: Ilhéus - 31,3 km (100 vagas; IES privada) e Jequié - 174 km (40
1633 vagas em IES pública estadual; 100 vagas em IES privada). Recomenda-se à IES para os próximos
1634 ciclos avaliativos: a) Demonstrar com mais clareza em seu PPC como se dará a inserção dos
1635 estudantes em práticas na comunidade, desde o primeiro ano do curso; b) Ajustar alguns componentes
1636 curriculares no PPC, para que as disciplinas clínicas começem mais cedo, favorecendo a formação
1637 generalista; e agrupar melhor a disciplina de Dentística evitando descontinuidade no seu aprendizado
1638 evitando prejuízo no desenvolvimento de suas habilidades; e c) Melhorar a infraestrutura do curso, principalmen-
1639 te no seu acervo bibliográfico e nos laboratórios de radiologia, que não atendem
1640 adequadamente à demanda e a acomodação dos alunos podendo comprometer a qualidade na
1641 prestação de serviços. **6) Faculdade Anhanguera de Piracicaba.** Piracicaba/SP. Autorização.
1642 Psicologia. Satisfatório com recomendações. Mantenedora: Anhanguera Educacional Ltda - entidade
1643 privada com fins lucrativos. Vagas solicitadas: 150 vagas anuais, em regime de matrícula semestral,
1644 nos turnos matutino e noturno,(60 vagas = matutino e 90 vagas = noturno). Vagas existentes no
1645 Estado: 101 IES (13 públicas – 1.745 vagas e 88 privadas – 39.418 vagas), que oferecem, anualmente,
1646 um total de 41.163 vagas para o curso. Vagas existentes no município: 1 IES privada que oferta 160
1647 vagas; na capital, São Paulo (157 Km) = 10.666 vagas. Recomenda-se à IES para os próximos ciclos
1648 avaliativos: a) Apesar de o novo curso demonstrar possibilidade de utilização da rede de serviços
1649 instalada, recomenda-se à IES, para os próximos ciclos avaliativos, anexar ao processo os Termos de
1650 Convênio e os compromissos assumidos pelos gestores locais do SUS (locorregional); b) Demonstrar
1651 em seu PPC como se dará a inserção dos estudantes em práticas na comunidade, desde o primeiro
1652 ano do curso; c) Disponibilizar documentação sobre a instalação de Serviço de Psicologia, “com as
1653 funções de responder às exigências para a formação do psicólogo”, conforme determinam as DCN
1654 (Resolução CNE/CES Nº 5, de 15 de março de 2011, Art. 25) para a abertura de curso de Psicologia; d)
1655 Mencionar as formas para contemplar estágios para os alunos do curso noturno e/ou como se dará a
1656 inserção dos alunos nos campos de estágios para este turno. Concluída a apresentação e não havendo
1657 manifestações, o Presidente submeteu à apreciação do Pleno os seis pareceres elaborados pela
1658 CIRHRT/CNS. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os seis pareceres apresentados pela**
1659 **CIRHRT.** Em seguida, o Presidente do CNS fez a leitura da minuta de atualização da Resolução nº.
