



MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

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

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

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

Ratificou a proposta de chamar os gestores responsáveis pelos contratos para maiores detalhes acerca do que realmente ocorreu. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** explicou que a CONEP e outras Comissões do CNS dependem de plataformas para desempenhar as suas atribuições. Para implementar melhor as ações desta Comissão, a Plataforma Brasil precisa ser otimizada. Assim, perguntou se o DATASUS está organizado para otimizar a Plataforma e quanto há de recursos humanos e financeiros para aprimorar a plataforma e receber novas demandas do CNS em relação a pesquisas. Acrescentou que, para outras áreas, esse aprimoramento também será necessário.

Retorno da mesa. O diretor do DATASUS/MS, **Marcelo Fiadeiro**, explicou que o contrato para provimento de internet foi assinado entre o MS e o MCTI em 2010. Disse que o DATASUS identificou que a utilização não estava sendo feita de forma adequada, assim, devolveu ao MCTI, que é o responsável pela gestão do contrato. Explicou que o MS está negociando com a Embratel e o Ministro de Estado da Saúde reuniu-se com a vice-presidente da empresa para debate. Salientou que os 11 mil pontos foram sendo reduzidos ao longo da gestão pela falta de utilização e, ao chegar ao índice de redução menor que o permitido pela Lei 8.666/1993 (25%), iniciou-se discussão judicial. Reiterou que a gestão do contrato é feita pelo MCTI e o DATASUS é uma parte integrante desse processo. Sobre redução de contratos, esclareceu que em nenhum deles foi feita redução do escopo, mas sim nos valores, na prestação dos serviços (aplicação da Portaria 8.540/2015). Sobre judicialização, base de dados, tempo para entrega de sistemas, reiterou que dependem de decisão da área finalística. Sobre a Plataforma Brasil, disse que o DATASUS responde pela tecnologia, mas não pode definir sobre a forma de funcionamento. Salientou que as metodologias publicadas pela Portaria 664 estarão funcionando, pois é a plataforma para a qual se consegue dar suporte. O coordenador da mesa agradeceu a presença do diretor da DATASUS e encerrou a discussão deste item.

Informe sobre o combate ao Aedes Aegypti (dengue, zika vírus e chikungunya) – A diretora-substituta do Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – DEVIT/SVS/MS, **Wanessa Oliveira**, fez um informe sobre a situação epidemiológica atual sobre dengue, zika, chikungunya, número de microcefalia e as ações relacionadas à sala de coordenação e controle. Primeiro, mostrou gráfico com a situação epidemiológica da dengue, Brasil, SE 1 a 38 de 2016, destacando que o número de casos em 2016 foi menor (1.442.265 casos prováveis (SE 1 a SE 38) em relação a 2014 (524.441 casos prováveis (SE 1 a SE 38) e 2015 (1.511.838 casos prováveis (SE 1 a SE 38). Acrescentou que a epidemia iniciou e terminou mais cedo em relação ao ano anterior. Em relação aos óbitos por dengue confirmados, Brasil, 2014 a 2016, destacou: 2014 – 423; 2015 – 838; 2016 – 568 (SE 1 a 38 de 2016). Sobre a situação epidemiológica de chikungunya no país, semana 1 a 37 de 2016, salientou que a incidência concentra-se no Nordeste. Destacou que foram confirmados 120 óbitos – PE, PB, RN, CE, RJ, BA, MA, PI, SP – com concentração nos meses de fevereiro e março. Sobre a situação epidemiológica de Zika no país, semana 1 a 37 de 2016, detalhou: 1) número de casos de Zika segundo critério de confirmação e semana epidemiológica – a) número de casos prováveis: 200.465 (98,1/100.000 hab.); b) Óbitos : 2015*: 3 óbitos confirmados (MA, RN e PA); e 2016: 3 óbitos confirmados: RJ (2) e ES (1); e 2) número de casos de Zika em gestantes segundo critério de confirmação e semana epidemiológica: a) número de casos prováveis: 16.473; e b) número de casos confirmados: 9.507. Lembrou que zika passou a ser uma doença de notificação compulsória em fevereiro de 2016. Seguindo, falou sobre os casos notificados de microcefalia e/ou malformações do sistema nervoso central e/ou alteração no SNC (até SE 39/2016); destacando que foram 9.711 casos notificados, 4.687 descartados, 2.001 casos confirmados e 3.023 em investigação. Detalhou a distribuição de casos novos notificados de microcefalia e/ou alteração do snc, segundo regiões geográficas, de janeiro até (SE 39/2016) 1º de outubro de 2016. Salientou que desde a semana epidemiologia 12 (março/abril) observou-se estabilidade no número de notificações; incremento de casos novos está em torno de 2%, semana a semana (número está abaixo no notificado em 2015). Detalhou que o Estado da Bahia fez busca de casos retrospectivos, o que causou aumento no número de casos na Região Nordeste. Falou sobre a Sala Nacional de Coordenação e Controle, lembrando que foi instituída, entre outras, com a atribuição de estimular a criação de salas estaduais e municipais, principalmente naqueles considerados prioritários. Salientou que são 1.735 salas municipais, salas regionais no estado de Pernambuco, uma sala binacional (municípios de Tabatinga-AM e Letícia/Colômbia) e uma sala interfederativa – DF e GO. Explicou que são realizadas videoconferências quinzenais com os Estados a fim de debater as ações necessárias para o combate ao vetor e mobilização social. Por fim, apresentou quadro resumo dos ciclos de visitas a imóveis urbanos, destacando o percentual dos ciclos 1º, 4º e 5º que foram maiores (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 31/08): 67,9%. Detalho que no 5º ciclo houve redução no número de visitas a imóveis urbanos por conta das férias dadas aos agentes comunitários de saúde e agentes de endemia. Por fim, apresentou o percentual de focos nos imóveis visitados nos cinco ciclos: 1º ciclo: 3,37 %; 2º ciclo: 3,2 %; 3º ciclo: 2,48%; 4º ciclo: 2,03%; e 5º ciclo: 2,3%.

