



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA DUCENTÉSIMA NONAGÉSIMA OITAVA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE - CNS

Aos cinco e seis dias do mês de outubro de dois mil e dezessete, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Ducentésima Nonagésima Oitava Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A mesa de abertura foi composta pelo conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS e pela conselheira **Francisca Rego Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. Estabelecido o quórum, às 9h05, o Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os presentes e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Inicialmente, o Pleno fez um minuto de silêncio pelo aniversário de promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 5 de outubro de 1988, e o conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** estendeu a homenagem ao Estado do Tocantins, oficializado na mesma data, e também ao Ministério Público e ao município do Tocantins. Em seguida, o Presidente do CNS apresentou os objetivos da reunião: **1) Apreciar e aprovar os informes e as indicações. 2) Assistir, apreciar e debater acerca da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no SUS. 3) Apreciar os itens do Radar. 4) Assistir, debater e deliberar sobre as lições do acidente na Boate Kiss. 5) Apreciar e deliberar sobre os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS. 6) Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e financiamento – COFIN/CNS. 7) Avaliar, debater e deliberar sobre a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres – 2ª CNSMu. 8) Promover o debate acerca da Política Nacional de Atenção Básica. 9) Acompanhar, refletir e rever possíveis encaminhamentos da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS. 10) Apreciar e deliberar sobre encaminhamentos das Comissões Intersetoriais.** Na sequência, apresentou a pauta da reunião. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 298ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, fez a leitura da pauta da reunião e informou que possivelmente seria necessária readequação porque o Ministro de Estado da Saúde dispôs-se a participar da reunião para tratar sobre a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Conselheira **Carolina Abad** frisou a importância da participação de representantes das entidades que compõem no CNS na mobilização em favor da Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI nº. 5.595, que solicita a anulação da Emenda Constitucional 86/2015, responsável por cortes de investimentos em saúde, no dia 19 de outubro de 2017. A respeito da atividade, o Presidente do CNS informou que seria realizada reunião naquele dia, às 19h, para definir os detalhes. **Deliberação: a pauta da 298ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada.** Em virtude do intervalo menor entre a 297ª e 298ª RO, não foi possível apreciar a ata da 297ª Reunião Ordinária na 298ª RO. O texto será enviado com antecedência aos conselheiros para aprovação na próxima reunião do Conselho. **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativas de ausências** – Justificaram previamente ausência: conselheiro **André Luiz de Oliveira**; conselheiro **Carlos de Souza Andrade**; conselheiro **João Paulo dos Santos Reis Neto**; conselheiro **Antônio Carlos Figueiredo Nardi**; conselheira **Lorena Baía Alencar**; conselheiro **Marcos Franco**; e conselheira **Sônia Aparecida Pinheiro Pereira**. **Apresentação de Coordenadores de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde** – estiveram presentes à reunião: **Tibério Guimarães** – AL; e **Jacildo de Siqueira** – MT. O Presidente também registrou a presença de representantes dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS na reunião e abriu a palavra à presidente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde - CONACS, **Ilda Angélica**, para manifestação. Na sua fala, a Presidente da CONACS explicou que, no dia nacional dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS e de Combate às Endemias - ACE, 4 de outubro, foram realizadas atividades na Câmara dos Deputados, em Brasília.

Na ocasião, os agentes pediram a revogação da Portaria do MS nº. 2437, que regulamenta Nova Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, pactuada em agosto de 2017. Disse que a manifestação dos trabalhadores faz parte da Semana de Mobilização Nacional dos ACS e ACE, com a realização de diversas atividades em Brasília nos dias 3, 4 e 5 de outubro. Além disso, destacou que os agentes reivindicam a aprovação da PEC 22/11, que fixa regras para o pagamento dos ACS e do PL 6.437/16, que dispõe sobre as atribuições das profissões do ACS e do ACE. Frisou que a Confederação apoia o movimento do CNS que solicita a suspensão imediata da Portaria que regulamenta a nova PNAB e conclamou outras entidades a participar desse movimento. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, agradeceu o apoio da representação dos ACS e ACE ao movimento do Conselho e frisou que o CNS deve apoiar a luta desses agentes, que são a porta de entrada no SUS, principalmente neste momento de ameaça ao Sistema e seu esse modelo de atenção. **INFORMES – Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. **1) Conselheira Sueli Terezinha Goi Barrios** fez os seguintes informes: **a)** Projeto VER-SUS – inscrições abertas para submissão de projetos de vivências VER-SUS Brasil 2017-2018. Data: de 22 de setembro a 10 de outubro de 2017. A Associação Brasileira da Rede Unida é responsável pela Secretaria Executiva do Projeto VER-SUS/Brasil, em parceria com Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. O VER-SUS já ocorreu em 21 estados e no Distrito Federal, envolvendo mais de 450 municípios e 10 mil participantes, entre viventes e facilitadores. Abertas as inscrições também para seminários do VER-SUS. Data: até 31 de outubro. **b)** 13º Congresso Internacional da Rede Unida. Tema central “Faz escuro, mas cantamos: redes em reexistência nos encontros das águas”, tema inspirado na poesia de Tiago de Melo. Local: Manaus/AM. Data: 30 de maio a 2 de junho de 2018. Um dos eixos é a participação social e os interessados poderão inscrever trabalho até 30 de outubro de 2017. Expectativa: 5 mil congressistas. Em nome da coordenação da Rede Unida, colocou a estrutura do Congresso à disposição para realizar a reunião do CNS no evento e incluir atividades do Conselho na programação. **2) Conselheira Francisca Rêgo Oliveira Araújo** informou o Pleno que, no dia 30 de setembro de 2017, foi realizado processo eleitoral da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia - ABENFISIO com eleição da nova coordenação nacional para o triênio 2017/2020 (o novo coordenador nacional é o professor **Tarcísio Fulgêncio Alves da Silva**). **3) Conselheira Shirley Marshal Morales**, presidente da Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE, fez um informe sobre a Ação Ordinária do Conselho Federal de Medicina contra a União Federal, visando a suspensão dos efeitos da Portaria MS nº 2.488/2011, precisamente acerca da atuação do profissional enfermeiro no que tange à solicitação de exames complementares. Disse que essa iniciativa causará prejuízos aos usuários e solicitou que o CNS aprovasse moção de repúdio. O texto seria apreciado posteriormente fora do item dos informes. Neste ponto, a mesa interrompeu os informes para iniciar o item 3 Radar, dada a presença dos convidados e o avançado da hora. **ITEM 3 – RADAR - Outubro Rosa e Planos de Saúde Acessíveis - Outubro Rosa. Planos de Saúde Acessíveis.** **Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. **Outubro Rosa - Apresentação:** **Jimeny P. B. Santos**, representante da Coordenação Geral de Atenção Especializada – CGAE/DAET/SAS/MS; e conselheira **Carolina Abad**, representante da FEMAMA. A primeira expositora foi a conselheira **Carolina Abad**, representante da FEMAMA, que falou sobre a Campanha Nacional Outubro Rosa da FEMAMA voltada ao empoderamento de pacientes. Começou explicando que a FEMAMA é uma federação nacional, que congrega setenta ONGs de dezoito Estados e o Distrito Federal, visando diminuir a mortalidade por câncer de mama no Brasil e aumentar o acesso a diagnóstico e tratamento do câncer de mama para a população. Explicou que a Campanha Nacional Outubro Rosa da FEMAMA 2017 visa estimular pacientes com câncer a atitude de se envolver ativamente com o próprio diagnóstico e tratamento, exigindo o melhor para si. Explicou que cerca de 960 mil novos casos de câncer serão diagnosticados no Brasil, sendo 60 mil de mama. Segundo explicou, esse tipo de câncer, com diagnóstico precoce e início de tratamento com rapidez, tem cura, evitando a morte da paciente. Como encaminhamento, solicitou o apoio das entidades à campanha da Federação de envio de mensagens ao Presidente da Câmara de Deputados solicitando que os direitos sejam garantidos com urgência (preencher o formulário em www.pacientesnocontrole.org.br e clicar em “Enviar Pedido” para se juntar à mobilização). Entre os projetos que precisam avançar, destacou dois que contribuem para diagnóstico precoce e tratamento rápido: PL 3.752/12 - determina o prazo máximo de 30 dias para conclusão do diagnóstico de câncer no SUS; e PL 8470/17 - dispõem sobre a adoção do registro compulsório do câncer. No que diz respeito ao diagnóstico, explicou que o câncer é

uma doença evolutiva que tem melhores prognósticos de tratamento quando detectada nos estágios iniciais, por este motivo, o diagnóstico precoce é determinante na melhora dos desfechos. Acrescentou que Brasil, 60,5% das pacientes descobre o câncer em estágio avançado, causando sérios prejuízos às mulheres, podendo levar à morte. Sobre o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do tumor, frisou que os tratamentos oncológicos promovidos pelo SUS não têm sido realizados no tempo devido. Detalhou, por exemplo, o estágio do diagnóstico das pacientes com câncer de mama: 40% no estágio II IV; e 11% no estágio IV. Para o câncer de mama, o comparativo com o Reino Unido deixa evidente que o Brasil tem muita oportunidade de aprimorar o tempo de espera para o início do tratamento. Em mais de 98% dos casos, o Reino Unido iniciou o tratamento em até 30 dias, enquanto no Brasil, apenas 33% dos pacientes foram tratados neste intervalo de tempo. Por fim, reiterou o pedido de que as entidades participem da campanha e solicitou que as mulheres façam o exame a fim de salvar vidas. A representante da CGAE/DAET/SAS/MS, **Jimeny P. B. Santos**, começou explicando que, ao tratar do câncer de mama, é preciso olhar várias questões – sistemas de informação, orientação sob o cuidado, organização da rede. Nessa linha, explicou que o INCA aponta as estimativas de câncer no país e, no caso do câncer de mama, a expectativa é de 58 mil para 2016. Além disso, as taxas de mortalidade das cinco localizações primárias mais frequentes são elevadas. Sobre o rastreamento do câncer de mama, disse que os serviços de saúde precisam ficar atentos para a população feminina, de 50 a 69 anos, especificamente na atenção básica, a fim de garantir acesso ao exame. Na linha do diagnóstico, explicou que são 4.898 mamógrafos no Brasil, 43% são de uso do SUS, dentro do preconizado, todavia, a utilização não é adequada. Na análise sobre quantitativo de exames realizados/quantitativo de mamógrafos SUS por Estado, explicou que, segundo Nota Técnica disponibilizada pelo INCA, em 2012, o parâmetro utilizado para calcular a capacidade de produção de um mamógrafo simples é: 32 exames/dia x 22 dias úteis/mês x 12 meses x 80% da capacidade de produção, sendo 6.758 mamografias/ano. Todavia, os dados mostram que há grande quantidade de equipamentos, mas que não são utilizados em sua totalidade por fatores diversos. Na análise do quantitativo de exames realizados/quantitativo de mamógrafos SUS por Estado, Pernambuco e Bahia são os Estados que mais utilizam mamógrafos (mais de dois mil exames em 2015, 2016 e 2017). Sobre a produção de exames mamográficos por Estado, explicou que a Coordenação faz estimativa da população feminina que necessita de exame e monitora a quantidade dos exames realizados. Nesse caso, os dados mostram baixa produção de exames de mamografias por conta de barreiras de acesso. Por fim, ressaltou que a mortalidade do câncer de mama ainda é elevada e faz-se necessário esforço conjunto para enfrentar essa questão. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, lembrou que o objetivo do Radar é evidenciar preocupações e definir estratégias de enfrentamento dos problemas. Com essas palavras, passou ao próximo tema do Radar. **Planos de Saúde Acessíveis - Apresentação: Lígia Bahia**, Pesquisadora e Professora da Universidade do Rio de Janeiro – URJ; e conselheira **Shirley Marshal**, coordenadora adjunta da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar - CISS/CNS. Antes de abrir a palavra às expositoras, o Presidente do CNS informou que a direção da Agência Nacional de Saúde Suplementar, convidada a participar do debate, justificou que não poderia comparecer por conta de compromissos e não foi indicado outro representante da Agência para estar presente. A coordenadora adjunta da CISS/CNS, conselheira **Shirley Marshal**, fez uma fala inicial sobre o tema, reforçando a preocupação da CISS com a proposta de planos acessíveis de saúde e lamentando a aprovação, pelo GT do MS/ANS, do relatório descritivo sobre a proposta. Destacou que, no debate deste tema, é preciso entender a concepção da proposta de planos acessíveis de interromper/comprometer a rede de atenção primária. Encerrou dizendo que, após a explanação da professora Lígia Bahia, apresentaria as recomendações da Comissão a respeito do tema. A pesquisadora e professora da URJ, **Lígia Bahia**, iniciou pontuando que o contexto atual é pouco democrático e republicano, com desmonte das políticas públicas. Além disso, é preciso levar em conta o contexto particular em relação ao setor privado da saúde, porque há suspeita de “compra” da lei do capital estrangeiro. Frisou que nesse cenário preocupante a Comissão Especial da Câmara dos Deputados propôs a votação, em regime urgência, de nova lei de planos de saúde. No seu ponto de vista, essa iniciativa é preocupante porque a comissão constitui-se de deputados que tradicionalmente não se preocupam com o setor saúde e as audiências públicas sobre o tema contaram com a presença de empresários. Seguindo, explicou que a proposta de plano acessível, ao contrário das definições anteriores (“planos baratos” e “plano popular”), custa caro e não é popular porque o povo brasileiro está ausente desse processo de discussão. Além disso, é antiacessível porque restringe acesso aos

serviços. No seu modo de ver, denominações mais precisas para a proposta seriam: Plano com Cobertura Reduzida ou Plano Semi-Privado/Semi-Público. Feita essa contextualização, detalhou a proposta da Comissão Especial: revogação da Lei 9.656/98 - novo marco legal, extinção de mais de 140 PLs, segmentação; redução do Rol de Procedimentos, planos regionalizados e oferta existente; reajuste após 60 anos e mudança no Estatuto do Idoso com o argumento: “diluição” de reajustes aplicados antes dos 60; diminuição do valor do ressarcimento ao SUS; redução de multas; e tratamento especial a UNIMEDS e Autogestões. No caso do SUS, destacou que a situação é crítica, agravada por medidas de retrocessos, como a Emenda Constitucional - EC 95, com sucateamento de estruturas físicas e pessoal desmotivado e pouco comprometido. Nessa lógica, reafirma-se a ideia de que saúde não é direito, mas sim favor. De outro lado, pontuou que a situação dos planos e seguros de saúde é ruim tendo em vista restrição de coberturas, aumento de preços e a rede privada de saúde nem sempre é adequada. Nesse cenário, alertou, no caso de aprovação da proposta de plano acessível, a saúde não será vista como direito, mas sim como acesso racionado a determinados procedimentos ofertados. Continuando, fez uma breve análise dos interesses e agendas relacionadas ao tema. Para os empresários do setor saúde, interessa a venda de plano popular diante do desemprego no país e porque possuem interesse nas clínicas populares e nas farmácias com atividades assistenciais. No caso dos sindicatos de trabalhadores, disse que aderiram aos planos de saúde e não têm se envolvido tanto no tema; esse segmento apoia o SUS na retórica, mas defende planos privados de saúde. No caso dos trabalhadores da saúde, destacou que também precisam mobilizar-se, considerando, inclusive, as contradições: reivindicação por melhores condições de trabalho, de um lado, e redução da jornada, do outro. Em relação ao governo, estranhou que o Ministro de Estado da Saúde defenda mais planos privados de saúde no Brasil. Disse que a agenda mostra a dificuldade de mobilizar-se e posicionar-se acerca da proposta. Salientou que nem todas as empresas concordavam com a proposta e frisou que é preciso conhecer as contradições e aliar-se para debater. Apresentou casos reais para demonstrar que em 2014, 2015 e 2016, os reajustes das empresas repassados aos beneficiários foram maiores que o reajuste definido pela ANS. A fim de suscitar a reflexão do Pleno, colocou as seguintes questões: Quem poderá pagar pelos planos “baratos”?; O que é “barato”, considerando a renda *per capita*?; e Que cobertura terá? Frisou que o faturamento das empresas aumentou muito mais que os outros indicadores - número de clientes, inflação – e afirmou que não procede o discurso que as empresas estejam falindo. Assim, não se justifica proposta de mudança nessa área. Para finalizar, solicitou que o CNS apoie o manifesto contra as propostas de alteração na Lei de Planos de Saúde. Além disso, defendeu a saúde como bem de relevância pública, a adoção da racionalidade dos contratos públicos para qualquer contrato, a “descaptação” da ANS (dois diretores nomeados por coalisão política que visa interesses particulares e não públicos) e o início de debate no sentido de garantir planos de saúde como concessões. Nesse momento, o Presidente do CNS anunciou e agradeceu a presença do Deputado Federal **Hiran Gonçalves** (PP/RR), presidente da Comissão Especial de Planos de Saúde, no debate. A seguir, franqueou a palavra ao parlamentar para considerações acerca do tema. O deputado iniciou a sua fala agradecendo o espaço para manifestação e cumprimentando a professora Lígia Bahia, além dos demais integrantes da mesa. Explicou que a Comissão Especial sobre Planos de Saúde tem debatido o tema em profundidade, ouvindo vários segmentos – usuários, prestadores, profissionais de saúde - e o relator ainda não conclui seu relatório. Destacou, por exemplo, que a Comissão tem debatido com cuidado os altos reajustes nos planos de saúde de usuários que completam 60 anos e está em debate proposta de reajuste escalonado, de 5 em 5 anos, de 60 a 80 anos. Sobre rol de procedimentos, a proposta é que o usuário negocie com a operadora a inclusão de inovações tecnológicas ou não. No mais, detalhou que a nova proposta prevê que operadoras promovam campanhas periódicas de promoção à saúde, prevenção de riscos e doenças, inclusive em epidemias. Frisou que nesse debate é preciso lembrar que o SUS é patrimônio do povo brasileiro e planos privados de saúde são parte da economia privada. Explicou ainda que o projeto original possui 146 projetos anexos e tramita em regime de urgência, porque um dos projetos anexos, do deputado Everton Rocha, que trata da garantia de humanização do vírus da Zika nos planos privados de saúde, tramita em caráter de urgência. Disse que o relator se propôs a apresentar o relatório à Comissão no início de novembro de 2017 e, após debate, será votada a proposição final. Por fim, dispôs-se a ser o interlocutor dos usuários para diálogo com o relator no sentido de chegar a projeto de lei que seja o mais adequado possível e contemple interesses de usuários, médicos, prestadores. Saudou os ACS e ACE presentes à reunião e informou que, em reunião de trabalho, foi