1660 515, de 3 de junho de 2016. O texto é o seguinte: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde - CNS,
1661 em sua Ducentésima Octogésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 1º, 2 e 3 de junho de

1662 2016, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 8.080, de 19 de
1663 setembro de 1990; pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº. 5.839, de 11 de
1664 julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da
1665 legislação brasileira correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988 determina que a
1666 saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que
1667 visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e
1668 serviços para sua promoção, proteção e recuperação; considerando que compete ao Sistema Único de
1669 Saúde (SUS) a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; considerando que a
1670 Lei nº. 8.080/1990 dispõe que estão incluídas no campo de atuação do SUS a execução de ações de
1671 ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; considerando que a Lei nº.º
1672 8.142/1990 dispõe que o CNS, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por
1673 representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na
1674 formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente,
1675 inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do
1676 poder legitimamente constituído em dada esfera do governo; considerando que a Educação a Distância
1677 (EaD) já é um dispositivo aplicado nos cursos de graduação, conforme a Portaria nº. 4.059, de 10 de
1678 dezembro de 2004, que autoriza às instituições de ensino superior a introduzir, na organização
1679 pedagógica e curricular de seus cursos superiores reconhecidos, a oferta de disciplinas integrantes do
1680 currículo na modalidade semipresencial, com base no art. 81 da Lei nº.º 9.394/1996, desde que esta
1681 oferta não ultrapasse 20% (vinte por cento) da carga horária total do curso; considerando que, neste
1682 caso, já é considerável o tempo para experienciar a metodologia e a tecnologia, em se tratando da área
1683 da saúde, tornando desnecessária uma formação em EaD para além dessa realidade; considerando o
1684 Decreto nº.º 8.754/2016, que altera o Decreto nº.º 5.773/2006, que dispõe sobre o exercício das funções
1685 de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de
1686 graduação e sequenciais no sistema federal de ensino; considerando que a oferta de cursos de
1687 graduação em Medicina, Odontologia, Psicologia e Enfermagem, inclusive em universidades e centros
1688 universitários, depende de autorização do Ministério da Educação (MEC), após manifestação do CNS;
1689 considerando a Resolução CNS nº.º 507/2016, que torna públicas as propostas, diretrizes e moções
1690 aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a garantir-
1691 lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório Final; considerando que as Diretrizes
1692 Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação da área da saúde têm em suas competências,
1693 habilidade e atitudes prerrogativas de uma formação para o trabalho em equipe de caráter
1694 multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, à luz dos princípios do SUS, com ênfase na
1695 integralidade da atenção; considerando que a formação para o SUS deve pautar-se na necessidade de
1696 saúde das pessoas e, para tanto, requer uma formação interprofissional, humanista, técnica e de ordem
1697 prática presencial, permeada pela integração ensino/serviço/comunidade, experienciando a diversidade
1698 de cenários/espaços de vivências e práticas que será impedida e comprometida na EaD. Resolve: **1)**
1699 Posicionar-se contrário à autorização de todo e qualquer curso de graduação da área da saúde,
1700 ministrado na modalidade EaD, pelos prejuízos que tais cursos podem oferecer à qualidade da
1701 formação de seus profissionais, bem como pelos riscos que estes profissionais possam causar à
1702 sociedade, imediato, a médio e a longo prazo, refletindo uma formação inadequada e sem integração
1703 ensino/serviço/comunidade; **2)** No caso do disposto na Portaria nº.º 4.059/2004, observar que não