Manifestações. Conselheira **Oriana Bezerra Lima** saudou a expositora e discordou que a diminuição do número de visitas decorreu por conta de férias dos agentes, porque a maioria desses profissionais, cujas férias foram canceladas, era da FUNASA e no município

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

conforme apresentado na reunião; e enviar aos coordenadores das comissões do Conselho a apresentação feita pelo Ministro de Estado da Saúde no CNS para avaliação mais aprofundada e posicionamento. Prazo: até 25 de outubro. A Mesa Diretora do CNS irá sistematizar as questões apresentadas para serem enviadas às áreas finalísticas do Ministério da Saúde; solicitar ao DENASUS a apresentação do resultado das auditorias feitas no Programa Aqui tem Farmácia Popular nos componentes da assistência farmacêutica; e solicitar informações ao Ministério da Saúde sobre a realocação do valor decorrente da economia com a aquisição de medicamentos (foi realocado na assistência farmacêutica?). Continuando, o Presidente do CNS procedeu aos encaminhamentos relativos ao Item 5 da pauta que debateu a PEC 241/2016. Sintetizou os encaminhamentos apresentados e o Plenário fez acréscimos. **Deliberação: neste item, o Plenário decidiu, com quatro abstenções: 1) convocar vigília cívica nacional para agregar forças contra a PEC 241/2016; 2) chamar as entidades nacionais nas redes sociais para que realizem, junto com o CNS, movimento contrário à aprovação da PEC 241/2016 no Plenário da Câmara dos Deputados; 3) convocar as entidades nacionais com sede em Brasília, para acompanhar, nos dias 10 e 11 de outubro, o movimento contra a PEC 241/2016 com visita aos 513 gabinetes dos parlamentares, junto com a assessoria técnica do CNS, e divulgação do posicionamento contrário do Conselho (entregar documento); 4) publicar a nota contra a PEC 241/2016 e fotos no facebook com os deputados que apoiaram o Movimento Saúde + 10 (PEC 01/2015) e hoje defendem a PEC 241/2016; 5) realizar mobilização nos aeroportos dos estados a fim de convencer parlamentares a votarem contra a PEC 241/2016; 6) encaminhar a nota do CNS contra a PEC 241/2016 aos conselheiros e por “mala direta” aos parlamentares; 7) enviar a relação com dados dos parlamentares (por estado) – telefone, e-mail e endereço para fazer movimento de convencimento contra a PEC (divisão por Estado); 8) chamar instituições, entidades e movimentos para reforçar o movimento contra a aprovação da PEC 241/2016: CONASS, CONASEMS, as entidades que compõe o CNS, OAB, CNBB (divulgar manifestações públicas); 9) divulgar os materiais contra a PEC 241/2016 (documentos, 150 mil flyers contra a PEC 241/2016) e em favor da PEC 01/2015; 10) Subscrever pedido de audiência do com a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA (até 10 de outubro) para realização em novembro, a fim de tratar da retirada de direitos sociais garantidos na Constituição Federal (subsídios: documentos já produzidos pelo CNS); 11) debater na audiência com a Procuradoria Geral da República, marcada para 14 de outubro, as ações de interesse da defesa do SUS no Supremo Tribunal Federal, bem como as ações relativas aos preceitos constitucionais; e 12) mobilizar as entidades do CNS em apoio à Marcha do Outubro Rosa, promovida pela FEMAMA, no dia 23 de outubro, que irá manifestar-se contra a PEC 241/2016.**