proposta composição de comissão para analisar a Portaria da nova Política de Atenção Básica – PNAB e debater temas controversos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, destacou a importância da democracia e do diálogo e elogiou a iniciativa do Congresso Nacional de apresentar projeto de decreto legislativo para debate da PNAB. Ainda sobre essa Política, frisou que o Conselho aposta na democracia e no diálogo, mas não abrirá mão da prerrogativa de expressar suas posições e deliberar. A respeito da nova lei de planos de saúde, disse que o CNS apresentaria recomendação à Comissão Especial para retirada do PL do regime de urgência, inclusive para assegurar debate mais aprofundado. Também informou que a Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar, em reunião, debateu o decreto da ANS e apresentará encaminhamentos. Agradeceu a presença do deputado por entender que aponta para abertura do diálogo e ressaltou que as contradições precisam ser mediadas e os conflitos administrados. Em seguida, saudou o Ministro de Estado da Saúde e concedeu-lhe a palavra para tratar da revisão da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Também convidou para compor a mesa conselheira **Maria da Conceição Silva**, integrante do GT do CNS que debate a PNAB – GT/AB do CNS. O Ministro de Estado da Saúde, **Ricardo José Magalhães Barros**, iniciou a sua fala cumprimentando os integrantes da mesa e os demais presentes à reunião. Explicou que recebeu a visita do relator da Comissão Especial sobre Planos de Saúde, deputado **Rogério Marinho**, e recomendou ao parlamentar que se dedicasse a resolver problemas relativos a planos privados de saúde, entre eles, reajuste dos planos individuais; Estatuto do Idoso – reajuste de preços aos usuários que completam 60 anos; ressarcimento ao SUS; e multas aplicadas às operadoras. Sobre os planos acessíveis, disse que é preciso ter clareza que o SUS é direito de todos os cidadãos brasileiros. Todavia, diante da capacidade limitada do Estado em arrecadar impostos e atender demandas, as pessoas que possuem planos privados de saúde (47 milhões) contribuem para aliviar a pressão sob os brasileiros que dependem exclusivamente do SUS (150 milhões). Feitas essas considerações iniciais, passou a discorrer sobre a nova PNAB, esclarecendo que foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite – CIT, submetida à consulta pública e repactuada na CIT, com alterações. Na lógica da ampliação do diálogo sobre o tema, informou que recebera a representação das ACSs e parlatentes no dia anterior e seria realizada outra reunião na próxima quarta-feira, na Câmara dos Deputados, com a deputada Josi Nunes, além de representação do CONASS, CONASEMS, MS e ACS, para debater o tema e identificar as alterações que poderão ser acatadas. Acrescentou que eventuais alterações precisariam ser acordadas com as três esferas – União, Estados e Municípios. Detalhando a Política Nacional de Atenção Básica, explicou que 750 mil profissionais de saúde garantem o atendimento nas 42.488 Unidades Básicas de Saúde em todo país e, em 2016, foram 196,3 milhões de consultas realizadas nas UBS. Além disso, o investimento é crescente na atenção básica e, para 2017, a previsão é R\$ 19,1 bilhões. Disse que em 2016 foram registradas 125,7 milhões de consultas no E-SUS ABS e o quantitativo é 67.925 médicos em atuação. A média mensal de consultas por médico é de 168/mês, quando o esperado seria de 384/mês. Assim, a produção registrada foi 43,8% do previsto. Nesse contexto, apontou o descumprimento da carga horária como um dos principais motivos para baixa produtividade. Afirmou que o aperfeiçoamento da PNAB contribuirá para o alcance de 80% da resolutividade da atenção básica. Detalhou que a revisão fortalecerá a Política, tornando-a mais resolutiva e possibilitará a informatização de serviços para melhoria da informação coletada e garantirá composição de profissionais, carga horária e redistribuição de habitantes por equipes. Neste ponto, destacou que até o final de 2018 todos os municípios deverão estar informatizados (computadores, *tablet*, conectividade, qualificação das pessoas para utilização das pessoas, biometria de usuários e funcionários). Também falou sobre a consulta pública para receber sugestões para melhoria da PNAB, disponibilizada desde o dia 28 de julho e encerrada, destacando que foram mais de 6 mil propostas recebidas. Recordou ainda que a revisão da PNAB foi recomendada pela 15ª Conferência Nacional de Saúde, em 2015, com definição do prazo de dois anos para essa tarefa. Fez questão de clarificar que a Estratégia Saúde da Família não será substituída, portanto, não há substituição dos agentes comunitários de saúde, mas sim qualificação profissional de ACS e ACE para que possam fazer atendimento integral. Lembrou, nos termos da lei aprovada no Senado Federal, que as novas tarefas e habilitações do agente comunitário somente serão efetivadas após a qualificação e devida autorização legal. Acrescentou que novas propostas possibilitarão mais resolutividade aos serviços existentes. A primeira é a integração com outras áreas, como a vigilância em saúde, com compartilhamento das ações dos agentes comunitários de saúde e de endemia com atendimento integral nas visitas domiciliares. Além disso, frisou que a proposta possibilita o reconhecimento de outros modelos

de equipe de atenção básica que melhor se adequam a realidade local. Assim, o gestor terá mais liberdade para definir a composição dos profissionais para suas equipes (a consulta pública traz contribuições para esses modelos). Na prática, o financiamento do SUS para as equipes será ampliado. Além disso, aumentará o número de equipes que poderão receber suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e atenção básica. Com a revisão da Política Nacional, esclareceu, os núcleos de apoio passarão a dar suporte a outras modalidades de equipe de atenção básica, e não somente às equipes de Saúde da Família. Além desses avanços, disse que a nova Política prevê a indicação de gerente das unidades básicas de saúde. Atualmente, o profissional de enfermagem tem se responsabilizado pelas ações de gerenciamento nas UBS. A proposta possibilitará que os enfermeiros possam se dedicar mais às ações de assistência, ampliando o acesso aos cidadãos. Caso o gerente seja um enfermeiro, a Unidade básica de Saúde deverá possuir outro na equipe. Disse que outro avanço da nova proposta é assegurar o atendimento de usuário em mais de uma unidade básica de saúde. Hoje o atendimento é realizado na unidade mais próxima da casa do usuário. A proposta trará a possibilidade de o usuário ser atendido em uma unidade de sua escolha, seja perto da sua casa, do trabalho ou em outra localidade para o atendimento continuado. Acrescentou que a PNAB traz a obrigatoriedade do uso do Prontuário Eletrônico nas UBS e adequa-se às novas tecnologias para melhoria da informação e atendimento. Nessa linha, agentes receberão *tablets* ou *smartphones* para inserção de dados e a informação será cadastrada na hora, evitando risco de perdas de fichas e atraso no lançamento de dados. Também explicou que todas as unidades básicas de saúde deverão ofertar um conjunto essencial de ações e serviços. Hoje, cada Unidade Básica de Saúde possui serviços diferenciados, deixando de ofertar alguns essenciais para a população. Com a revisão da Política, todas as UBS deverão ofertar serviços fundamentais como: consultas de pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, pequenos procedimentos cirúrgicos, vacinação, entre outros. Seguindo, fez um destaque aos recursos economizados na gestão que garantem a continuidade do atendimento ao cidadão. Detalhou que R\$ 4 bilhões serão investidos em novos serviços de saúde, sendo R\$ 1 bilhão para custeio/ano de novos serviços da Atenção Básica e R\$ 1 bilhão para investimento. Citou, por exemplo, que foram credenciados 12.138 novos Agentes Comunitários de Saúde, 2.299 novas Equipes de Saúde Bucal, 3.103 novas Equipes de Saúde da Família, 113 novas Equipes de Saúde Prisional, 882 novos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, 34 novos Consultórios na Rua. Também foram adquiridos mais equipamentos para a saúde bucal, 10 mil equipamentos odontológicos com Raio-X e 17 novas Unidades Odontológicas móveis. Além disso, foram investidos recursos na compra de veículos para fortalecer o atendimento aos usuários do SUS: 1.500 ambulâncias do SAMU 192; 1.000 vans para transporte sanitário eletivo; e 6.500 ambulâncias brancas. Acrescentou que 57% da frota será renovada e, ao todo, serão 2.249 novas ambulâncias. Por fim, disse que o diálogo acerca desse tema estava aberto, inclusive com a categoria dos ACS e registrou a presença do diretor do Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/MS, **João Salame Neto**, e do Coordenador Geral de Acompanhamento e Avaliação – CGAA/DAB/MS, **Allan Nuno**, que poderiam contribuir no debate. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, solicitou ao Ministro de Estado da Saúde que permanecesse na reunião para ouvir as manifestações do Pleno. Afora essa questão, manifestou o interesse do CNS em participar da reunião, na Câmara dos Deputados, que irá tratar da PNAB. Conselheira **Maria da Conceição Silva**, integrante do GT/AB do CNS, cumprimentou os presentes e, no contexto de discussão da PNAB, registrou que a posição do CNS é ampliação do debate sobre a PNAB para os conselhos municipais e estaduais de saúde e para entidades e movimentos sociais; revogação da Portaria nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017; manutenção da PNAB 2011; acatamento da Recomendação do CNS nº. 35; e disponibilização dos resultados da consulta pública, realizada pela CIT, para apreciação da população, de áreas técnicas de saúde, de entidades, da academia, levando em consideração a discussão do modelo de atenção à saúde, inclusão do território, que contemple as mudanças tão necessárias à atenção e cuidados à saúde de brasileiras e brasileiros. A presidente da CONACS, **Ilda Angélica**, reiterou o compromisso da categoria dos ACS em discutir a PNAB com os formuladores da nova proposta - MS, CONASS, CONASEMS – e frisou que a intenção é sustar os efeitos da Portaria nº. 2.436/2017. Salientou que a nova proposta representa retrocesso para o SUS e para a saúde do povo brasileiro e os ACS, agentes que estão na ponta do Sistema, precisam participar da discussão. Agradeceu ao Ministro de Estado da Saúde e ao Deputado **Hiran Gonçalves** pela abertura do diálogo e disse acreditar que haverá modificações, porque a PNAB é agressiva a todos os profissionais de saúde do país. Neste momento, o Ministro de Estado da Saúde retirou-se do Plenário para participar de coletiva de imprensa e de reunião com governador do Estado do Piauí e conselheiros

manifestaram-se no sentido de frisar a importância da presença dele no debate. O Presidente do CNS explicou que apelara ao Ministro da Saúde para que permanecesse, mas não foi possível por conta da agenda dele. Todavia, lembrou a prerrogativa do Congresso Nacional de decidir sobre o tema (PDC) e a autoridade política do CNS para tomar decisões, independente da presença do Ministro de Estado da Saúde. Frisou que naquele debate três temáticas do Radar dialogavam entre si - planos acessíveis, PNAB e respeito à democracia e seria possível aprofundar o debate delas. Por fim, registrou que o diretor do DAB/SAS/MS, **João Salame Neto**, responderia na condição de representante do Ministério da Saúde na mesa.

Manifestações. Com a palavra, conselheiro **Wilen Heil e Silva** aproveitou a oportunidade para perguntar ao deputado **Hiran Gonçalves** se ele mantinha a sua posição sobre o projeto de lei de regulamentação da acupuntura (procedimento exclusivamente médico) e lembrou que o CNS defende a regulamentação multiprofissional dessa prática. Deputado **Hiran Gonçalves** explicou que, na condição de relator do projeto de lei do deputado Celso Russomano, já apresentara o relatório na CCJ e defendeu que a acupuntura é uma especialidade médica. Todavia, após discussão da matéria, retirou o seu relatório para aprofundar o debate e chegar a consenso. Explicou, inclusive, que a formação de acupunturistas não-médicos é feita de forma disforme e, muitas vezes, não garante profissionais preparados para atender a sociedade (há cursos, por exemplo, com duração de quatro meses). De todo modo, dispôs-se a debater a matéria com o conselheiro Wilen Heil em outra oportunidade. Por fim, desculpou-se por não poder permanecer durante toda a discussão, porque participaria de debate de GT com a finalidade de definir estratégias para otimizar atuação do corpo de bombeiros e SAMU em resgates. Conselheiro **Moyse Longuinho Toniolo de Souza** interveio para propor moção de repúdio ao Ministro de Estado da Saúde que fez uma fala irreal e não permaneceu para o debate pra ouvir a posição do Pleno, como já ocorreu em outros momentos. Frisou que o CNS, junto com movimentos importantes, lutará contra a PNAB que prejudica os trabalhadores da saúde, principalmente os agentes comunitários. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**, integrante do GT/AB do CNS, iniciou a sua fala afirmando não ter compreendido o motivo do debate da PNAB naquele momento, uma vez que o tema estava pautado para o segundo dia de reunião. Afirmou que há um desmonte articulado da atenção básica e defendeu a revogação imediata da Portaria da PNAB. Frisou que a ausência reiterada do Ministro de Estado da Saúde nos debates do Plenário é uma afronta ao CNS e, no mais, a apresentação feita por ele não trata dos nós críticos da proposta. Defendeu que a agenda de diálogo seja aberta de acordo com o entendimento do Conselho, considerando que a nova PNAB não representa a realidade de quem recebe e pratica a assistência. Por fim, frisou que profissionais de saúde são defensores do SUS e não de planos corporativos de saúde. Conselheira **Carolina Abad** disse que, segundo o deputado **Hiran Gonçalves**, o PL nº. 7.419 possui vários projetos apensados e, por conta de um deles, a Comissão Especial sobre Planos de Saúde solicitou a votação em regime urgência. Sendo assim, sugeriu que o CNS solicite ao Presidente da Comissão Especial que o referido PL tramite separadamente dos apensos, sem urgência de votação. Além disso, em alusão à fala do Ministro de Estado da Saúde, frisou que os serviços prestados pelo SUS não são gratuitos, pois são custeados pelos cidadãos, por meio de impostos e contribuições pagas. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, diante da amplitude de temas tratados no Radar, ateve-se ao Outubro Rosa. Explicou que participantes das Conferências de Saúde das Mulheres defenderam o cumprimento das políticas existentes e apresentaram propostas para avançar nessa pauta. Citou, por exemplo, a defesa do PL dos 30 dias, registro compulsório e a discordância com a proposta de planos de saúde acessíveis. Dirigindo-se ao Ministro e aos demais representantes do Ministério da Saúde afirmou que o controle social não é uma burocracia representativa, mas sim uma democracia viva e o Conselho possui a competência legal de formular políticas públicas. Conselheiro **Geordecy Menezes de Souza** também registrou repúdio à ausência do Ministro da Saúde no debate e perguntou ao diretor do DAB/SAS/MS o que foi feito com as contribuições da consulta pública sobre a PNAB. No seu ponto de vista, era esperada a adoção de medidas para enfraquecer o SUS e fortalecer a iniciativa privada, considerando que empresas de planos de saúde financiaram a maioria das campanhas dos atuais deputados e senadores. Conselheira **Francisca Régio Oliveira Araújo** solicitou a atenção dos representantes do MS para os seguintes pontos da PNAB: o modelo de atenção contemplado na nova proposta não é o que a sociedade necessita, nem o que o CNS defende; e impossibilidade de manter ações estratégicas com profissionais temporários. Também destacou que para atingir 80% de resolutividade na atenção básica é preciso garantir a assistência multiprofissional. No mais, frisou que o setor privado está sendo colocado não apenas como complementar ao SUS, contrariando, inclusive, preceito constitucional. Por fim,