1704 sejam abrangidos nesta modalidade de ensino as disciplinas de caráter assistencial e de práticas
1705 profissionais que tratem do cuidado/atenção em saúde; **3)** Que as DCNs da área de saúde sejam objeto
1706 de discussão e deliberação do CNS de forma sistematizada, dentro de um espaço de tempo adequado
1707 para permitir a participação, no debate, das organizações de todas as profissões regulamentadas e das
1708 entidades e movimentos sociais que atuam no controle social, para que o Pleno do Conselho cumpra
1709 suas prerrogativas e atribuições de deliberar sobre o SUS, sistema que tem a responsabilidade
1710 constitucional de regular os recursos humanos da saúde.” Concluída a apresentação, foi aberta a
1711 palavra para contribuições. Foram apresentados os seguintes adendos: no item 1 do resolve, incluir
1712 “totalmente”, permanecendo o trecho “(...) ministrado totalmente na modalidade EaD (...)”; no item 2 do
1713 resolve, contemplar “atenção em saúde *individual e coletiva*”. Após considerações, o Presidente do
1714 CNS colocou em votação a minuta com os dois adendos apresentados. **Deliberação: aprovada, com**
1715 **duas abstenções, a resolução com os acréscimos feitos pelo Plenário.** Na sequência, o Presidente
1716 retornou ao “Item 3 – Radar” para definição dos encaminhamentos. **Deliberação: o Plenário decidiu**
1717 **solicitar ao DATASUS e à Secretaria Executiva do MS maior detalhamento sobre os contratos**
1718 **relativos à informatização (“banda larga”) para as unidades de saúde e fazer o acompanhamento**
1719 **por meio da Mesa Diretora do CNS e da COFIN/CNS.** Em seguida, foi aberta a palavra para definição
1720 dos encaminhamentos relativos ao “Item 2 – Balanço da gestão do Ministério da Saúde de junho a
1721 setembro de 2016”. **Deliberação: em relação ao item 2 da pauta, o Plenário decidiu: solicitar às**
1722 **secretarias finalísticas do Ministério da Saúde que encaminhem ao CNS os detalhes**
1723 **orçamentários e financeiros dos resultados positivos da gestão do Ministério da Saúde,**

1724 conforme apresentado na reunião; e enviar aos coordenadores das comissões do Conselho a
1725 apresentação feita pelo Ministro de Estado da Saúde no CNS para avaliação mais aprofundada e
1726 posicionamento. Prazo: até 25 de outubro. A Mesa Diretora do CNS irá sistematizar as questões
1727 apresentadas para serem enviadas às áreas finalísticas do Ministério da Saúde; solicitar ao
1728 DENASUS a apresentação do resultado das auditorias feitas no Programa Aqui tem Farmácia
1729 Popular nos componentes da assistência farmacêutica; e solicitar informações ao Ministério da
1730 Saúde sobre a realocação do valor decorrente da economia com a aquisição de medicamentos
1731 (foi realocado na assistência farmacêutica?). Continuando, o Presidente do CNS procedeu aos
1732 encaminhamentos relativos ao Item 5 da pauta que debateu a PEC 241/2016. Sintetizou os
1733 encaminhamentos apresentados e o Plenário fez acréscimos. **Deliberação:** neste item, o Plenário
1734 decidiu, com quatro abstenções: 1) convocar vigília cívica nacional para agregar forças contra a
1735 PEC 241/2016; 2) chamar as entidades nacionais nas redes sociais para que realizem, junto com
1736 o CNS, movimento contrário à aprovação da PEC 241/2016 no Plenário da Câmara dos
1737 Deputados; 3) convocar as entidades nacionais com sede em Brasília, para acompanhar, nos
1738 dias 10 e 11 de outubro, o movimento contra a PEC 241/2016 com visita aos 513 gabinetes dos
1739 parlamentares, junto com a assessoria técnica do CNS, e divulgação do posicionamento
1740 contrário do Conselho (entregar documento); 4) publicar a nota contra a PEC 241/2016 e fotos no
1741 facebook com os deputados que apoiam o Movimento Saúde + 10 (PEC 01/2015) e hoje
1742 defendem a PEC 241/2016; 5) realizar mobilização nos aeroportos dos estados a fim de
1743 convencer parlamentares a votarem contra a PEC 241/2016; 6) encaminhar a nota do CNS contra
1744 a PEC 241/2016 aos conselheiros e por “mala direta” aos parlamentares; 7) enviar a relação com
1745 dados dos parlamentares (por estado) – telefone, e-mail e endereço para fazer movimento de
1746 convencimento contra a PEC (divisão por Estado); 8) chamar instituições, entidades e