ITEM 8 – INFORMES GERAIS – INFORMES SOBRE AS REUNIÕES DAS COMISSÕES INTERSETORIAIS – INFORMES SOBRE A 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER – INDICAÇÕES - *Coordenação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e **Neide Rodrigues**, Secretária Executiva do CNS. **INDICAÇÕES** - **1)** Fórum de Pesquisa Clínica no Brasil: Competitividade Internacional e Desafios. Uma vaga para o Conselho Nacional de Saúde. Data: 18 de outubro de 2016. Horário: 8h às 18h. Local: Brasília-DF. *Indicação:* conselheira **Francisca Valda**, coordenadora adjunta da CONEP/CNS. **2)** VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica. Duas vagas para o Conselho Nacional de Saúde. Data: 18, 19 e 20 de outubro de 2016. Local: Brasília-DF. *Indicação:* conselheira **Sônia Pereira**; e conselheiro **José Arnaldo**. **3)** O Distrito Sanitário Oeste convida o Conselho Nacional de Saúde para II Mostra de Saúde do DSO, em especial para solenidade de abertura e o painel “Vida no Trabalho: trabalhar sim, adoecer não!”. Data: 19 e 20 de outubro de 2016. Local: Natal/RN. *Indicação:* conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**. **4)** XI Congresso Norte e Nordeste de Terapia Ocupacional. Período: 24 a 27 de outubro de 2016. Finalidade: participar de audiência pública: “Estratégias para ampliação do acesso ao atendimento de Terapia Ocupacional à população brasileira”. Data: 27 de outubro. Horário: das 16h40 às 18h15. Local: Fortaleza/CE. *Indicação:* conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**. **5)** A Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil - REDETRANS convida para duas edições do Workshop “Encontros regionais da Rede Trans Brasil”. Edição regional do Nordeste Recife/PE. Data: 25 a 27 de outubro de 2016. Edição nacional em Florianópolis/SC. Finalidade: compor a mesa de abertura e palestrar sobre o tema “Políticas de equidade e atual quadro e perspectivas de Ambulatórios específicos travestis e transexuais e elaboração de documento final onde haverá a construção de propostas sobre os temas”. Data: 23 a 26 de novembro de 2016. *Indicação:* conselheira **Tathiane Aquino de Araújo**. **6)** IX Congresso Brasileiro de Naturologia. Palestra: Políticas Públicas e Práticas Integrativa e Complementares”. Data: 3 e 4 de novembro de 2016. Local: Florianópolis/SC. *Indicação:* Conselheira **Simone Leite**, coordenadora adjunta da CIPICS/CNS. **7)** Seminário em Saúde Integral de Lésbicas e Mulheres Bissexuais Negras – “Ancestralidade e Diversidade: Fortalecendo as Pretas”. Data: 19 de novembro de 2016. Local: João Pessoa/PB. *Indicação:* Conselheira **Heliana Hemetério**. **8)** 1º Encontro de Práticas Integrativas e