ressaltou que a necessidade de saúde da população deve ser definida por indicadores e não por gestores. **Benedito Alexandre**, CES/AL, afirmou que o SUS está literalmente entregue ao capital internacional e a nova PNAB agrava essa situação. Nesse sentido, disse que é preciso unir forças para derrubar a proposta, inclusive, sugeriu medidas mais drásticas como a ocupação do Ministério da Saúde até a revogação da Política. Conselheiro **João Rodrigues Filho** informou que a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS entrará com ação no Supremo Tribunal de Justiça contra a Portaria da PNAB e entidades e movimentos poderão ser *amicus curie* para fortalecer a ação. Além disso, convidou todos a participar de atividade com 22 Confederações, no dia 26 de outubro, em Buenos Aires/Argentina, para debater a situação do trabalhador brasileiro. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** salientou que a Portaria da PNAB descumpra vários dispositivos legais como a LC nº. 14 e a Lei nº. 2.148 e deve ser revogada. A propósito do financiamento, destacou que a Portaria 204/2007 já apresenta saída para resolver a questão. Frisou que as reformas adotadas pelo governo são “contrarreformas”, pois trazem retrocessos e não avanços. No seu entendimento, é preciso adotar ação política, na linha do diálogo, visando à revogação da Portaria, mas, caso não ocorra, deve-se entrar com ação judicial contra essa regulamentação. Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** referiu-se à fala do deputado em relação à prática da acupuntura para esclarecer que é uma norma infralegal (Resolução do Conselho Federal de Medicina) que define a acupuntura como especialidade médica e que as demais profissões da saúde também dispõem de resolução autorizando profissionais inscritos a realizar essa prática. **Edna Rodrigues**, Conselho Municipal de Saúde – CMS de Itamaraju, dos problemas trazidos pela nova PNAB, destacou a precarização dos trabalhadores públicos, principalmente na área da saúde. Além disso, denunciou que o Presidente do CMS de Itamaraju é o Secretário de Saúde e os conselheiros são convocados para reunião quando é necessário quórum para votação. Conselheiro **Moses Longuinho Toniolo de Souza**, entre as questões debatidas naquela pauta, falou sobre a proposta de planos de saúde acessíveis, destacando que viola também o Código de Defesa do Consumidor. Sobre a PNAB, destacou a proposta de definir gerente das unidades básicas de saúde para perguntar como resolver situações de “pequenos” poderes estabelecidos por questões diversas como ato médico. Perguntou, inclusive, como definir as responsabilidades que deveriam ser compartilhadas entre toda a equipe multiprofissional. Também manifestou preocupação com a fala do Ministro da Saúde apontando que a atenção básica cuidará das pessoas com deficiência quando nem as unidades de especialidades dão conta da atenção a esse segmento. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** acompanhou a proposta de aprovar nota de repúdio à ausência do Ministro da Saúde no debate, inclusive para reafirmar a importância do CNS como instância de participação e mobilização social e popular. Salientou, inclusive, que as medidas anunciadas pelo Ministro não possuem relação com a realidade e servem para enganar o conjunto da população usuária do SUS. Na sua análise, a proposta de planos populares e a revisão da PNAB são políticas de ajuste fiscal e contrarreforma, do Ministério da Saúde e do governo federal como um todo, com o objetivo de cortar pessoal (ACS e ACE serão os mais penalizados), demitir trabalhadores, reduzir recursos para políticas sociais, especialmente da saúde. Conselheiro **Giovanny Kley Silva Trindade** rebateu a afirmação do Ministro da Saúde que plano privado de saúde contribui para “desafogar” o SUS e avaliou que o Sistema precisa de gestão qualificada, mais investimento e planejamento das ações. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** concordou que a proposta de planos acessíveis e a revisão da PNAB são estratégias articuladas para desmontar a atenção básica e do setor público e levar os serviços para a responsabilidade do setor privado. No seu entendimento, trata-se do fortalecimento/avanço do mercado no setor saúde em detrimento do setor público, configurando-se em afronta à PNAB. Também avaliou que a proposta dos planos acessíveis não é popular, nem acessível, e vai de encontro à Lei nº. 9.656/98, que regula os planos privados no Brasil. Também disse que, segundo informação do Ministro da Saúde, será realizada reunião para apresentação, pelo Instituto Coalisão Saúde (formado por empresas privadas que atuam na saúde), de uma proposta de modelo de atenção para o país. Ou seja, mais uma iniciativa articulada a serviço do mercado em detrimento do setor público. Por fim, conclamou o CNS a posicionar-se contra o PL nº. 7.419/06, que dispõe sobre a revisão da lei da regulação. Conselheiro **Breno de Figueiredo Monteiro**, representante da Confederação Nacional de Saúde – CNC no CNS, solicitou Questão de Ordem para discordar da fala do conselheiro Wanderley Gomes e esclarecer que a intenção do Instituto, do qual a CNC faz parte, não é prejudicar o SUS, nem enfraquecer a atenção básica. Ao contrário, foi criado para reunir representantes de planos do mercado, indústrias, operadoras, conselhos profissionais para debater caminhos de interesse conjunto. Conselheira

Maria da Conceição Silva, antes de abrir a palavra aos convidados para considerações, informou que, no dia seguinte, seria feita apresentação sobre o resultado síntese da consulta pública para aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica. **Retorno da mesa.** A pesquisadora e professora da URJ, **Lígia Bahia**, agradeceu o convite para participar do debate e frisou que é preciso conhecer e enfrentar elementos novos da conjuntura, combater a coalisão “anti saúde” e estreitar diálogo com o Supremo Tribunal Federal, com argumentos claros. Também discordou da afirmação que planos de saúde desoneram o SUS, justificando que hoje há mais beneficiários de planos privados de saúde em comparação a cinco anos antes, todavia, o SUS não dispõe de mais recursos. Além disso, pontuou que é necessário buscar aliados nessa luta como entidades de defesa do consumidor, movimento estudantil. No seu entendimento, a PNAB e a nova lei de planos de saúde não devem ser votadas nesse momento, uma vez que não se deve realizar mudanças profundas em uma conjuntura tão desfavorável para democracia. Ressaltou que é preciso ter acesso ao relatório que será apresentado à Comissão Especial de Planos de Saúde e também trazer a mídia para o lado dos que defendem os direitos dos usuários. Por fim, agradeceu o apoio do Conselho nessa luta. Na sequência, o diretor do DAB/SAS/MS, **João Salame Neto**, comentou aspectos das falas dos conselheiros acerca da PNAB destacando que: é interesse do DAB fortalecer o financiamento da atenção básica e apoio do CNS nesse sentido é importante; o DAB discorda da afirmação que a nova PNAB foi instituída para desmontar a atenção básica, mesmo porque os técnicos do Departamento responsáveis pela formulação são militantes históricos da luta dos movimentos sociais; o GT/AB do CNS e o DAB/MS podem reunir-se para explicitar as divergências e debatê-las; a equipe técnica do DAB/MS está debatendo o decreto legislativo, inclusive para subsidiar o Ministro da Saúde e será realizada reunião com CONASS e CONASEMS para tratar dos quatro itens polêmicos da Política; a consulta pública foi realizada no período de 28 de julho a 10 de agosto de 2017, foram 6.281 contribuições e 20 dias de análise das sugestões e sistematização (no total, 50 técnicos trabalharam na sistematização e 72% das contribuições foram incorporadas); relatório sobre a consulta pública foi disponibilizado ao CNS; a rigor, não houve retrocesso sobre a equipe de saúde bucal na nova Política; e o gerente da unidade básica de saúde será responsável pelas ações de gerenciamento nas UBS e contribuirá para o cumprimento da carga horária necessária para atender a sociedade. Disse que levará as considerações do Pleno do CNS ao Ministro da Saúde e solicitou espaço para que o Departamento apresente as suas atividades, planejamento e programas para debate mais concreto. Na sequência, o Presidente do CNS procedeu aos encaminhamentos, mas, primeiro, recuperou que o CNS vem debatendo o tema da atenção básica e apresentando proposições, inclusive para garantir maior resolutividade para este nível de atenção. Salientou que o CNS não tem sido ouvido e em nenhum momento se indispôs ao diálogo. Ao contrário, tem buscado estreitar o debate com todos os poderes da república. Inclusive, no dia seguinte, o Pleno iria aprofundar o debate da PNAB. Também solicitou que o DAB se aproprie dos debates do Conselho e respeite a autoridade delegada por lei ao CNS, considerando inclusive as divergências nesse processo. Feitas essas considerações, sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate e o Pleno fez alguns adendos. **Deliberação: como resultado final, o Pleno decidiu: reconhecer e apoiar a aprovação do Projeto de Decreto Legislativo nº 786/2017; recomendar ao MS a revogação da Portaria nº 2. 436/2017; recomendar ao Presidente da Comissão Especial sobre Planos de Saúde, Deputado Federal Hiran Gonçalves (PP/RR), a retirada do pedido de urgência de votação do Projeto de Lei nº 7.419/2006 e apensos e ampliar o debate do tema (o texto da recomendação seria apresentado no segundo dia de reunião). Além disso, o Pleno reiterou a solicitação às entidades integrantes do CNS que participem como *amicus curie* da ADI 5.239/2015, proposta pela Confederação Nacional e Trabalhos Universitários e Federação Nacional de Farmacêuticos.** O diretor do DAB/SAS/MS, **João Salame Neto**, reiterou que o Departamento está à disposição para debater consensos e eventuais dissensos e colocou o compromisso de informar o Conselho sobre a formulação de políticas voltadas ao fortalecimento da atenção básica. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** explicou que a Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar do CNS debateu, na sua última reunião, o PL 7.419/2016 e o PL 308/2015 e a inserção do setor privado na saúde e destacou que é preciso organizar debate no CNS sobre modelo de atenção. Afora essa questão, disse que as entidades que compõem o CNS poderiam entrar com representação no Conselho Nacional do Ministério Público contra o relatório dos planos de saúde acessíveis. O Presidente do CNS interveio na sequência e concordou que é preciso aprofundar o debate sobre modelo de gestão, com prorrogação do GT/AB do CNS. Também

disse que o texto com as recomendações aprovadas pelo Pleno seria apreciado no segundo dia de reunião. Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. O item 4 da pauta - Apresentação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no SUS, previsto para a manhã do primeiro dia de reunião, foi adiado para a próxima reunião porque o item 3 avançou além do horário previsto. Retomando, a mesa foi composta para o item 5 da pauta. **ITEM 5 – LIÇÕES DO ACIDENTE NA BOATE KISS** - *Apresentação:* **Adriana de Castro Rodrigues Krum**, Grupo Gestor do Cuidado da Boate Kiss; **Bernadete dos Santos Pereira**, Grupo Gestor do Cuidado da Boate Kiss; **Sérgio Silva**, Presidente da Associação de Familiares de Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria - AVTSM; conselheira **Soeli Terezinha Guerra**, Grupo Gestor do Cuidado da Boate Kiss. *Coordenação:* conselheiro **Arlson da Silva Cardoso**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**, integrante do Grupo de Cuidado. Iniciando, conselheiro **Arlson da Silva Cardoso**, da Mesa Diretora do CNS, explicou que, na época do acidente, presidia o CONASEMS do Rio Grande do Sul e era Secretário da Saúde do Município de São Lourenço do Sul e, diante do ocorrido, enviou equipe de saúde do município para dar suporte no local. Deu destaque à gravidade da tragédia e frisou a necessidade de tomar medidas de prevenção para que situações como essa não ocorram novamente, além de responsabilizar os culpados e definir estrutura para assegurar atendimento mais rápido e melhor nessas situações. O Presidente da AVTSM, **Sérgio Silva** foi o primeiro expositor e iniciou a sua fala agradecendo o Conselho, em nome do Presidente Ronald Ferreira dos Santos, pelo espaço para tratar do tema. Fez uma exposição geral para compreender a gravidade da tragédia da Boate Kiss, que ocorreu em 27 de janeiro de 2013, no município de Santa Maria/RS. Detalhou que foram 242 jovens universitários mortos, com envolvimento de 75 cidades (Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) e dois países (Brasil e Paraguai) e 620 sobreviventes que necessitam de assistência social psicológica, tratamento para doenças respiratórias e de queimadas (afetados diretamente). Além dessas, outras pessoas foram afetadas, indiretamente, por conta da inalação da fumaça – profissionais de saúde, bombeiros. Recordou que, na época do acidente, foi firmado Termo de Compromisso entre União, governo estadual e municipal para acolher as vítimas por cinco anos (encerramento em janeiro de 2018). Todavia, a continuidade do cuidado às vítimas faz-se necessária devido ao número de pessoas que ainda recorrem às medicações caras e necessitam de apoio psicossocial. Desse modo, disse que o Grupo Gestor de Cuidados às vítimas da Boate Kiss, de Santa Maria/RS, decidiu recorrer ao controle social para que recomende que o Termo de Compromisso, firmado à época do desastre, seja renovado em 2018. Explicou que 28 pessoas foram indiciadas no processo da Boate Kiss, mas o Ministério Público do Rio Grande do Sul retirou 24, permanecendo apenas quatro (dois músicos e dois donos da boate). Diante disso, explicou que ele e outros três pais que perderam filhos na tragédia questionaram a autonomia do MP do RS em tomar essa decisão e, por isso, estão sendo processados pelo MP/RS. A representante do Grupo Gestor do Cuidado da Boate Kiss, **Soeli Terezinha Guerra**, segunda expositora, também agradeceu a oportunidade de falar sobre o SUS que deu certo em um momento de desastre tão grave. Iniciou com fotos para mostrar o cenário do desastre e o espaço da boate Kiss (que não atendia a legislação prevista para circulação de espaços públicos - única porta de entrada e saída; sem janelas; sem portas de fuga). Também apresentou números da tragédia: 263 vítimas no local; 577 pacientes atendidos na rede local (primeiras horas); 84 pacientes colocados em ventilação mecânica (primeiras seis horas) e, desse total, 59 pacientes removidos para hospitais da rede; 98% dos pacientes submetidos à ventilação mecânica sobreviveram; e 242 mortos. Explicou que, após três horas do desastre, foi instalado Gabinete de Crise composto por defesa Civil e representantes legais e instituições de saúde; potencializada com a chegada da Força Nacional do SUS e Médicos sem Fronteiras. Dos 242 vítimas fatais, 136 faleceram no local (profissionais de diversas áreas). Em relação ao atendimento emergencial, destacou a atuação do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM e do Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo. Como ações, na época, foram organizadas equipes com cadastro de voluntários - identificação por categoria profissional; formação de grupos multiprofissionais; distribuição dos grupos de trabalho nos pavilhões de atendimento; e setor de urgência e emergência em saúde. Acrescentou que se formou uma rede de solidariedade e foi colocado em prática o atendimento multiprofissional. As estruturas foram definidas e originaram-se as estruturas de apoio psicossocial, acompanhamento e reconhecimento corpos, equipe para preparo do corpo. Também fez um destaque ao trabalho dos voluntários da Força Nacional do SUS oferecendo alimentação e acolhimento aos parentes das vítimas, além de retaguarda importante (com disponibilidade de leitos). Apresentado o