1747 movimentos para reforçar o movimento contra a aprovação da PEC 241/2016: CONASS,
1748 CONASEMS, as entidades que compõe o CNS, OAB, CNBB (divulgar manifestações públicas); 9)
1749 divulgar os materiais contra a PEC 241/2016 (documentos, 150 mil flayers contra a PEC
1750 241/2016) e em favor da PEC 01/2015; 10) Subscrever pedido de audiência do com a Comissão
1751 Interamericana de Direitos Humanos da OEA (até 10 de outubro) para realização em novembro, a
1752 fim de tratar da retirada de direitos sociais garantidos na Constituição Federal (subsídios:
1753 documentos já produzidos pelo CNS); 11) debater na audiência com a Procuradoria Geral da
1754 República, marcada para 14 de outubro, as ações de interesse da defesa do SUS no Supremo
1755 Tribunal Federal, bem como as ações relativas aos preceitos constitucionais; e 12) mobilizar as
1756 entidades do CNS em apoio à Marcha do Outubro Rosa, promovida pela FEMAMA, no dia 23 de
1757 outubro, que irá manifestar-se contra a PEC 241/2016. **ITEM 8 – INFORMES GERAIS –**
1758 **INFORMES SOBRE AS REUNIÕES DAS COMISSÕES INTERSETORIAIS – INFORMES SOBRE A 1ª**
1759 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE**
1760 **SAÚDE DA MULHER – INDICAÇÕES** - Coordenação: conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da
1761 Mesa Diretora do CNS; conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e **Neide**
1762 **Rodrigues**, Secretária Executiva do CNS. **INDICAÇÕES** - 1) Fórum de Pesquisa Clínica no Brasil:
1763 Competitividade Internacional e Desafios. Uma vaga para o Conselho Nacional de Saúde. Data: 18 de
1764 outubro de 2016. Horário: 8h às 18h. Local: Brasília-DF. *Indicação:* conselheira **Francisca Valda**,
1765 coordenadora adjunta da CONEP/CNS. 2) VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica. Duas
1766 vagas para o Conselho Nacional de Saúde. Data: 18, 19 e 20 de outubro de 2016. Local: Brasília-DF.
1767 *Indicação:* conselheira **Sônia Pereira**; e conselheiro **José Arnaldo**. 3) O Distrito Sanitário Oeste
1768 convida o Conselho Nacional de Saúde para II Mostra de Saúde do DSO, em especial para solenidade
1769 de abertura e o painel “Vida no Trabalho: trabalhar sim, adoecer não!”. Data: 19 e 20 de outubro de
1770 2016. Local: Natal/RN. *Indicação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**. 4) XI Congresso Norte e
1771 Nordeste de Terapia Ocupacional. Período: 24 a 27 de outubro de 2016. Finalidade: participar de
1772 audiência pública: “Estratégias para ampliação do acesso ao atendimento de Terapia Ocupacional à
1773 população brasileira”. Data: 27 de outubro. Horário: das 16h40 às 18h15. Local: Fortaleza/CE.
1774 *Indicação:* conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**. 5) A Rede Nacional de Pessoas Trans do
1775 Brasil - REDETRANS convida para duas edições do Workshop “Encontros regionais da Rede Trans
1776 Brasil”. Edição regional do Nordeste Recife/PE. Data: 25 a 27 de outubro de 2016. Edição nacional em
1777 Florianópolis/SC. Finalidade: compor a mesa de abertura e palestrar sobre o tema “Políticas de
1778 equidade e atual quadro e perspectivas de Ambulatórios específicos travestis e transexuais e
1779 elaboração de documento final onde haverá a construção de propostas sobre os temas”. Data: 23 a 26
1780 de novembro de 2016. *Indicação:* conselheira **Tathiane Aquino de Araújo**. 6) IX Congresso Brasileiro
1781 de Naturopatia. Palestra: Políticas Públicas e Práticas Integrativa e Complementares”. Data: 3 e 4 de
1782 novembro de 2016. Local: Florianópolis/SC. *Indicação:* Conselheira **Simone Leite**, coordenadora
1783 adjunta da CIPICS/CNS. 7) Seminário em Saúde Integral de Lésbicas e Mulheres Bissexuais Negras –
1784 “Ancestralidade e Diversidade: Fortalecendo as Pretas”. Data: 19 de novembro de 2016. Local: João
1785 Pessoa/PB. *Indicação:* Conselheira **Heliana Hemetério**. 8) 1º Encontro de Práticas Integrativas e

1786 Complementares do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. Palestra: Os Benefícios da Prática
1787 Integrativa no SUS. Data: 21 de novembro de 2016. Horário: das 9h30 às 10h. Local: Curitiba/PR.
1788 *Indicação: conselheiro Wilen Heil e Silva.* 9) Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.