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

devido o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (art. 2º); considerando as diretrizes do SUS, quais sejam: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade e igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; considerando os direitos assegurados pela Lei Federal n.º 8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente; considerando as normativas do Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016); considerando o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, de 2006; considerando a responsabilidade do Estado brasileiro de assegurar direitos humanos de mulheres, adolescentes e crianças em todas as circunstâncias, dentro do Sistema de Garantias de Direitos de Crianças e Adolescentes; considerando a Resolução CONANDA n.º 173/2015, de 08 de abril de 2015, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, que cria o “Grupo de Trabalho Crianças e Adolescentes em Situação de Rua” para desenvolver estratégias, diretrizes e fluxos para atenção de crianças e adolescentes em situação de rua nas políticas públicas; considerando a Nota Técnica Conjunta n.º 001/2015- SAS/MS e SGEP, do Ministério da Saúde e do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, expedida em 16/09/15, contendo “diretrizes e fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém nascidos”; considerando que a referida Nota é direcionada especialmente a gestores e profissionais de saúde; considerando que verifica-se, com frequência cada vez maior, a prática de retirada de crianças para fins de adoção compulsória, e ou acolhimento institucional em diversos lugares do Brasil, de retirada de bebês de mulheres em situação de rua e usuárias de crack e outras drogas; considerando as necessidades das mulheres e das adolescentes com quadro de intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas, ou mesmo em outra situação de vulnerabilidade social e ou vulnerabilidade econômica como a vivência na rua, provenientes de conflitos familiares, violência e outras situações; considerando que nessas circunstâncias, o papel do Estado brasileiro direciona-se a promover ações para o fortalecimento dessas mulheres e adolescentes, agindo a partir de demandas e especificidades que apresentam; considerando que o Poder Judiciário tem autorizado a entrega de bebês à famílias não biológicas, quando o bebê nasce de mãe usuária de crack e/ou outras drogas e que é fundamental um estudo cauteloso das ações sanitárias; considerando a necessidade de construção de intervenção social, com as mulheres, em primeiro plano, com vistas a desenvolver hábitos, modos e estilos de vida mais saudáveis – sozinhas ou em parceria familiar, intervenção que possibilitará a essas mulheres e adolescentes a ressignificação de suas escolhas sobre aquilo que lhes afeta e por elas é desejado. Recomenda: Ao Ministério Público Federal que impeça o Poder Judiciário de promover a separação das mães em situação de rua e/ou usuárias de álcool, crack/outras drogas de seus bebês de maneira compulsória, sem, antes, esgotar todas as possibilidades de fortalecimento do vínculo familiar e sem considerar a proteção integral da mãe e do bebê juntos; e Aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, gestores do SUS, por meio do CONASS e CONASEMS, e profissionais de saúde: Que realizem o monitoramento da incidência ou não da retirada compulsória dos bebês de mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool, crack/outras drogas; Que reconheça o papel fundamental do SUS na promoção de ações e nas articulações intersetoriais necessárias, a fim de resguardar o direito das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e de seus filhos recém-nascidos, a convivência familiar e comunitária como direito assegurado pelas normativas nacionais e internacionais; Que sejam estabelecidos procedimentos específicos para atendimento das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos por se encontrarem em situação singular das demais mulheres e adolescentes, necessitando um atendimento diferenciado e humanizado. Após a leitura, foi sugerido substituir a expressão “Que impeça” por “interceda”. **Deliberação: aprovada a minuta com duas abstenções.**