cenário, detalhou o Termo de Cooperação Técnica explicando que tem por finalidade estabelecer cooperação entre os entes signatários com vistas à realização dos procedimentos técnicos e operacionais para continuidade da atenção à Saúde das vítimas, de familiares e de profissionais envolvidos no incêndio ocorrido, em 27 de janeiro 2013, na Boate Kiss, Município de Santa Maria (RS), envolvendo vigilância à saúde, atenção básica, especializada e psicossocial. No que se refere às pactuações firmadas no Termo, destacou: MS – responsável pelo acompanhamento e repasse de recursos pactuados; SES/RS – responsável pelo apoio/assistência, interlocução com os municípios, agendamento de consultas, vigilância em saúde e assistência farmacêutica; SMS/Santa Maria – atenção psicossocial, apoio, atenção básica, entre outros; HUSM – estrutura de equipe ambulatorial e hospitalar, acompanhamento CIAVA/ambulatorial, urgência e emergência e internação. Continuando, falou sobre a terceira fase do desastre, acompanhamento longitudinal com: acolhimento a todos os expostos a fumaça tóxica através de estrutura ambulatorial; acompanhamento e seguimento; busca ativa de todos os pacientes expostos; atendimento ambulatorial pelas especialidades de referência; Ministério da Saúde - formulário de cadastramento no sítio eletrônico do próprio ministério ou pelo telefone 136; e identificação, contato e agendamento dos envolvidos para acompanhamento. Salientou que a partir dessas iniciativas forma-se a Rede de Cuidado: Rede de Atenção Psicossocial - Acolhe Saúde; construção apoio psicossocial - torna-se real a criação de uma referência para o cuidado psicossocial aos sobreviventes, familiares, trabalhadores e para a cidade de Santa Maria; e Núcleo de Atenção Psicossocial Santa Maria 2013. Apresentou dados do serviço Acolhe Saúde (atenção básica): 2013: 6.408 atendimentos; 2014: 2.225 atendimentos; 2015: 2.794 atendimentos; 2016: 2.320 atendimentos; e 2017: 1.425 atendimentos (até agosto). Disse que o CEREST também participou com: atendimento a 53 trabalhadores envolvidos no desastre, nas áreas de clínica médica, fisioterapia, psicologia e exames; vigilância em saúde do trabalhador: coleta de materiais no local para exame de toxinas, orientações à justiça, entre outros; orientações e encaminhamentos sobre direitos trabalhistas e previdenciários para sobreviventes e familiares, bem como aos sindicatos; e participação das atividades desenvolvidas pelo grupo Gestor do Cuidado. Falou ainda sobre o Centro Integrado de Atenção às Vítimas de Acidentes – CIAVA que funciona no Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM e conta com equipe multiprofissional, além de abordagem multi e interdisciplinar, visando à atenção integral das vítimas diretas e indiretas do incêndio. Além do enfoque assistencial dispensado às vítimas, o Centro busca, em uma segunda etapa, reunir um conjunto de informações e dados com a finalidade de fomentar pesquisas na área e produzir conhecimento para o SUS e promover capacitação de profissionais. Disse ainda que foram realizados dois mutirões com atendimento de 405 indivíduos e as áreas com maiores demandas são pneumologia e fisioterapia. Destacou que foram 15.585 atendimentos no CIAVA até junho de 2017 e o Centro teve grande produção científica. Falou ainda sobre a dimensão social do desastre, destacando: usuários cadastrados na planilha Google drive compartilhada: 328 policiais militares; 251 profissionais de saúde que trabalharam no atendimento às vítimas; 1.472 entre sobreviventes, familiares e comunidade em geral que acessou algum serviço em decorrência do desastre. Além disso: em acompanhamento no HUSM (2017): 403; atendimentos/consultas (até junho de 2017): 15.585; voluntários inscritos na FNS: 12.869; e busca ativa em 2017: 400. Falou ainda sobre o Grupo Gestor do Cuidado às Vítimas da KISS, explicando que foram 83 reuniões no período de 2013 a 2017, tendo como principais deliberações e encaminhamentos: organização dos mutirões de atendimento às vítimas - Centro Integrado de Atendimento às Vítimas de Acidentes (CIAVA); definição dos fluxos de referência entre serviços; Acolhe Saúde, CIAVA, CEREST; agendamentos e busca ativa das vítimas diretas e indiretas do desastre; participação na criação e revisão dos protocolos assistenciais; elaboração de material informativo sobre o acesso aos serviços, e importância do cuidado; desenvolvimento de ações interinstitucionais e intersetoriais, entre associação de vítimas, gestores e prestadores de serviço de Santa Maria, Região e Estado para organização do cuidado longitudinal; elaboração de ferramenta digital para integração de serviços; criação de um *link* vinculado ao site da AVTSM com informações sobre os serviços de saúde disponíveis para o cuidado; disponibilização de ouvidoria para as demandas da boate Kiss em parceria com o Município de Santa Maria; organização de seminários e mostras para planejamento, avaliação e organização das demandas de cuidado das vítimas; mobilização das instituições que tiveram servidores envolvidos no desastre, como: saúde, segurança, transporte, funerárias, policiais civis, militares, para a necessidade de acompanhamento da saúde desses trabalhadores; participação de audiências públicas municipais e estaduais com foco principal na assistência farmacêutica; articulação dos serviços

para elaboração de protocolos clínicos; recomendação ao município de Santa Maria para elaboração do plano de enfrentamento de desastres e catástrofes do município. Pontuou ainda os desafios do Grupo Gestor: garantia de profissionais e recursos financeiros para a continuidade dos serviços e pesquisas; desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção e prevenção envolvendo a comunidade; busca ativa, localização e vinculação dos sobreviventes aos serviços de saúde do local onde residem; repactuação do termo de compromisso com os signatários, redefinindo as responsabilidades de cada ente, com a participação do grupo gestor do cuidado; mobilização das equipes de saúde dos municípios onde residem os sobreviventes do desastre para atendimento da especificidade do cuidado destes usuários; validação dos novos protocolos clínicos com a incorporação de medicamentos necessários e não disponíveis na RENAME (ex.: medicamentos de saúde mental, pneumologia, antídoto para material tóxico, dentre outros); mobilizar os gestores para implantação e/ou implementação da política nacional de enfrentamento de desastres e eventos de massa; e solicitar a estruturação definitiva, em Santa Maria, da rede de cuidados ampliada para vítimas de todo tipo de acidentes e desastres. Concluindo, apresentou as lições aprendidas: despertar da solidariedade da população municipal, nacional e mundial; capacidade do setor público de possibilitar e articular os serviços, nas situações de emergência; capacidade do cuidado multidisciplinar e interdisciplinar; comprometimento individual dos trabalhadores – voluntários; capacidade dos profissionais de ser criativo, inventivos e intuitivos, durante e pós-desastre; potência de construir conhecimento a partir das experiências vivenciadas; incorporação de grupo gestor como instância do controle social para organização e referência do processo de trabalho; a relação com a mídia; importância do cuidado com o ser humano no momento do luto (afeto, escuta, acolhimento, ombro amigo); compreensão do lugar do outro – empatia (sofrimento e dor do outro); importância de ser referência, compartilhar o aprendizado/conhecimento construído durante o processo; utilização das tecnologias de teleconferência médicas, enfermagem, fisioterapia, pneumologia para troca de informações técnicas de cuidado; luto coletivo da Cidade (*Somos todos pais KISS*). Acrescentou que o Acolhe Saúde compartilhou sua experiência em diversas situações, com equipes de municípios do RS e estados em situações traumáticas como: tragédia do ônibus escolar de Borborema (SP) em outubro de 2014; enchente no município de Itaqui/RS, em julho de 2014; tragédia da barragem de Mariana (MG) em novembro de 2015; atendimento aos atingidos pela enchente na cidade de Santa Maria em 2015; e desastre aéreo da associação chapecoense de futebol – 2016. Citou ainda o Livro “A integração do cuidado diante do incêndio na Boate Kiss. Testemunhos e reflexões. – 2016”. Por fim, pontuou que o Grupo Gestor do Cuidado às vítimas da Boate Kiss agradece a oportunidade de compartilhar com o Pleno do CNS um pouco da história da maior tragédia da Cidade de Santa Maria, do RS e do país. Concluídas as apresentações, foi aberta a palavra ao Plenário para considerações. Nas manifestações, os conselheiros frisaram a gravidade e a extensão da tragédia de Santa Maria, sem precedentes no país manifestaram solidariedade aos familiares das vítimas e apoio às pessoas afetadas que necessitam de atendimento. Foi feito elogio especial aos profissionais envolvidos na atenção às vítimas e ao trabalho dos voluntários no momento da tragédia. Nas palavras dos conselheiros, as ações de saúde vão além do SUS, pois representam lição de vida, de solidariedade, de cumplicidade e de ações articuladas. Além disso, foi unânime, nas falas, o apoio à renovação do Termo de Compromisso firmado em 2013, para dar assegurar continuidade do cuidado às vítimas. Conselheira **Suely Barrios**, que acompanha a pauta e também faz parte do grupo gestor de cuidado, salientou que a tragédia afetou o município de Santa Maria como um todo e não apenas aqueles que perderam filhos e outros parentes. Destacou a grande potencialidade das instituições públicas e do SUS em dar resposta em momentos de tamanha dificuldade e gravidade e frisou que a continuidade desse trabalho em rede, de forma solidária e articulada, é essencial para dar respostas às necessidades das pessoas. Também destacou a importância de garantir medicamentos para as pessoas afetadas e realizar busca ativa para acompanhamento e cuidado. Dito isso, procedeu à leitura de minuta de recomendação, para deliberação do Pleno. O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, de 6 de outubro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima Nonagésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 5 e 6 de outubro de 2017, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que no dia 27 de janeiro de 2013 a cidade de Santa Maria sofreu um desastre com o incêndio em uma boate, ocasionando a morte de

242 jovens adultos, além de deixar mais de 800 vítimas diretas e inúmeras vítimas indiretas; considerando que, emergencialmente, organizou-se uma Rede de Assistência a Saúde, por meio de recursos do setor público e privado, disponíveis a nível local, regional e estadual, contando com a participação da força nacional do SUS, bem como das instituições de ensino, militares e milhares de voluntários da sociedade civil; considerando que o desastre causou grande impacto na população em geral, levando a uma intensa mobilização, que objetivava contribuir para minimizar os efeitos do desastre, acolhendo os familiares e sobreviventes da tragédia; considerando que foi estruturado, na fase emergencial, um serviço para dar apoio psicossocial aos sobreviventes e familiares das vítimas, sob a responsabilidade do município de Santa Maria; considerando que, na oportunidade, foi criado um Gabinete de Crise, coordenado pelo Ministério da Saúde e Defesa Civil para agilizar as demandas que se faziam necessárias para o atendimento às vítimas, bem como para dar suporte técnico aos profissionais que cuidavam das vítimas, por meio de teleconferência com organismos nacionais e internacionais, para que as intervenções fossem efetivas; considerando que, após a fase emergencial, identificou-se a necessidade do cuidado longitudinal às vítimas e todos os envolvidos nesse desastre, e para tanto foi celebrado em 22 de fevereiro de 2013, o Termo de Compromisso entre Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, as Secretarias de Saúde e de Gestão e Modernização Administrativa de Santa Maria e Universidade Federal de Santa Maria, envolvendo ações de vigilância em saúde, atenção básica, especializada e psicossocial, com duração de cinco anos podendo ser prorrogável, pelo mesmo período; considerando que o cuidado especializado foi implantado, emergencialmente, contando com a infraestrutura, recursos materiais e de pessoal do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e Centro de Ciência da Saúde - CCS/UFSM, que rapidamente organizou um Centro de Atendimento às Vítimas de Acidentes - CIAVA/HUSM; considerando a criação do Grupo Gestor do Cuidado às Vítimas da Boate Kiss, composto pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (SES), CIAVA/HUSM, "Acolhe Saúde", da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria - SMS/SM, Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria (CMS/SM), Associação de Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria - AVTSM, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST/SM e Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, dada a importância e a necessidade de integrar e organizar ações entre diferentes esferas governamentais; considerando que foram realizados dois mutirões no CIAVA com participação de profissionais dos Hospitais de Porto Alegre e Equipe do Hospital Universitário de Santa Maria, onde foram avaliadas mais de 600 pessoas e encaminhadas para o cuidado, conforme necessidades: atendimento psicossocial no "Acolhe Saúde", Trabalhadores no Centro Regional de Saúde do Trabalhador, e brigada militar e atendimentos especializados, no CIAVA; considerando que o CIAVA tem se constituído como um serviço de referência para atendimento às vítimas de acidentes, não só decorrentes do desastre da boate Kiss, mas a todo e qualquer desastre, e que para sua manutenção e expansão, necessita ampliar o espaço físico, contratar profissionais exclusivos para o serviço; provimento de recursos para fomento de pesquisas, e para a continuidade da assistência; considerando que o atendimento psicossocial realizado pelo "Acolhe Saúde", tem sido fundamental no processo de cuidado às vítimas do desastre e seus familiares tendo como desafio estar inserido na rede de atenção psicossocial do município; considerando a necessidade de incorporação de novos medicamentos na política estadual de assistência farmacêutica, aos protocolos pactuados na CIB em 2013, decorrente da reavaliação dos especialistas com vistas ao atendimento das novas necessidades das vítimas do desastre, em especial nas áreas de pneumologia e psiquiatria; considerando a dificuldade de acesso das vítimas e familiares a medicamentos de responsabilidade do sistema público, levando a associação das Vítimas a buscar ajuda junto a rede privada de farmácias para que tratamentos não fossem descontinuados, o que vem acontecendo há mais de um ano; considerando que os impactos clínicos e psicossociais a médio e longo prazo, decorrentes da atuação dos trabalhadores e voluntários por ocasião do desastre, são ainda desconhecidos; e considerando que os cuidados aos sobreviventes, familiares e trabalhadores da Boate Kiss não pode ser interrompido e que passados cinco anos, novas demandas de cuidado surgiram. Recomenda: Ao Ministério da Saúde; À Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul; À Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre; às Secretarias de Saúde e de Gestão e Modernização Administrativa de Santa Maria e à Universidade Federal de Santa Maria que renovem o Termo de Compromisso firmado em 2013, por igual período de cinco anos, e que, em conjunto com o Grupo Gestor do Cuidado às Vítimas da Boate Kiss, reavaliem o documento e repactuem as responsabilidades de cada ente, adequando-o às necessidades de