1789 Indicação: Conselheiro (a) do segmento dos Usuários para substituir a Conselheira Patrícia Augusta
1790 Alves Novo. A indicação será debatida *on line* e o nome será enviado para o CNS. 10) XXIV Congresso
1791 Brasileiro de Nutrição. Data: 26 a 29 de outubro de 2016. Local: FIERGS, Porto Alegre/RS. *Indicações:*
1792 conselheira **Záira Tronco Salermo**, coordenadora da CIAN; conselheira **Semiramis Amorim**; e
1793 conselheiro **Wilen Heil e Silva** (no caso do conselheiro, sem o custeio do CNS). 11) PRONON e
1794 PRONAS/PCD. A indicação é para uma vaga (sendo um titular e um suplente) e não duas como
1795 constava anteriormente. **Encaminhamento: remeter aos fóruns para indicação de um trabalhador e**
1796 **um usuário.** 12) VII Encontro Nacional da CIST. Data: 16 a 18 de novembro. Local: São Luiz/MA.
1797 *Indicações – Profissionais de saúde: Ivone Martini de Oliveira; Maria Laura Carvalho Bicca;*
1798 **Semiramis Maria Amorim Vedovatto; Nelcy Ferreira da Silva; Sueli Terezinha Goi Barrios;**
1799 **Agleildes Arichele Leal de Queirós; Maria do Socorro Bezerra Mateus; Francisca Valda da Silva.**
1800 *Usuários: Wanderley Gomes da Silva; Moyses Toniolo de Souza; Gilson Silva; José Vanilson*
1801 **Torres da Silva; Adriano Macedo Félix; Marisa Furia Silva; Rafael Nunes do Nascimento; Antônio**
1802 **de Souza Amaral.** Coordenadores - *Comissão de Vigilância: Fernando Zasso Pigatto; Artur*
1803 **Custódio Moreira de Sousa. Coordenadoras da Comissão de Saúde da Mulher: Carmen Lúcia Luiz;**
1804 **e Alessandra Ribeiro de Souza.** 13) 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária - 7º SIMBRAVISA.
1805 Data: 26 a 30 de novembro de 2016. Local: Salvador/Bahia. Tema central “Sistema Único de Saúde -
1806 SUS e seu Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS”. Participantes: coordenadores da
1807 comissão de vigilância em saúde; oito representantes dos usuários; e oito representantes dos
1808 trabalhadores em saúde. **Encaminhamento: o Fórum de Usuários e o Fórum de Trabalhadores da**
1809 **Saúde deverão indicar os nomes até 11 de outubro de 2016, considerando a recomendação do**
1810 **Pleno de avaliar a possibilidade de priorizar a participação dos integrantes da Comissão de**
1811 **Vigilância em Saúde nas indicações dos nomes. Além disso, será assegurada a participação dos**
1812 **integrantes da Comissão executiva da 1ª conferência nacional de vigilância em saúde.** *Indicações*
1813 *do segmento dos trabalhadores da saúde* (após a reunião do Pleno): 1) **Semiramis Amorim;** 2) **Zaira**
1814 **Tronco Salerno;** 3) **Pris Oliveira;** 4) **Nelcy Ferreira da Silva;** 5) **Shirley Marshal Díaz Morales;** 6)
1815 **Maria Laura Carvalho Bicca;** 7) **Denise Torreão;** e 8) **Ivone Martini de Oliveira.** 14) Lista de
1816 suplência das comissões. Proposta: que os coordenadores entreguem as listas à assessoria técnica
1817 para constar na ata. **Encaminhamento: o segmento dos usuários deverá enviar a lista para ser**
1818 **inclusa no texto da ata. O segmento de trabalhadores verificará como será feita a substituição,**
1819 **uma vez que não definiu lista.** 15) Vagas remanescentes, conforme composição das Comissões
1820 Intersetoriais. Duas vagas na Comissão Intersetorial de Saúde Bucal, na suplência. **Encaminhamento:**
1821 **o segmento dos usuários definirá a forma de indicação para as duas vagas na suplência. Os**
1822 **nomes serão apresentados até a próxima reunião.** 16) Congresso Brasileiro de Educação Médica.