INFORMES: 1) Informe sobre a efetivação do Direito à Saúde no Brasil. *Apresentação:* conselheira **Vânia Lúcia Leite**. 2) Informes sobre reunião da CISM e apresentação da recomendação sobre internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas. *Apresentação:* conselheira **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**. **Deliberação: aprovado o mérito da minuta de recomendação (“que crianças não sejam encaminhadas a comunidades terapêuticas”).** Após as adequações, a recomendação será encaminhada aos conselheiros. 3) Informe sobre falta de medicamento de alto custo para esclerose múltipla, decorrente de furto no hospital Mario Covas de Santo André. *Apresentação:* conselheiro **Marco Aurélio Torronteguy**. **Encaminhamento: enviar ofício ao hospital Mario Covas de Santo André solicitando informações sobre o fornecimento de medicamentos, inclusive de esclerose múltipla; e enviar documento ao CES e ao CMS informando o ocorrido.** 4) Informe sobre reunião da composição da Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPSPICS. *Apresentação:* conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**. 5) Dia Nacional de Luta da População Negra. Transmissão ao vivo, pelo Facebook. A virada da saúde da população negra com início dia 27/10, às 24h e término às 24h do dia 28/10. Durante 24 horas serão debatidos temas relacionadas 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
1924 241 e os impactos sobre os direitos sociais e a saúde. Data: 30 de setembro. **10)** Informe sobre a
1925 participação no evento de lançamento do Projeto OncoRede, realizado pela Agência Nacional de Saúde
1926 Suplementar – ANS, no dia 5 de outubro de 2016. *Apresentação:* conselheira **Ivone Martini de**
1927 **Oliveira. 11)** Informe sobre a participação na audiência do STF para dar publicidade à Resolução CNS
1928 338. Solicitação: Plenário também se manifeste para dar publicidade à posição do CNS. **12)** Informe
1929 sobre a visibilidade da 286ª RO: 154 pessoas acompanharam a reunião, 109 até o final da sessão; e 4
1930 mil visualizações. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheiro **Geordecí Menezes**
1931 **de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou a reunião. Estiveram presentes os seguintes
1932 conselheiros no segundo dia de reunião: *Titulares* – **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos
1933 Bispos do Brasil- CNBB; **Antônio Pitó**, Pastoral da Saúde Nacional; **Carmen Lucia Luiz**, União
1934 Brasileira de Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio –
1935 CNC; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG;
1936 **Edmundo Dzuaiwi Omere**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira
1937 (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –
1938 ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Gerdo Bezerra**
1939 **de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Geordecí M. Souza**, Central Única dos
1940 Trabalhadores; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João**
1941 **Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
1942 na Saúde – CNTS; **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF); **Maria**
1943 **Aparecida Diogo Braga**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Luiz**
1944 **Alberto Catanocce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical –
1945 SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria**
1946 **Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Maria Zenó Soares da**
1947 **Silva**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Faciliformes - FENAFAL;
1948 **Moyses Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Neilton Araújo de**
1949 **Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI);
1950 **Oriana Bezerra Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação
1951 dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional
1952 dos Farmacêuticos – Fenafar; **Sônia Pereira**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **Wanderley Gomes da**
1953 **Silva**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho
1954 Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). *Suplentes* – **Agileilde Arichele Leal de**
1955 **Queirós** (Liu Leal); **Andreia de Oliveira**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço
1956 Social – ABEPSS; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB;
1957 **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleusa Rodrigues da Silveira**
1958 **Bernardo**, Ministério da Saúde (MS); **Danilo Aquino Amorim**, Direção Executiva Nacional dos
1959 Estudantes de Medicina – DENEM; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho Federal de
1960 Fonoaudiologia – CFFa; **Gislei Siqueira Knierim**, Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – MST;
1961 **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB;
1962 **Gerlane Baccarin**, Ministério da Saúde; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de
1963 Secretários de Saúde – CONASS; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem –
1964 COFEN; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José**
1965 **Arnaldo Pereira Diniz**, Federação Inter estadual dos Odontologistas – FIO; **Jupiara Gonçalves de**
1966 **Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino
1967 Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Márcia Patrício de Araújo**, Associação Brasileira dos
1968 Ostomizados (ABRASO); **Marco Aurelio Antas Torronteguy**, Movimento dos Portadores de Esclerose
1969 Múltipla – MOPEM; **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários
1970 – FENAMEV; **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
1971 **Maria do Socorro Bezerra Mateus**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do

1972 Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Maria Thereza Ferreira Teixeira**, Secretária Geral da
1973 Presidência da República; **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e
1974 dos Direitos Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**,
1975 Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Semiramis Maria Amorim Vedovatto**,
1976 Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Silma Maria Alves de Melo**, Conselho Federal de Biologia –
1977 CFBio; **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; **Tathiane**
1978 **Aquino de Araújo**, Rede Nacional de Pessoas Trans- Rede Trans Brasi; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**,
1979 Pastoral da Criança.