cuidado atuais e vindouras de todas as vítimas da boate Kiss e de outros desastres que possam ocorrer.” **Deliberação: o Pleno do CNS aprovou, por unanimidade e aclamação, a recomendação de renovação do Termo de Compromisso firmado em 2013.** O Presidente da AVTSM, **Sérgio Silva**, agradeceu as falas dos conselheiros e solicitou apoio à campanha para construção de memorial no local onde aconteceu a tragédia. A representante do Grupo Gestor do Cuidado da Boate Kiss, **Soeli Terezinha Guerra**, explicou que os protocolos de atendimento do hospital universitário já foram publicados e que, nos três primeiros meses, os docentes dos departamentos do hospital universitários ajudaram no atendimento das vítimas – fono, fisio, pneumologista. Agradeceu o Estado Brasileiro pela garantia do suporte de retaguarda necessário ao enfrentamento da situação e reiterou o compromisso com as pessoas afetadas pela tragédia. Finalizando, foi entregue ao coordenador da mesa exemplar do livro “A integração do cuidado diante do incêndio na boate kiss: testemunhos e reflexões”, dos autores Gilson Mafacioli, Manoela Fonseca Lüdtke, Maria Luiza Leal Pacheco, Mirela Massia Sanfelice, Volnei Antonio Dassoler (Orgs.). Definido esse ponto, foi feita inversão de pauta para debate do item 7. **ITEM 7 – 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – 1ª CNVS - Apresentação:** conselheiro **Fernando Pigatto**, coordenador adjunto da 1ª CNVS. **Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Neste ponto de pauta, conselheiro **Fernando Pigatto**, coordenador adjunto da 1ª CNVS, informou o Pleno sobre o processo preparatório da Conferência e apresentou questões para deliberação. Disse que a comissão organizadora e a comissão executiva da 1ª CNVS, reunidas nos dias 3 e 4 de outubro de 2017, entre outros aspectos, identificaram que todos os Estados marcaram conferências, apesar da dificuldade em relação a prazo. Além desse ponto, deu destaque às seguintes questões: orientações aos estados; 92 conselheiros nacionais inscritos; relatório das conferências livres fará parte do relatório final da conferência; destinadas 75 vagas para participantes de conferências livres; fichas de pré-inscrição por e-mail; programação disponibilizada; inovações na comunicação; e manual de cobertura comunicativa disponibilizado no site da Conferência. Sobre os Grupos de Trabalho, apresentou a proposta da comissão organizada da 1ª CNVS de delegar aos segmentos do Conselho a indicação de delegados nacionais (conselheiros) para coordenar e secretariar os dezesseis grupos de trabalho. No mais, informou que a comissão está elaborando a lista de convidados da Conferência e a sugestão é a indicação dos nomes até 20 de outubro de 2017. Como encaminhamento, propôs que o Pleno delegue à Mesa Diretora do CNS a aprovação *ad referendum* da lista de convidados da Conferência, na próxima reunião, dia 27 de outubro, possibilitando o envio do convite com antecedência aos indicados. Também disse que a lista de palestrantes está em construção e aproveitou para agradecer a SVS pelo apoio na preparação da Conferência. Por fim, informou o Pleno sobre o calendário de reunião das Comissões da Conferência no mês de outubro: Dia 9 – comissão de formulação e relatoria; 30 – comissão de mobilização e comunicação; e 31 – comissão executiva. A comissão organizadora se reunirá nos dias 21 e 22 de novembro para definições finais. Concluída a apresentação, o Pleno fez breves considerações, contemplando as seguintes questões: participação do conselheiro Moysés Toniolo na macroconferência das Regiões Norte e Sul e entrega de assinaturas para o abaixo-assinado contra a EC nº. 25; sugestão de estender o prazo para realização das conferências livres - até início de novembro; proposta de convidar representante do grupo gestor de Santa Maria para participar da Conferência; a composição dos grupos da 1ª CNVS deve ser paritária; é preciso acompanhar os debates das conferências estaduais para fortalecer o debate sobre vigilância e seu importante papel. O coordenador da Conferência comentou, de forma geral, as questões colocadas pelos conselheiros, explicando, inicialmente que as conferências livres foram prorrogadas até 28 de outubro. Além disso, para composição, os GT devem seguir o critério da paridade, por segmento e por gênero. Após esses esclarecimentos, a mesa procedeu à votação das propostas que demandam deliberação. **Deliberação: o Pleno do CNS aprovou, por unanimidade: 1) o prazo para indicação dos nomes dos convidados da 1ª CNVS – até 20 de outubro de 2017; 2) a delegação à Mesa Diretora do CNS de aprovação *ad referendum* da lista de convidados da Conferência, na próxima reunião que ocorrerá no dia 27 de outubro; e 3) a proposta da comissão organizada da 1ª CNVS de delegar aos segmentos do Conselho a indicação de delegados nacionais (conselheiros) para coordenar e secretariar os dezesseis grupos de trabalho (32 pessoas – dezesseis representantes dos usuários, oito de trabalhadores e oito de gestores/prestadores de serviço, respeitando a paridade de gênero). A indicação deverá ser encaminhada por e-mail até a próxima reunião do CNS.** Em Plenário, foram apresentados os nomes dos seguintes conselheiros e conselheiras do segmento dos

usuários que se dispuseram a coordenar os grupos: **Moysés Toniolo; Jani Capiberibe; Antônio Pitol; Elgiane de Fatima Lago; Luiz Aníbal Vieira Machado; Antônio Lacerda Souto; e Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello.** Devido o adiantado da hora, acordou-se que os informes e indicações seriam retomados no início do segundo dia de reunião. **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT** - *Apresentação:* conselheiro **Douglas Vinícius Reis Pereira**, coordenador adjunto da CIRHRT/CNS. *Coordenação:* conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o coordenador adjunto da CIRHRT/CNS, conselheiro **Douglas Vinícius Reis Pereira**, apresentou análise geral dos 56 processos avaliados pela CIRHRT, com destaque para os seguintes dados: do total, 9% de cursos de universidades públicas; maioria de faculdades; distribuição por curso, na ordem: Psicologia, Enfermagem, Odontologia e Medicina; maioria dos cursos em instituição privada, maior parte autorização (66%), em municípios com IDH alto (74,5%), principalmente em capitais; maioria dos cursos em instituições com pontuação 3; relatório da avaliação do INEP – maioria dos cursos com conceito 4; maioria sem Comitê de ética (55%); e dos 56 processos, dois não serão analisados, um por conta do IGC 2 e outro por ser de licenciatura. Por fim, apresentou as principais justificativas e recomendações para os cursos. *Justificativas:* não há indicativos claros sobre a articulação de instituição de ensino com a gestão local do SUS no que se refere ao envolvimento desta na construção do PCC do curso – 15; não há descrição do modo de inserção dos estudantes, desde o início do curso, junto à comunidade e na rede de serviços instalada, de forma a evidenciar a integração ensino-serviço-gestão-comunidade – 14; não há menção sobre a capacidade de atendimento e disposição dos estudantes, física e numericamente, nos cenários de prática – 13; a proposta não apresenta relevância social e não contribui para a superação dos desequilíbrios entre a distribuição de vagas no país, considerando-se a oferta já existente para o curso na região – 11; não há demonstração clara de compromisso do curso com a produção de conhecimentos direcionados para as necessidades da população e para o desenvolvimento tecnológico da região – 9; não há demonstração clara de compromissos com a oferta de especializações e residências em saúde, de acordo com as necessidades do SUS, articulando e integrando a graduação à formação em serviço – 9; não há demonstração clara de compromissos com a educação permanente e continuada dos docentes e profissionais dos serviços de saúde que recebem os estudantes nos cenários de prática - 9. Também apresentou um conjunto de recomendações, *entre elas:* apresentar estratégias de inserção dos estudantes, desde o início do curso, junto à comunidade e na rede de serviços instalada, evidenciando a integração ensino-serviço-gestão-comunidade; incluir a participação de estudantes no Núcleo Docente Estruturante; Criar/ampliar estratégias que favoreçam o diálogo entre docentes, estudantes e controle social do SUS, em especial, com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. O Presidente do CNS informou que a Mesa Diretora do CNS reuniu-se com a coordenação da CIRHRT e definiu fluxo de estratégias para ampliar a capacidade de respostas e efetividade do trabalho da Comissão. Assim, a partir dos dados dos formulários, as informações serão divulgadas para que os conselhos de saúde cobrem das instituições o conjunto dos critérios não atendidos. Inclusive, comunicou que será desenvolvido, em parceria com a FIOCRUZ, sistema que possibilitará selecionar os dados do MEC e fornecer informações de forma efetiva para tomada de decisão do CNS e para o monitoramento/acompanhamento dos processos. Salientou que o Pleno como um todo deve acompanhar o esforço em garantir instrumentos para que o CNS cumpra a sua atribuição de ordenação da formação de recursos humanos (tarefa do Colegiado do Conselho e não da CIRHRT). Feita essa consideração, o coordenador adjunto da CIRHRT procedeu à apresentação dos pareceres. *Satisfatórios* – dois pareceres. **1)** 201602396 - Universidade de Santa Cruz do Sul. Rio Grande do Sul. Santa Cruz do Sul. Psicologia. Autorização. **2)** 201503428 - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Rio Grande do Sul. Erechim. Enfermagem. Renovação de reconhecimento. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os dois pareceres satisfatórios elaborados pela CIRHRT.** *Satisfatórios com recomendações* - 35 pareceres. **1)** 201413073 - Centro Universitário Anhanguera de São Paulo – Unidade Pirituba. São Paulo. São Paulo. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **2)** 201500647- Faculdade de Quatro Marcos. Mato Grosso. São José dos Quatro Marcos. Odontologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **3)** 201502057- Faculdade Joaquim Nabuco. Pernambuco. Recife. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **4)** 201504966 - Faculdade Anhanguera Jaraguá do Sul – FATEJA. Santa Catarina. Jaraguá do Sul. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **5)** 201505135- Faculdade Ubaense Ozanam Coelho – FAGOC. Minas Gerais. Ubá. Odontologia.

894 Autorização. Satisfatório com recomendações. **6)** 201505673 - Faculdade Maurício de Nassau
 895 de Parnaíba /FMN. Parnaíba/Uninassau de Parnaíba. Piauí. Parnaíba. Odontologia.
 896 Autorização. Satisfatório com recomendações. **7)** 201600854 - Centro Universitário Newton
 897 Paiva – Newton Paiva. Minas Gerais. Belo Horizonte. Psicologia. Autorização. Satisfatório com
 898 recomendações. **8)** 201601488 - Instituto Superior e Centro Educacional Luterano Bom Jesus –
 899 IELUSC. Santa Catarina. Joinville. Psicologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **9)**
 900 201601674 - Faculdade Ruy Barbosa – FRBA. Bahia. Salvador. Psicologia. Autorização.
 901 Satisfatório com recomendações. **10)** 201601848 - Faculdade Pitágoras de Maceió. Alagoas.
 902 Maceió. Enfermagem. Autorização. Satisfatório com recomendações. **11)** 201601937-
 903 Faculdade de Minas BH. Minas Gerais. Belo Horizonte. Odontologia. Autorização. Satisfatório
 904 com recomendações. **12)** 201602070 - Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde
 905 do Piauí – FAHESP. Piauí. Parnaíba. Odontologia. Autorização. Satisfatório com
 906 recomendações. **13)** 201602344 - Faculdades Integradas de Aracruz (FAACZ). Espírito Santo.
 907 Aracruz. Enfermagem. Autorização. Satisfatório com recomendações. **14)** 201602432 -
 908 Faculdade de Educação de Porto Velho. Rondonia. Porto Velho. Odontologia. Autorização.
 909 Satisfatório com recomendações. **15)** 201603211 - Faculdade Santo Agostinho. Piauí.
 910 Teresina. Odontologia. Autorização. Satisfatório com recomendações. **16)** 201603523 - Instituto
 911 de Ensino Superior de Rio Verde. Goiás. Rio Verde. Odontologia. Autorização. Satisfatório com
 912 recomendações. **17)** 201603633 - Faculdade Galileu (FG). São Paulo. Botucatu. Enfermagem.
 913 Autorização. Satisfatório com recomendações. **18)** 201603778 - Faculdade São Luís de França
 914 (FSLF). Sergipe. Aracaju. Enfermagem. Autorização. Satisfatório com recomendações. **19)**
 915 201606972 - Universidade Pitágoras UNOPAR. Paraná. Londrina. Enfermagem. Autorização.
 916 Satisfatório com recomendações. **20)** 201502684 - Faculdade Ibiapaba . Ceará. Tianguá.
 917 Psicologia. Autorização vinculada ao credenciamento. Satisfatório com recomendações. **21)**
 918 201415070 - Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais. Viçosa. Medicina.
 919 Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **22)** 201417956- Universidade Federal do
 920 Cariri. Ceará. Barbalha. Medicina. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **23)**
 921 201506302 - Faculdade UNIGRAN Capital. Mato Grosso do Sul. Campo Grande. Psicologia.
 922 Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **24)** 201506704 - Universidade Salgado de
 923 Oliveira – UNIVERSO. Goiás. Goiânia. Psicologia. Reconhecimento. Satisfatório com
 924 recomendações. **25)** 201507402 - Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUC- PR.
 925 Paraná. Londrina. Psicologia. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **26)**
 926 201604259 - FACULDADE METROPOLITANA DA GRANDE FORTALEZA. Ceará. Fortaleza.
 927 Odontologia. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **27)** 201604294 - Centro
 928 Universitário Ritter dos Reis. Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Psicologia. Reconhecimento.
 929 Satisfatório com recomendações. **28)** 201604655- Universidade Federal do Ceara. Ceará.
 930 Sobral. Medicina. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **29)** 201608200 -
 931 Faculdade Vale do Cricaré – FVC. Espírito Santo. São Mateus. Enfermagem. Reconhecimento.
 932 Satisfatório com recomendações. **30)** 201609570 - Centro Universitário Christus. Ceará.
 933 Fortaleza. Enfermagem. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **31)** 201610264 -
 934 Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. Bahia. Santo Antônio de Jesus.
 935 Medicina. Reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **32)** 201200300 - Universidade
 936 Federal da Grande Dourados. Mato Grosso do Sul. Dourados. Medicina. Renovação de
 937 reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **33)** 201409229 - Universidade do Extremo
 938 Sul Catarinense – UNESC. Santa Catarina. Criciúma. Medicina. Renovação de
 939 reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **34)** 201417658 - Escola de Medicina Souza
 940 Marques da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques. Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
 941 Medicina. Renovação de reconhecimento. Satisfatório com recomendações. **35)** 201503374 -
 942 Centro Universitário Tiradentes (FITS). Alagoas. Maceió. Enfermagem. Renovação de
 943 reconhecimento. Satisfatório com recomendações. Não havendo manifestações, a mesa
 944 submeteu os pareceres à votação. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os 35**
 945 **pareceres satisfatórios com recomendações.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** frisou
 946 que os conselhos de saúde locais devem acompanhar os cursos das instituições nas suas
 947 respectivas esferas. Conselheiro **Antônio Pitol** perguntou como é feito o monitoramento da
 948 implementação das recomendações do CNS. O coordenador adjunto da CIRHRT/CNS
 949 respondeu que o parecer do CNS é consultivo e, às vezes, não é considerado na definição pelo
 950 MEC. Por essa razão, têm sido definidas estratégias para fortalecer as recomendações do
 951 Conselho. Nessa perspectiva, lembrou que o Pleno decidiu dar publicidade aos pareceres
 952 aprovados e dialogar com o controle social local para que cobrem das instituições o
 953 cumprimento das recomendações. O Presidente do CNS salientou que é preciso utilizar as