1823 Palestrante no tema “Papel do controle social no COAPS”. 13 de outubro. Brasília. *Indicação:*
1824 **conselheira Andreia de Oliveira ou Juliana Acosta Santorum (consultar).** Se não puderem,
1825 **buscar conselheiro que more em Brasília.** 17) XIX Congresso da UNIDAS. Cenário político
1826 econômico e a repercussão sobre a saúde suplementar. Data: 20 a 22 de outubro. Local: Recife/PE.
1827 Uma vaga com isenção de taxa de inscrição. *Indicação: conselheira Priscilla Viegas Barreto de*
1828 **Oliveira.** 18) Indicação de mais um nome para coordenação ajunta das Comissões: Intersetorial de
1829 Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF; Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos
1830 de Vida - CIASCV; Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias - CIASPP; e
1831 Intersetorial de Orçamento e Financiamento. O segmento dos trabalhadores indicou a conselheira
1832 **Clarice Baldotto** para a Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica –
1833 CICTAF. Para as demais comissões, não há representante para indicar. No caso dos usuários, o Fórum
1834 debaterá. Para a COFIN, o entendimento é que no momento não é necessário indicar mais um
1835 coordenador adjunto. **RECOMENDAÇÃO** - Conselheira **Vânia Lúcia Leite** fez a leitura da minuta de
1836 recomendação (proposta de encaminhamento que saiu do GT, do qual faz parte o CNS “Criança e
1837 Adolescente em Situação de Rua” do CONANDA. A minuta foi elaborada e enviada às coordenações
1838 da Comissão Ciclos de Vida e Equidade que apresentaram contribuições). O texto é o seguinte: “O
1839 Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Octogésima Sexta Reunião Ordinária,
1840 realizada nos dias 06 e 07 de outubro de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições
1841 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de
1842 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da
1843 República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando o disposto
1844 na Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu art. 227; considerando as previsões constantes da
1845 Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (CDC), de 1989, da qual o Brasil é
1846 membro signatário; considerando que a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre o
1847 Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que a saúde é direito fundamental do ser humano,

1848 devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (art. 2º); considerando as
1849 diretrizes do SUS, quais sejam: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de
1850 assistência; integralidade e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de
1851 qualquer espécie; considerando os direitos assegurados pela Lei Federal nº 8.069/90, o Estatuto da
1852 Criança e do Adolescente; considerando as normativas do Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº
1853 13.257/2016); considerando o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças
1854 e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, de 2006; considerando a responsabilidade do
1855 Estado brasileiro de assegurar direitos humanos de mulheres, adolescentes e crianças em todas as
1856 circunstâncias, dentro do Sistema de Garantias de Direitos de Crianças e Adolescentes; considerando a
1857 Resolução CONANDA nº 173/2015, de 08 de abril de 2015, do Conselho Nacional dos Direitos da
1858 Criança e do Adolescente – CONANDA, que cria o “Grupo de Trabalho Crianças e Adolescentes em
1859 Situação de Rua” para desenvolver estratégias, diretrizes e fluxos para atenção de crianças e
1860 adolescentes em situação de rua nas políticas públicas; considerando a Nota Técnica Conjunta nº.