decisões do CNS como ferramentas de ação política e os pareceres do Conselho devem ser vistos nessa perspectiva. Seguindo, o coordenador adjunto da CIRHRT apresentou os dezessete pareceres insatisfatórios. **1)** 201409648 - Faculdade UNINABUCO Janga. Pernambuco. Paulista. Psicologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **2)** 201409659 - Faculdade UNINASSAU Lauro de Freitas. Bahia. Lauro de Freitas. Psicologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **3)** 201504936 - Faculdade Anhanguera de Passo Fundo. Rio Grande do Sul. Passo Fundo. Psicologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **4)** 201505590 - Centro Universitário Maurício de Nassau de Macéio. Alagoas. Maceió. Psicologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **5)** 201506748 - Universidade Universus Veritas Guarulhos – UnG. São Paulo. Guarulhos. Psicologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **6)** 201600723 - Faculdade Regional Brasileira – Parnaíba. Piauí. Parnaíba. Odontologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **7)** 201600813 - Faculdade de Gestão e Negócios De Salvador. Bahia. Salvador. Odontologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **8)** 201601801 - FACULDADE UNINASSAU JABOATÃO DOS GUARARAPES. Pernambuco. Jaboatão dos Guararapes. Enfermagem. Autorização. Parecer: insatisfatório. **9)** 201602792 - Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva – FAIT. São Paulo. Itapeva. Odontologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **10)** 201603182 - Faculdade Católica Paulista. São Paulo. Marília. Psicologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **11)** 201606609 - Faculdade Anhanguera de Passo Fundo. Rio Grande do Sul. Passo Fundo. Enfermagem. Autorização. Parecer: insatisfatório. **12)** 201606986 - Faculdade de Marília (FAMAR). São Paulo. Marília. Enfermagem. Autorização. Parecer: insatisfatório. **13)** 201607198 - Faculdade Pio Décimo (FPD). Sergipe. Aracaju. Enfermagem. Autorização. Parecer: insatisfatório. **14)** 201608174 - Faculdade Doctum da Serra. Espírito Santo. Serra. Odontologia. Autorização. Parecer: insatisfatório. **15)** 201608216 - Faculdade Eniac (ENIAC). São Paulo. Guarulhos. Enfermagem. Autorização. Parecer: insatisfatório. **16)** 201608914 - Faculdade SOCIESC de Curitiba – SOCIESC. Paraná. Curitiba. Enfermagem. Autorização. Parecer: insatisfatório. **17)** 201603072 - Faculdade Supremo Redentor – FACSUR. Maranhão. Pinheiro. Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento. Parecer: insatisfatório. Não havendo manifestações, a mesa colocou em apreciação os dezessete pareceres **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os dezessete pareceres insatisfatórios.** A seguir, apresentou os dois processos a serem devolvidos ao MEC, um por se tratar de licenciatura e outro por apresentar IGC “2”. **1)** 201413303 - Faculdade Guilherme Guimbala – FGG. Santa Catarina. Joinville. Psicologia. Autorização. Licenciatura. **2)** 201607647 - Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte - Estácio FMJ. Ceará. Juazeiro do Norte. Enfermagem. Reconhecimento. IGC = 2 (SINAES). Conselheira **Francisca Valda da Silva** explicou que o parecer do CNS, apesar de consultivo, foi decisivo para fundamentação da posição de outros órgãos como MEC e Supremo Tribunal Federal. No seu ponto de vista, é importante trabalhar em articulação com os conselhos das demais esferas e com outras instituições como Fórum de Graduação da ANDIFIS, Associação Brasileira das Universidades Estaduais - ABRAEN. Nessa lógica, sugeriu que o Conselho organize debate no congresso da Rede Unida sobre avaliação de cursos. Por fim, avaliou que é preciso definir ação política para que o MEC considere os pareceres do CNS na definição de abertura, reconhecimento e renovação de cursos. Conselheiro **Antônio Lacerda Souto** salientou que, ao analisar a reforma do ensino médio, observam-se vários retrocessos e ponderou que é preciso estabelecer interlocução com outras instituições e informar as deliberações do CNS ao Fórum Popular de Educação. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** ratificou a proposta de debater o tema no congresso da Rede Unida e sugeriu que a reunião do Conselho faça parte da programação da atividade. Seguindo, o coordenador adjunto da CIRHRT apresentou a minuta de resolução com proposta de composição da Câmara Técnica da CIRHRT. Explicou que foram contempladas as entidades que enviaram indicações no prazo (as três que indicaram fora do prazo não foram contempladas). O texto da resolução é o seguinte: “Resolução nº 000, de 6 de outubro de 2017. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Ducentésima Nonagésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 5 e 6 de outubro de 2017, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando o Art. 200 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) na ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde; considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que prevê a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao CNS, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da

sociedade civil, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS; considerando a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional; considerando o 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; considerando a Portaria Normativa MEC nº 40, de 12 de dezembro de 2007, que institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação da educação superior no sistema federal de educação; considerando a Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998, que relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do CNS; considerando a competência conferida ao Pleno do colegiado para a qualquer tempo, criar, modificar, suspender temporariamente as atividades e extinguir as Câmaras Técnicas (CT), como previsto na Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008 (Art. 7º, §3º e no Art. 11, V, com redação dada pela Resolução CNS nº 548, de 9 de junho de 2017); considerando as normativas relativas às CTs dispostas no Art. 53-A da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, com redação dada pela Resolução CNS nº 548, de 9 de junho de 2017; considerando a Resolução CNS nº 513, de 06 de maio de 2016, que alterou o Art. 52 da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, que trata do funcionamento das Comissões Intersetoriais do CNS; considerando a Resolução CNS nº 350, de 09 de junho de 2005, que aprova, entre outros, os critérios de regulação da abertura e reconhecimento de novos cursos da área da saúde; considerando a Resolução CNS nº 515, de 07 de outubro de 2016, que manifesta o posicionamento contrário do CNS quanto à autorização de todo e qualquer curso de graduação da área da saúde, ministrado totalmente na modalidade Educação a Distância (EaD), bem como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) 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; considerando as propostas e diretrizes da 15ª Conferência Nacional de Saúde, aprovadas por meio da Resolução CNS nº 507, de 16 de março de 2016, em especial as enumeradas no Eixo 3 - Valorização do Trabalho e da Educação em Saúde; e considerando a Resolução CNS nº 528, de 08 de julho de 2016, que aprova a reestruturação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS), para o exercício do mandato de 2016 a 2018, com a composição de 19 (dezenove) membros titulares e 17 (dezesete) membros suplentes. Resolve: aprovar as entidades abaixo listadas, e suas respectivas indicações, para composição da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CT/CIRHRT/CNS), constituída por 15 (quinze) integrantes, de acordo com critérios estabelecidos na Chamada nº 001/2017: 1) Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); 2) Conselho Federal de Enfermagem (COFEn); 3) Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP); 4) Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); 5) Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa); 6) Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); 7) Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); 8) Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde (ABENEFS); 9) Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF); 10) Conselho Federal de Biomedicina (CFBM); 11) Associação Brasileira de Educação em Nutrição (ABENUT); 12) Federação Nacional dos Nutricionistas (FNN); 13) Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); 14) Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO); 15) Conselho Federal de Odontologia (CFO). Conselheiro **Wilen Heil e Silva** informou que indicou o COFFITO para compor a Câmara assim que foi aberto prazo para indicação. O coordenador adjunto da CIRHRT informou que a indicação do COFFITO chegara naquele dia. Conselheira **Francisca Régio Oliveira Araújo** explicou que a Comissão não recebeu a indicação do COFFITO, mas sim a demanda de inclusão de representante da Medicina Veterinária. Disse que a conselheira Oriana Bezerra solicitou a redefinição da composição porque foram contempladas duas entidades da mesma profissão. Conselheira **Maria Angélica Zollin de Almeida** explicou que a FENAMEV não recebeu demanda para indicação de representação. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** disse que verificou e a sua demanda retornou e caiu no spam. Sendo assim, manteve o pleito da sua entidade. O coordenador adjunto da CIRHRT consultou o Pleno sobre o encaminhamento a adotar nesse caso. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** ressaltou que houve problema técnico, portanto, solicitou a apreciação dos pleitos das entidades. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** também defendeu a redefinição da composição porque muitas das entidades

contempladas não possuíam assento no CNS. A fim de resolver o impasse, o Presidente do CNS sugeriu a aprovação da composição, conforme definido na minuta, e a inclusão das entidades que pleitearam como suplentes, para não prejudicar o trabalho da Câmara. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, como encaminhamento, sugeriu aprovar a composição e definir posteriormente a situação das entidades que encaminharam e-mail fora do prazo. Todavia, não houve concordância com a proposta. A seguir, houve outras intervenções que evoluíram para duas propostas distintas: 1) Aprovar os 15 nomes indicados no prazo e incluir as três como suplentes (COFFITO, CONFEF (Educação Física), CFF, com compromisso de chamar todas as entidades, mas com financiamento da vinda das 15 indicadas no prazo estabelecido. As que tiverem disponibilidade poderão participar. 2) Das 18 entidades que apresentaram pleito, Pleno defina 15; três ficariam como suplentes. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** explicou que não recebeu a composição sugerida para a CT, mas havia consenso sobre a proposta número um, considerando que as três entidades suplentes seriam chamadas a participar do debate. Diante dessa fala, a mesa colocou em votação a minuta de resolução com os acréscimos feitos em Plenário. **Deliberação: aprovada, com uma abstenção, a minuta de resolução apresentada pela Comissão que relaciona as entidades e suas respectivas indicações para a Câmara Técnica da CIRHRT. Na composição, foram contempladas as quinze entidades que enviaram indicações no prazo estabelecido no Edital de Chamada nº 001/2017 (até 31 de agosto de 2017). Na resolução será feito acréscimo definindo que as indicações enviadas fora de prazo serão consideradas como “coletivo suplente”, de acordo com o item 4.2 do Edital de Chamada nº 001/2017. Neste caso, o Conselho Federal de Farmácia - CFF, o Conselho Federal de Educação Física - CONFEF e o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO, que enviaram indicações fora de prazo, serão convidados a participar, como suplentes, de todas as reuniões da CT/CIRHRT, tendo suas despesas com passagens e diárias financiadas pelas respectivas entidades, pois o CNS poderá financiar apenas os quinze indicados no prazo estabelecido. O Pleno aprovou ainda a realização da oficina de trabalho da CT/CIRHRT que será realizada em 8 de novembro de 2017.** Seguindo, o Pleno apreciou a proposta de substituição do ex-conselheiro Dalmare Anderson Sá (ANPG) pelo conselheiro Douglas Vinícius Reis Pereira (DENEM), como membro do Grupo de Trabalho/Residência Multiprofissional (GT/RM). **Deliberação: aprovada, a partir do referendo do Fórum de Usuários, a substituição do ex-conselheiro Dalmare Anderson Sá (ANPG) pelo conselheiro Douglas Vinícius Reis Pereira (DENEM), como membro do Grupo de Trabalho/Residência Multiprofissional (GT/RM).** Seguindo, a mesa colocou em discussão a vaga do CNS na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** apresentou a proposta do FENTAS: o CNS deve ser uma instância recursal, portanto, não deve compor a CNRMS, mas participar desse espaço como convidado permanente. Como contraproposta, o Presidente do CNS defendeu a participação do CNS como integrante da Comissão, mantendo o seu papel recursal. Reiterou, inclusive, que o GT não substitui o papel da Comissão. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** pontuou que havia acordo sobre a participação do Conselho na Comissão e o Pleno deveria definir a forma de participação: integrante ou convidado. Nas intervenções que se seguiram não houve consenso sobre a forma de participação do CNS. Como proposta alternativa, foi sugerido que o CNS integrasse a Comissão e o formato de participação fosse discutido posteriormente, retornando a ideia de “consenso progressivo”. **Deliberação: a partir do referendo dos fóruns dos usuários e de trabalhadores, aprovada a indicação da conselheira Priscilla Viegas Barreto de Oliveira (ABRATO), como titular e conselheiro Douglas Vinícius Reis pereira (DENEM), como suplente, para ocupar a vaga do CNS na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, uma vez que são membros do GT/RM do CNS. O formato de participação será discutido na próxima reunião do CNS, retornando a discussão do “consenso progressivo”, uma vez que a Portaria Interministerial ainda não foi publicada e nem houve solicitação de indicações, ainda, para o CNS.** Com esse encaminhamento, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião, às 19:47. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* – **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Antônio Vital**, Pastoral da Saúde; **Arlson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Breno de Figueiredo Monteiro**, Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Dylson Ramos**

1134 **Bessa Junior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF;
1135 **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira
1136 (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em
1137 Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem –
1138 ABEn; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Giovanny Kley Silva Trindade**,
1139 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**,
1140 Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT;
1141 **Henrique Sartori de Almeida Prado**, Ministério da Educação – MEC; **Jani Betânia Souza**
1142 **Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical;
1143 **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS;
1144 **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura –
1145 CONTAG; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde
1146 da Mama – FEMAMA; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados,
1147 Pensionistas e Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova
1148 Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional
1149 dos Assistentes Sociais (FENAS); **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta
1150 Contra a Aids – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN);
1151 **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação
1152 Nacional da Indústria (CNI); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul –
1153 ARPINSUL; **Ricardo José Magalhães Barros**, Ministério da Saúde - MS; **Ronald Ferreira dos**
1154 **Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**,
1155 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Wilen Heil e Silva**,
1156 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). *Suplentes* – **Alexandre**
1157 **Frederico de Marca**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo
1158 (CNC); **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Ana Lúcia da**
1159 **Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Clarice Baldotto**,
1160 Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção
1161 Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Eliane Maria Nogueira de Paiva**
1162 **Cunha**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
1163 – UNASUS; **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras
1164 do Brasil – CTB; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de
1165 Moradores – CONAM; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados,
1166 Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**, Centro
1167 Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de
1168 Enfermagem – COFEN; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos
1169 Odontologistas - FNO; **João Bosco Cavalcanti Chaves**, Federação Nacional dos
1170 Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1171 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das
1172 Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência
1173 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Luciana Rodriguez Teixeira de Carvalho**, União
1174 Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; **Maria Angélica Zollin de**
1175 **Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários – FENAMEV; **Maria da Conceição**
1176 **Silva**, União de Negros pela Igualdade; **Maria Leitão Bessa**, Associação Brasileira de
1177 Alzheimer – ABRAZ; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de
1178 Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de
1179 Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação
1180 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Shirley**
1181 **Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; e **Sueli Terezinha Goi**
1182 **Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA. Iniciando o segundo dia de
1183 reunião, a mesa foi composta para apresentação dos informes e indicações. **1) Conselheiro**
1184 **Moysés Toniolo** fez os seguintes informes: **a)** A Federação Nacional de Associações e
1185 Entidades de Diabetes - FENAD denuncia a falta de insumos para diabetes e solicita
1186 providências a respeito. **b)** Fórum da ONGs AIDS de São Paulo – será entregue documento
1187 sobre a fabricação de penicilina benzatina; e foi enviada carta sobre pronunciamento do
1188 Judiciário acerca da cirurgia de reversão de mudança de sexo. **2) Conselheira Simone Leite**
1189 informou o Pleno sobre: **a)** Curso do EdpopSUS voltado a educadores – FIOCRUZ e MS. Edital
1190 aberto para cinco estados; e **b)** sua participação no Congresso DST/Aids; e em evento em
1191 Maceió – espaço de divulgação das práticas integrativas. **3) Conselheiro Wilen Heil e Silva**
1192 informou o Pleno sobre a realização do I Seminário de Medicinas Tradicionais, Práticas
1193 Integrativas e Complementares em Saúde, dia 26 de outubro de 2017, no Auditório Nereu