1861 001/2015- SAS/MS e SGEP, do Ministério da Saúde e do Ministério do Desenvolvimento Social e
1862 Combate à Fome, expedida em 16/09/15, contendo “diretrizes e fluxograma para a atenção integral à
1863 saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e
1864 seus filhos recém nascidos”; considerando que a referida Nota é direcionada especialmente a gestores
1865 e profissionais de saúde; considerando que verifica-se, com frequência cada vez maior, a prática de
1866 retirada de crianças para fins de adoção compulsória, e ou acolhimento institucional em diversos
1867 lugares do Brasil, de retirada de bebês de mulheres em situação de rua e usuárias de crack e outras
1868 drogas; considerando as necessidades das mulheres e das adolescentes com quadro de intenso
1869 sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas, ou mesmo em outra situação
1870 de vulnerabilidade social e ou vulnerabilidade econômica como a vivência na rua, provenientes de
1871 conflitos familiares, violência e outras situações; considerando que nessas circunstâncias, o papel do
1872 Estado brasileiro direciona-se a promover ações para o fortalecimento dessas mulheres e
1873 adolescentes, agindo a partir de demandas e especificidades que apresentam; considerando que o
1874 Poder Judiciário tem autorizado a entrega de bebês à famílias não biológicas, quando o bebê nasce de
1875 mãe usuária de crack e/ou outras drogas e que é fundamental um estudo cauteloso das ações
1876 sanitárias; considerando a necessidade de construção de intervenção social, com as mulheres, em
1877 primeiro plano, com vistas a desenvolver hábitos, modos e estilos de vida mais saudáveis – sozinhas
1878 ou em parceria familiar, intervenção que possibilitará a essas mulheres e adolescentes a
1879 ressignificação de suas escolhas sobre aquilo que lhes afeta e por elas é desejado. Recomenda: Ao
1880 Ministério Público Federal que impeça o Poder Judiciário de promover a separação das mães em
1881 situação de rua e/ou usuárias de álcool, crack/outras drogas de seus bebês de maneira compulsória,
1882 sem, antes, esgotar todas as possibilidades de fortalecimento do vínculo familiar e sem considerar a
1883 proteção integral da mãe e do bebê juntos; e Aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde,
1884 gestores do SUS, por meio do CONASS e CONASEMS, e profissionais de saúde: Que realizem o
1885 monitoramento da incidência ou não da retirada compulsória dos bebês de mulheres e adolescentes em
1886 situação de rua e/ou usuárias de álcool, crack/outras drogas; Que reconheça o papel fundamental do
1887 SUS na promoção de ações e nas articulações intersetoriais necessárias, a fim de resguardar o direito
1888 das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e de seus
1889 filhos recém-nascidos, a convivência familiar e comunitária como direito assegurado pelas normativas
1890 nacionais e internacionais; Que sejam estabelecidos procedimentos específicos para atendimento das
1891 mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos
1892 recém-nascidos por se encontrarem em situação singular das demais mulheres e adolescentes, necessitando
1893 um atendimento diferenciado e humanizado. Após a leitura, foi sugerido substituir a
1894 expressão “Que impeça” por “interceda”. **Deliberação: aprovada a minuta com duas abstenções.**
1895 **INFORMES:** 1) Informe sobre a efetivação do Direito à Saúde no Brasil. Apresentação: conselheira
1896 **Vânia Lúcia Leite.** 2) Informes sobre reunião da CISM e apresentação da recomendação sobre
1897 internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas. Apresentação: conselheira
1898 **Semiramis Maria Amorim Vedovatto.** **Deliberação: aprovado o mérito da minuta de**
1899 **recomendação (“que crianças não sejam encaminhadas a comunidades terapêuticas”).** Após as
1900 adequações, a recomendação será encaminhada aos conselheiros. 3) Informe sobre falta de
1901 medicamento de alto custo para esclerose múltipla, decorrente de furto no hospital Mario Covas de
1902 Santo André. Apresentação: conselheiro **Marco Aurélio Torronteguy.** **Encaminhamento: enviar**
1903 **ofício ao hospital Mario Covas de Santo André solicitando informações sobre o fornecimento de**
1904 **medicamentos, inclusive de esclerose múltipla; e enviar documento ao CES e ao CMS**
1905 **informando o ocorrido.** 4) Informe sobre reunião da composição da Comissão Intersetorial de
1906 Promoção, Proteção, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPSPICS. Apresentação:
1907 conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios.** 5) Dia Nacional de Luta da População Negra. Transmissão
1908 ao vivo, pelo Facebook. A virada da saúde da população negra com início dia 27/10, às 24h e término
1909 às 24h do dia 28/10. Durante 24 horas serão debatidos temas relacionados à saúde da população

1910 negra. Solicitação de indicação de 5 pessoas para contribuir com a atividade. Contados:
1911 redesaudenegra@gmail.com; redelailaids@gmail.com. Apresentação: conselheira **Sônia Aparecida**
1912 **Pereira. Encaminhamento: os interessados em participar deverão entrar em contato com a**
1913 **conselheira Sônia Aparecida (telefone e e-mail). A equipe de comissão do CNS fará um card para**
1914 **incluir no facebook do CNS.** 6) Participação no Simpósio sobre saúde sexual e reprodutiva masculina.