1194 Ramos, Câmara dos Deputados. **4)** Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** informou
 1195 o Pleno sobre: **4.1)** Participação no 15º Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional com
 1196 elaboração de moções: **a)** Moção de repúdio aos desmontes das Políticas Públicas da Saúde;
 1197 **b)** Moção de apoio à abertura de cursos de terapia ocupacional direcionada ao Ministério da
 1198 Educação e aos reitores das Universidades Públicas Federais, Estaduais e Municipais; e **c)**
 1199 Moção de repúdio ao retrocesso nas políticas públicas sociais e de saúde, em especial, à
 1200 Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, baseada nos princípios da Reforma
 1201 Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos; **4.2)** Solicitação de produção e
 1202 publicação de documento que aborde as especificidades das mulheres com deficiência pela
 1203 Comissão Intersectorial de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência – CIASPD/CNS. A
 1204 CGSPCD está trabalhando na elaboração da Diretriz de Atenção à Saúde da Mulher com
 1205 Deficiência e Mobilidade Reduzida, que é uma diretriz de atenção destinada aos profissionais
 1206 de saúde da rede SUS. O objetivo é definir parâmetros para garantir o acesso qualificado à
 1207 atenção integral, de acordo com padrões estabelecidos por evidências científicas e experiência
 1208 de profissionais qualificados que atuam na área, visando a segurança do usuário e a
 1209 integralidade da atenção à mulher com deficiência e mobilidade reduzida. A previsão é que a
 1210 Diretriz seja submetida à consulta pública no início do mês de novembro e publicada em janeiro
 1211 de 2018. Nesse momento, será oportuna a participação da sociedade, inclusive da
 1212 CIASPD/CNS; e **4.3)** Apresentação ao Pleno de recomendação à Secretaria Especial dos
 1213 Direitos da Pessoa com Deficiência para que agilize a conclusão das definições dos
 1214 instrumentos de avaliação do Cadastro Unificado de Inclusão de Pessoas com Deficiência cujo
 1215 prazo expira em janeiro de 2018 (texto apreciado no último item da reunião). **5)** Conselheiro
 1216 **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS, fez um informe sobre as
 1217 discussões/pactuações da 9ª reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada no dia 28
 1218 de setembro de 2017: a) Consolidação das Normas do SUS (SUS Legis) – SE/MS. b) Minuta
 1219 de Portaria que estabelece recursos a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e
 1220 Compensação - FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar
 1221 de Média e Alta Complexidade – MAC dos Estados, Distrito Federal e Municípios – SAS/MS. c)
 1222 Minuta de Resolução que aprova o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de
 1223 Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais LGBT no âmbito do
 1224 Sistema Único de Saúde (SUS) – SGEP/MS. d) Minuta de Resolução que aprova o II Plano
 1225 Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da
 1226 Floresta e das Águas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SGEP/MS. e) Minuta de
 1227 Portaria que institui, para o ano de 2017, no âmbito do Componente de Vigilância Sanitária do
 1228 Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, repasse financeiro destinado à organização e
 1229 fortalecimento do processo de descentralização das ações de Vigilância Sanitária – ANVISA. f)
 1230 Minuta de Portaria que institui, para o ano de 2017, o repasse financeiro, referente ao Piso
 1231 Variável de Vigilância Sanitária – PVVISA, destinado aos Estados e Municípios para
 1232 fortalecimento das ações de Vigilância Sanitária relacionadas ao controle do risco sanitário nos
 1233 estabelecimentos de Sangue, Tecidos e Células (STC) – ANVISA. Neste ponto, conselheiro
 1234 **Nelson Mussolini** sugeriu a composição de Grupo de Trabalho para o acompanhamento e a
 1235 consolidação de Portarias do Ministério da Saúde. A proposta seria apreciada posteriormente,
 1236 uma vez que no ponto de informes não há deliberação. **6)** Conselheira **Maria Leitão Bessa**
 1237 informou e convidou o CNS para o 1º Seminário Internacional sobre Alzheimer, de 9 a 11 de
 1238 novembro 2017, em Brasília-DF. **7)** Conselheiro **Geordecí Menezes de Souza** informou o
 1239 Pleno sobre as Resoluções do CNS pendentes de homologação, a saber: nº. 511/16; nº.
 1240 534/16; nº. 543/17; nº. 544/17; nº. 551/17; nº. 554/17; nº. 555/17; nº. 556/17; nº. 557/17; e nº.
 1241 558/17. Além disso, neste ponto, foi solicitado informe sobre a publicação da Carta dos Direitos
 1242 dos Usuários da Saúde, cuja atualização foi aprovada pelo Pleno do CNS em agosto de 2017.
 1243 Seria feito informe no item das comissões do CNS. **Indicações - 1)** Comissão Intersectorial de
 1244 Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF - indicação de coordenação adjunta:
 1245 um representante do segmento dos usuários, em virtude da substituição do Conselheiro
 1246 Dalmare Anderson, representante da Associação Nacional de Pós Graduandos – ANPG, na
 1247 composição do CNS. **Indicação:** conselheira **Lenise Aparecida Garcia**. **2)** Grupo de Trabalho
 1248 para tratar sobre gestão da informação – aprovado na 297ª Reunião Ordinária do CNS. **a)** Três
 1249 representantes do segmento dos usuários – conselheira **Carmem Lúcia Luiz**; conselheira **Jani**
 1250 **Capiberibe**; e conselheiro **Antônio Muniz**; **b)** Um representante do segmento dos profissionais
 1251 de saúde – conselheira **Eliane Maria Cunha**; e **c)** Um representante do segmento dos
 1252 gestores/prestadores de serviço – a indicar. **3)** Grupo de Trabalho para tratar sobre os
 1253 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – aprovado na 297ª Reunião Ordinária do CNS. **a)**

Três representantes do segmento dos usuários – conselheira **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**; conselheira **Carmem Lúcia Luiz**; e conselheira **Maria das Graças Gervásio**; b) Um representante do segmento dos profissionais de saúde – conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**; e c) Um representante do segmento dos gestores/prestadores de serviço – conselheiro **José Eri de Medeiros**. 4) Curso de Capacitação para conselheiros municipais de saúde. Data: 25 de outubro de 2017. Local: Cachoeira do Sul/RS. *Indicação*: conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**; e conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**. 5) Audiência Pública "Nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB no contexto da saúde de Porto Alegre". Data: 26 de outubro de 2017. Horário: 18h. Local: Porto Alegre/RJ. *Indicação*: conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**. 6) 1º Encontro de Pacientes e Blogueiros de Diabetes. Data: 28 e 29 de outubro de 2017. Local: São Paulo/SP. *Indicação*: conselheiro **Luiz Carlos Medeiros de Paula**. 7) Conferência Conexão Respeito. Data: 7 e 8 de novembro de 2017. Local: Rio de Janeiro/RJ. *Indicação*: conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**. 8) Evento proponente de criação de um núcleo de atuação e resistência em Peruíbe. Data: 22 e 23 de novembro de 2017. Local: Peruíbe/SP. *Indicação*: conselheira **Simone Maria Leite Barbosa**. 9) 7º Encontro da Rede Nacional Lailai Apejo "Saúde da População Negra e AIDS". Data: 10 a 12 de novembro de 2017. Local: Curitiba/PR. *Indicação*: conselheira **Maria da Conceição Silva**. **Deliberação geral: aprovadas, em bloco, por unanimidade, as indicações.** **ITEM 8 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA – PNAB - Apresentação: João Salame Neto**, Diretor do Departamento de Atenção Básica – DAB/SAS/MS; **Marcelo Pedras**, técnico do Departamento de Atenção Básica – DAB/MS; conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**, GT/AB do CNS; e conselheira **Maria da Conceição Silva**, GT/AB do CNS. *Coordenação*: conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. O técnico do DAB/MS, **Marcelo Pedras**, apresentou o resultado síntese da Consulta Pública para aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica, focando a sua explanação nos seguintes pontos: objetivo geral; consolidado das propostas recebidas; metodologia de análise e categorização; e Relatório síntese. Explicou que o objetivo geral da consulta pública, definido na Resolução da CIT nº. 21, de 27 de julho de 2017, publicada no DOU no dia 31 de julho, foi receber contribuições para aprimorar a PNAB. O período da consulta pública foi de 28 de julho até 10 de agosto. Disse que foram 6.281 contribuições recebidas, distribuídas da seguinte forma: trabalhador - 3.779; usuário – 1.700; gestor - 556; Pesquisador – 217; Outros – 19; e Conselhos – 10. Detalhou que as 6.281 contribuições transformaram-se em 8.901 proposições, convertidas em 1.086 enunciados sínteses que corresponde a 1.421 páginas. Foram recebidos 192 arquivos anexos, que correspondem a mais 480 páginas. Acrescentou que 50 técnicos do DAB trabalharam na sistematização, por aproximadamente 20 dias. Seguindo, falou sobre a metodologia de análise e categorização, detalhando os procedimentos utilizados para organização das contribuições enviadas à Consulta Pública da PNAB com vistas a disponibilizá-las, de forma mais prática e compreensível, para o trabalho no GT da CIT. Detalhou os procedimentos utilizados: padronização de todas as informações recebidas; leitura e sistematização em dez categorias e 54 subcategorias; produção de enunciados síntese e contagem das recorrências de assuntos; e elaboração do "relatório de contribuições" da consulta pública. Sobre a sistematização em categorias e subcategorias, disse que foram sistematizadas da seguinte forma: dez macro categorias de análise; e 54 subcategorias de análise vinculadas as macro categorias. Listou as categorias de análise com número: 1) Modelo de Atenção Básica (1.476 propostas = 288 páginas); 2) Financiamento (487 propostas = 122 páginas); 3) Composição e arranjo das equipes (2.707 propostas = 395 páginas); 4) Atribuições dos profissionais (84 propostas = 30 páginas); 5) Processo de trabalho (247 propostas = 45 páginas); 6) Infraestrutura (105 propostas = 29 páginas); 7) Gestão (578 propostas = 125 páginas); 8) Programas (84 propostas = 32 páginas); 9) Posicionamento PNAB (2.644 propostas = 328 páginas); 10) Não se aplica ao debate relativo à revisão (489 proposta = 25 páginas). Seguindo, apresentou exemplo de subcategorias de análise – (54): *categoria*: Composição e arranjo das equipes. *Subcategorias*: Agentes Comunitários de Saúde; Equipe de Saúde da Família; Equipes de Atenção Básica; Equipe de Saúde Bucal; Equipe de Consultório na Rua; Equipes Ribeirinha e Fluvial; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Referência a outras equipes (Fronteiras, Quilombola, Assentado, Rural); Inclusão de profissionais, sem especificar o tipo de equipe; e Carga horária, sem especificar o tipo de equipe. Sobre a validação e análise da versão final das propostas e do relatório de contribuições, explicou que a metodologia foi aprovada pelo GT da CIT no dia 15 de agosto de 2017. Detalhou que todas as propostas sintetizadas foram integralmente lidas e avaliadas quanto a: pertinência com a PNAB - Propostas que apontavam modificações mais profundas ou relacionadas a outros âmbitos do Sistema Único de Saúde,

1314 que fugiam ao que a PNAB poderia normatizar, foram classificadas como “*não se aplica*”;
1315 conteúdo semelhante ao que já estava descrito na minuta que foi submetida à Consulta
1316 Pública, foram classificadas como “*já contemplada*”; conteúdo propositivo - Propostas que
1317 manifestavam opiniões ou julgamentos acerca da PNAB, sem explicitar o que de fato poderia
1318 alterar, foram classificadas como “*opinião*”. Já aquelas que apresentavam alterações ao
1319 sentido do texto da minuta (explícitas ou não explícitas) foram analisadas e deliberadas como
1320 “*acatada*”, quando houve acordo entre os entes presentes no GT sobre as alterações
1321 propostas, ou “*não acatada*”, na ausência de acordo. Explicou que o relatório de contribuições
1322 da consulta pública terá a seguinte composição: apresentação – histórico da consulta; nota
1323 metodológica; Síntese das propostas por categorias e subcategorias; todas as propostas no
1324 formato original; e considerações finais. Por fim, mostrou modelo - 159 Enunciados-sínteses -
1325 Modelos de Atenção Básica Princípios e Diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, a fim de
1326 ilustrar como ficaria no formato final. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**, do GT/AB do
1327 CNS, destacou que o GT solicitou ao MS, por meio do DAB, a apresentação do resultado da
1328 consulta pública, porque materiais muitas vezes não são encaminhados oficialmente ao Grupo.
1329 Salientou que o CNS precisa entender como foi o processo de acatamento das contribuições
1330 quando o trabalho de compilação/sistematização das propostas da consulta pública ainda não
1331 terminou. Além disso, frisou que não houve participação social completa e a consulta pública
1332 foi feita à revelia do que foi solicitado pelo CNS. No mais, disse que o prazo de duração da
1333 consulta pública foi insuficiente para garantir a efetiva participação social. Reiterou ainda que o
1334 GT não tinha conhecimento do resultado da consulta pública, inclusive do que foi acatado ou
1335 não. Disse que o GT aprofundará o debate sobre o resultado das contribuições, mas já se
1336 observa que a Portaria publicada ainda traz problemas na essência da discussão da atenção
1337 básica no país - financiamento, relações de trabalho, ações programáticas, outras políticas
1338 paralelas à atenção básica. Frisou que é preciso discutir questões importantes e reiterou que
1339 as políticas devem considerar a visão dos usuários e dos trabalhadores para ter sucesso.
1340 Diante do cenário, pontuou os seguintes encaminhamentos do GT: realizar reunião ampliada
1341 do GT, na FIOCRUZ/Rio de Janeiro, para trabalhar o material disponibilizado, a Portaria e as
1342 justificativas (no caso dessa última, aguarda a disponibilização do DAB); reafirmar o
1343 posicionamento do CNS de revogação da Portaria nº 2. 436, de 21 de setembro de 2017 que
1344 aprova a Política Nacional de Atenção Básica e consequentemente a manutenção da PNAB
1345 2011, até o esgotamento do debate; apresentar, na próxima reunião do CNS, análise descritiva
1346 do produto recebido e o Pleno definirá agenda política e de diálogo com a sociedade; e enviar
1347 ofício do CNS ao DAB solicitando o banco de dados. Conselheira **Maria da Conceição Silva**,
1348 do GT/AB do CNS, acrescentou que o CNS não foi envolvido no debate de revisão da PNAB e
1349 reforçou a solicitação à CIT de acatamento da Recomendação do CNS nº 035. Também
1350 reiterou a solicitação de que sejam disponibilizadas informações sobre a PNAB para que o
1351 CNS avalie e contribua. Chamou a atenção para o modelo de saúde que está sendo construído
1352 voltado para um processo de assistencialismo, sem acesso a informações em saúde, em um
1353 momento político crítico. Finalizou reiterando que é preciso trabalhar na lógica do diálogo, com
1354 respeito e consideração à posição do CNS. O Diretor do DAB/SAS/MS, **João Salame Neto**,
1355 esclareceu que, na reunião com o GT, o DAB entregou o consolidado das propostas acatadas
1356 ou não. Disse que o Departamento está preparando relatório de resposta/justificativa individual
1357 de acatamento ou não de cada uma das contribuições apresentadas na consulta pública e
1358 compromete-se a entregar esse documento antes da próxima reunião do GT. Acrescentou que,
1359 das contribuições, 28% não foi acatado. Destacou ainda que o trabalho foi realizado no prazo
1360 definido em resolução da CIT. Ressaltou que é preciso continuar o debate sobre o locus para
1361 definição das políticas – município, território, nacional? – e, inclusive, há divergências entre os
1362 secretários de saúde. Concordou que é preciso garantir interação entre a formulação teórica da
1363 política e a realidade nos municípios. Explicou que, ao assumir o DAB, há menos de dois
1364 meses, o processo já estava na fase final (preparação de relatórios). No seu ponto de vista, é
1365 necessário encontrar mecanismo para estabelecer diálogo entre gestores, usuários e
1366 trabalhadores e debater as divergências. Também salientou que não se deve desconsiderar o
1367 grave problema de natureza financeira e avaliou que o problema maior nos municípios é o
1368 pagamento dos médicos. Nesse contexto, disse que é preciso debater o Programa Mais
1369 Médicos que, na sua avaliação, representou avanço para implantação da Estratégia Saúde da
1370 Família. No mais, pontuou que cerca de 30% do orçamento do DAB é destinado ao pagamento
1371 dos ACS e se houver aumento do piso, chegará a 40%. Todavia, disse que não é contra o
1372 aumento do piso, mas entende que é preciso debater como se dará o financiamento. Destacou
1373 que questões relativas ao funcionamento do Sistema precisam ser debatidas para além de