1915 Apresentação: conselheiro **Moyses Toniolo de Souza.** 7) Evento "Todos juntos contra o Câncer".
1916 Apresentação: conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca.** 8) Participação no Seminário de assistência
1917 farmacêutica. Solicitações: segmento dos gestores/prestadores de serviço indique os nomes para a
1918 CIVF; envio de nota técnica do CNS aos CES e CMS informando a constituição dos comitês estaduais
1919 de apoio; e autorização para realizar mais uma reunião presencial da CIVF em 2016 (final de novembro
1920 ou início de dezembro). Apresentação: Conselheira **Lorena Baía. Encaminhamento: a solicitação da**
1921 **CIVF (realizar mais uma reunião presencial em 2016) será apreciada pela Mesa Diretora do CNS.**
1922 9) Informe sobre a participação do CNS (conselheiro André Luiz e Wanderley Gomes) no debate
1923 realizado pela Fiocruz em defesa das políticas públicas e da saúde, com mesa-redonda sobre a PEC
241 e os impactos sobre os direitos sociais e a saúde. Data: 30 de setembro. 10) Informe sobre a
1924 participação no evento de lançamento do Projeto OncoRede, realizado pela Agência Nacional de Saúde
1925 Suplementar – ANS, no dia 5 de outubro de 2016. Apresentação: conselheira **Ivone Martini de**
1926 **Oliveira.** 11) Informe sobre a participação na audiência do STF para dar publicidade à Resolução CNS
1927 338. Solicitação: Plenário também se manifeste para dar publicidade à posição do CNS. 12) Informe
1928 sobre a visibilidade da 286ª RO: 154 pessoas acompanharam a reunião, 109 até o final da sessão; e 4
1929 mil visualizações. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheiro **Geordeci Menezes**
1930 **de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou a reunião. Estiveram presentes os seguintes
1931 conselheiros no segundo dia de reunião: **Titulares – André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos
1932 Bispos do Brasil- CNBB; **Antônio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Carmen Lucia Luiz**, União
1933 Brasileira de Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio –
1934 CNC; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG;
1935 **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira
1936 (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –
1937 ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Gerdo Bezerra**
1938 **de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos
1939 Trabalhadores; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João**
1940 **Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
1941 na Saúde – CNTS; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Maria**
1942 **Aparecida Diogo Braga**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Luiz**
1943 **Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical –
1944 SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria**
1945 **Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Maria Zenó Soares da**
1946 **Silva**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes - FENAFAL;
1947 **Moyses Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de**
1948 **Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI);
1949 **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação
1950 dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional
1951 dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da**
1952 **Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho
1953 Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). **Suplentes – Agleilde Arichele Leal de**
1954 **Queirós** (Liu Leal); **Andreia de Oliveira**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço
1955 Social – ABEPSS; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB;
1956 **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleusa Rodrigues da Silveira**
1957 **Bernardo**, Ministério da Saúde (MS); **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos
1958 Estudantes de Medicina – DENEM; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de
1959 Fonoaudiologia – CFFa; **Gislei Siqueira Knierim**, Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – MST;
1960 **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB;
1961 **Gerlane Baccarin**, Ministério da Saúde; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de
1962 Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem –
1963 COFEN; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José**
1964 **Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Jipiara Gonçalves de**
1965 **Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino
1966 Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos
1967 Ostomizados (ABRASO); **Marco Aurelio Antas Torronteguy**, Movimento dos Portadores de Esclerose
1968 Múltipla – MOPEM; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários
1969 – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
1970 **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do

1972 Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Maria Thereza Ferreira Teixeira**, Secretaria Geral da Presidência da República; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Silma Maria Alves de Melo**, Conselho Federal de Biologia – CFBio; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; **Tathiane Aquino de Araújo**, Rede Nacional de Pessoas Trans- Rede Trans Brasi; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.