1374 posições políticas ideológicas e frisou que o DAB irá trabalhar para contribuir na construção
1375 dessa política. Pontuou, basicamente, duas questões polêmicas – ACS (número mínimo,
1376 território); e financiamento das equipes de atenção básica. Por fim, colocou o DAB à disposição
1377 para participar da próxima reunião do GT, que será realizada no Rio de Janeiro, inclusive com
1378 distribuição das justificativas. Manifestações. Conselheira **Carmen Lúcia Luiz** interveio para
1379 destacar que o governo deve cumprir as suas atribuições segundo as determinações da
1380 Constituição Federal e, nessa perspectiva, citou o art. 198 da Constituição Federal, para
1381 destacar a importância do princípio da participação da comunidade. Conselheiro **Moysés**
1382 **Toniolo de Souza** lembrou que, dois dias após a consulta pública, o Ministro de Estado da
1383 Saúde concedeu entrevista coletiva anunciando a nova PNAB. Também questionou a consulta
1384 pública por entender que as sugestões não foram contempladas e questionou o discurso
1385 falacioso de planejamento ascendente para justificar a revisão da Política e salientou que as
1386 modificações não são apenas metodológicas, porque irá refletir, por exemplo, nas questões
1387 relativas a rateio. Conselheira **Joana Batista Oliveira Lopes** cumprimentou o GT do CNS pelo
1388 trabalho e defendeu a revogação da Portaria por entende que representa um retrocesso.
1389 Defendeu a equipe de saúde bucal como obrigatória (não opcional) na equipe de saúde da
1390 família, bem como equipe multiprofissional a fim de garantir cuidado integral à população.
1391 Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** denunciou a morte de usuários do SUS por falta de
1392 repasse de recursos para custear procedimentos e cobrou resposta do governo. Frisou a
1393 importância do agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família, especialmente na
1394 prevenção. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** iniciou a sua fala pontuando a
1395 decisão política do MS, junto com CONASS e CONASEMS, desde o início, de aprovar a
1396 revisão da PNAB, independente da posição do CNS. Identificou, a partir das falas dos
1397 representantes do governo, inclusive do diretor do DAB, o entendimento de que o
1398 financiamento é o centro da Política, todavia, a revisão da PNAB não garante financiamento
1399 para questões que o controle social considera essencial – ESF, fortalecimento da atenção
1400 básica. Pontuou, ainda, que a inclusão de questões na PNAB de forma imprecisa significa
1401 desregulamentar. Salientou que, para continuar o debate, é preciso revogar a PNAB pelo risco
1402 que representa para os trabalhadores da saúde. Além disso, é preciso definir agenda de
1403 debate do Pleno do CNS, assegurando a participação da sociedade na revisão da PNAB.
1404 Conselheira **Francisca Valda da Silva** recuperou o debate sobre a importância da prevenção e
1405 o papel estratégico da saúde família nesse processo. Destacou que a Portaria rompe com o
1406 princípio constitucional do “acesso universal”, contemplando a lógica da cobertura universal
1407 (ideia de pacote de serviços). Falou também sobre a questão do financiamento e perguntou,
1408 inclusive, que programas serão afetados pelo contingenciamento. Por fim, manifestou apoio à
1409 revogação da Portaria por conta dos prejuízos que causa. Conselheira **Simone Maria Leite**
1410 **Batista**, inicialmente, cumprimentou o Grupo pelo trabalho e Salientou que a proposta traz
1411 prejuízos aos usuários porque não garantem o princípio do acesso universal, com prioridade na
1412 prevenção. No seu ponto de vista, cabe ao Conselho rejeitar a proposta e descentralizar a
1413 informação a fim de buscar mais aliados contra essa nova proposta de governo. Conselheiro
1414 **Wilen Heil e Silva** avaliou que se vive momento de banalização e desconstrução de avanços e
1415 direitos já conquistados. Lembrou, inclusive, que 80% da população aprova a Estratégia de
1416 Saúde da Família, assim, lamentou que o governo aprove proposta que desconstrói essa
1417 iniciativa. Defendeu, inclusive, que os políticos utilizem os serviços públicos – saúde,
1418 educação, segurança, esporte – e o cumprimento das deliberações das conferências,
1419 adotando, inclusive, os dispositivos necessários para isso. Conselheiro **Ronald Ferreira dos**
1420 **Santos**, Presidente do CNS, em relação às decisões e processos adotados no país, frisou que
1421 “nada é por acaso, tudo é conspiração” e clarificou que o objetivo do Pleno do CNS é estruturar
1422 o contratado na Constituição Federal. Nessa linha, o CNS tem definido ações buscando
1423 diálogo, mas é preciso ação política com o Judiciário, Legislativo e as bases. Disse que está
1424 marcada reunião com o Ministro da Saúde para tratar as divergências, mas, como
1425 encaminhamentos, conclamou as entidades que compõem o CNS a se mobilizarem para
1426 participar da audiência na CSS, na quarta feira e propôs a aprovação de moção de
1427 reconhecimento e apoio à aprovação do Projeto de Decreto Legislativo nº 786/2017.
1428 Conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho** também defendeu a revogação da Portaria que
1429 modifica o modelo de assistência e atenção básica à saúde e que atropela a construção do
1430 SUS, de mais de 20 anos, feita em um ambiente bem mais democrático que o de hoje. Avaliou
1431 que, para justificar a proposta, adota-se cenário de chantagem financeira e política do governo
1432 federal sob os gestores municipais e estaduais com o argumento de falta de financiamento.
1433 Além disso, disse que o processo não respeitou o princípio da participação social, assegurando

a participação dos conselhos de saúde. Conselheiro **Antônio Lacerda Souto** ponderou que determinadas políticas, dada a importância para o desenvolvimento nacional, precisam ser tratadas com cuidado como a educação e a saúde. Também chamou a atenção para a importância da participação social, de forma qualificada, e, no caso da consulta pública, não a considerou participativa. Também destacou que, utilizando o discurso da eficiência econômica, escolas do campo estão sendo fechadas, o que trará sérios prejuízos para o futuro. Também frisou que não haverá desenvolvimento no campo e nos pequenos municípios sem política de saúde e de educação. Como encaminhamento, reiterou a proposta de revogar a Portaria e ampliar a participação popular de forma qualificada. Conselheiro **Arlson da Silva Cardoso** iniciou a sua fala esclarecendo que o CONASEMS possui grupo técnico que discute a PNAB e que, inclusive, indicou dois nomes para participar do GT/AB do CNS. Na condição de representante do CONASEMS no CNS, defendeu a revisão da PNAB, inclusive por se tratar de uma das deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Avaliou que o CNS precisa debater permanentemente a atenção básica, independente da decisão final e, nessa perspectiva, defendeu a constituição de espaço do CNS para debater a PNAB, que é a porta de entrada do SUS. Aproveitou, inclusive, para esclarecer que a nova PNAB determina a Estratégia da Saúde da Família como prioritária e contempla as diretrizes do SUS. Por fim, disse que a PNAB deve ser atualizada periodicamente, mas não se deve continuar com discurso que afasta usuários e trabalhadores da gestão. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** salientou que essa não é a primeira nem a última dificuldade a ser enfrentada na construção do SUS. Inclusive, fez referência à fala da professora Lígia Bahia sobre a suspeita de compra da medida provisória que estabeleceu a participação do capital estrangeiro na área da saúde para esclarecer que não se trata de uma questão desse governo. Salientou a importância do envolvimento das entidades que compõem o CNS no debate de políticas, de formulação e de enfrentamento, lembrando que a luta do controle social ocorre no dia a dia. Reiterou que a revisão da PNAB é uma deliberação da 15ª Conferência e o debate desse tema possibilitaria maior conhecimento da atenção básica e contribuição das diferentes realidades, fortalecimento do controle social e exercício do planejamento ascendente. Salientou que todos devem fazer uma leitura cuidadosa da Política, para conhecê-la melhor e também ratificou a proposta de formar grupo para debater a atenção básica. No seu ponto de vista, é difícil revogar a PNAB, mas entende que é possível negociar alguns pontos da Política. Assim, disse que o CNS deve contribuir no debate marcado para a próxima quarta-feira, entendendo tratar-se de um momento de síntese. Por fim, disse que não há incompatibilidade entre CNS e CIT, uma vez que são instâncias distintas. Conselheira **Nelcy Ferreira da Silva** reconheceu publicamente o empenho das conselheiras Shirley Marshal Diaz Morales e Maria da Conceição Silva no debate deste tema e mostrou-se animada com a fala do novo diretor do DAB que aponta para o diálogo. Todavia, para conversar, é preciso revogar a Portaria, publicada à revelia do CNS. Destacou que o Conselho deseja, de fato, rever a PNAB, conforme publicada. Por fim, disse compreender a limitação de recursos, portanto, é preciso buscar mais recursos. Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** iniciou a sua fala avocando os princípios da democracia e da soberania e citando a participação da comunidade no planejamento das políticas públicas (art. 198 da CF). Considerando a possibilidade de diálogo, também defendeu a revogação a Portaria para debate. **Retorno da mesa.** Conselheira **Maria da Conceição Silva**, GT/AB do CNS, diante das falas, reiterou os encaminhamentos do GT/AB do CNS: acatamento da Recomendação do CNS nº. 35, porque o debate precisa ser ampliado com as bases e o controle social; manutenção da PNAB 2011; e revogação da Portaria nº. 2436/2017. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**, GT/AB do CNS, questionou aspectos da Portaria destacando que: os valores terão como base “um” valor que será repassado (quais critérios serão considerados?); situação da cobertura não fica clara porque não há definição de território; atribuições dos profissionais da atenção básica foram definidas sem dialogar com os profissionais e desconsiderando as leis de exercício profissional; a vigilância em saúde, a prevenção e a prevenção em saúde não são demonstradas. Disse que esses pontos levam o CNS a entender, tecnicamente, que a Portaria apresenta problemas e o GT defende a revogação da Portaria para iniciar o diálogo. O diretor do DAB/MS, **João Salame Neto**, em relação às questões que emergiram das intervenções, pontuou que: a consulta pública considerou o preceito constituinte e o debate é se foi suficientemente ampla; o DAB enviará o relatório de resposta/justificativa individual de acatamento ou não de cada uma das contribuições apresentadas na consulta pública; o debate político no Brasil é diferente de outros momentos e interfere nas discussões gerais; o maior problema para manutenção da ESF, sobretudo nos municípios do Norte e Nordeste, é o pagamento do salário do médico, pois

o salário do ACS, na maior parte, é pago pelo governo federal; é preciso debater mecanismos para impedir que as equipes da ESF migrem para equipe de atenção básica; não é razoável definir que o município deve pagar sozinho enquanto não consegue implementar equipe de ESF; a intenção é ampliar e não restringir as ações, mas é preciso garantir financiamento; o SUS é um modelo de sistema bem visto por boa parte do mundo, mas há problemas na aplicação; o aumento dos indigentes transcende a política de saúde e relaciona-se com as políticas econômicas (aumento do desemprego); é preciso debater a questão dos blocos de financiamento porque há recurso parado em contas de prefeituras; é preciso debater o problema da corrupção da classe política; nota técnica do DAB, que está em conclusão, irá tratar do aumento da taxa de refrigerantes como parte de iniciativa de combate à obesidade infantil; a consulta deve ser valorizada, mesmo com suas dificuldades, uma vez que recebeu mais de 8 mil contribuições; prefeitos e secretários de saúde pressionam o Ministério da Saúde por conta da dificuldade de execução das políticas em virtude da falta de recursos; não se deve partidizar o debate para avançar; em que pese as divergências, o Ministro de Estado da Saúde conseguiu credenciar, em julho de 2017, número significativo de ACS de ESF; o DAB está realizando trabalho para sensibilizar os deputados sobre a importância de garantir mais recursos para a saúde, especificamente para atenção básica. Afora essas questões, colocou o entendimento que a revogação da portaria não deve ser uma bandeira de luta. Se for demonstrado que a portaria está prejudicando a atenção básica, não vê por que não revogar. Lembrou, inclusive, o debate marcado na Comissão de Seguridade Social, para a próxima quarta-feira, para debater a Portaria. Por fim, disse que o DAB está à disposição do CNS para o diálogo, inclusive participará da reunião na FIOCRUZ. Assegurou ainda que o CNS será comunicado sobre o debate de políticas com impacto na atenção básica. O técnico do DAB/MS, **Marcelo Pedras**, fez os seguintes acréscimos: a direção dada para equipe de atenção básica é a mesma dada pela equipe de saúde da família, mas não foi definida propositalmente a questão do financiamento, portanto, será necessária normatização posterior; equipe de saúde bucal, assim como na PNAB anterior, não é obrigatória, por conta do financiamento, portanto, deve ser um pleito de luta; e o NASF contempla diversas categorias profissionais. O Presidente do CNS disse que disponibilizará ao diretor do DAB, para conhecimento, os documentos que resgatam o debate no CNS sobre atenção básica. O diretor do DAB/MS sugeriu a definição de pauta de debate do GT com o DAB. Após essas falas, a coordenadora da mesa, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, procedeu aos encaminhamentos. Primeiro, agradeceu o GT pelo trabalho e o DAB pelos esclarecimentos. Também pontuou as seguintes questões a serem observadas no debate pelo Grupo e pelo Departamento: nem todos os profissionais de saúde estão inseridos na atenção básica, porque os NASF não conseguem garantir a assistência que a sociedade necessita; cuidado da necessidade de saúde das pessoas, considerando as especificidades – povos vulneráveis, pessoas com deficiência. Conselheiro **Moyes Toniolo** interveio para propor como encaminhamentos: que sejam contempladas na revisão da PNAB as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde relativas à atenção básica e as proposições do GT/AB do CNS. A seguir, a mesa sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate: debate permanente deste tema, avaliando posteriormente a criação de espaço para discussão - Comissão, Câmara; recomendação ao MS de revogação da Portaria nº 2. 436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica no âmbito do SUS até a conclusão do processo de debate da revisão da PNAB; moção de reconhecimento e apoio à aprovação do Projeto de Decreto Legislativo nº 786/2017. Além dessas propostas, o Presidente do CNS apresentou como encaminhamento: recomendar às entidades que compõem o CNS que se manifestem em apoio à aprovação do Projeto de Decreto Legislativo nº 786/2017; e incluir a representação dos Agentes Comunitários de Saúde como convidado permanente do GT/AB do CNS, como forma de reconhecimento político do CNS sobre a importante atuação da categoria nessa pauta. Antes da votação dos encaminhamentos, conselheiro **Nelcy Ferreira da Silva** sugeriu que a CIAN possa contribuir com o debate relativo à taxa de bebidas. O diretor do DAB colocou-se à disposição para marcar reunião e tratar do tema. Dito isso, agradeceu a oportunidade e despediu-se do Pleno do Conselho. Na sequência, a coordenadora da mesa colocou em votação, em separado, os encaminhamentos. **1) Moção de reconhecimento e apoio à aprovação do Projeto de Decreto Legislativo nº 786/2017, indispensável para a garantia de uma atenção básica com maior resolutividade e que garanta a universalidade do acesso à saúde da população. As entidades que compõem o CNS também devem se manifestar em apoio a esta iniciativa. Deliberação: aprovada, com quatro abstenções, a moção de**

reconhecimento e apoio. 2) Recomendar ao MS a revogação da Portaria nº 2. 436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica no âmbito do SUS até a conclusão do processo de debate da revisão da PNAB. Deliberação: aprovada a proposta de recomendação, com três votos contrários e uma abstenção. 3) Debate permanente deste tema, avaliando posteriormente a criação de espaço para discussão - Comissão, Câmara. Deliberação: aprovado, por unanimidade. 4) Incluir a representação dos Agentes Comunitários de Saúde como convidado permanente do GT/AB do CNS. Como contraproposta, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira, apesar de reconhecer e apoiar o protagonismo dos ACS, sugeriu que o GT/AB do CNS decida por convidar a representação dos Agentes Comunitários de Saúde ou outras categorias que considere importante para o debate. Em que pese as considerações, não foi possível chegar a consenso sobre as propostas. Sendo assim, a coordenadora da mesa colocou em votação as duas propostas de encaminhamento: 1) Aprovar a participação dos ACS no GT do CNS como convidado permanente, com direito a voz. 2) Remeter ao GT/AB do CNS a decisão de convidar a representação dos Agentes Comunitários de Saúde ou outras categorias que o Grupo considere importante para debate. A proposta 1 recebeu quatro votos. A proposta 2 recebeu a maioria dos votos. Duas abstenções. Deliberação: definido, por maioria, que o GT/AB do CNS decidirá por convidar a representação dos Agentes Comunitários de Saúde ou outras categorias que o Grupo considere importante para debate. Por fim, a coordenação da mesa colocou em votação a prorrogação do prazo de funcionamento do GT/AB do CNS. Deliberação: aprovada, por maioria, a prorrogação do prazo de funcionamento do GT/AB do CNS. Com essa definição, a mesa encerrou o debate e suspendeu para o almoço. Recomeçando, a mesa foi recomposta para o debate do item 10 da pauta. **ITEM 10 – FORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS - Apresentação: Eliane Cruz**, coordenadora adjunta do Projeto Conselho Presente. **Coordenação: conselheiro Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. A coordenadora adjunta do Projeto Conselho Presente, **Eliane Cruz**, apresentou a proposta de semana da saúde 2018 iniciando pelos objetivos: valorizar o Sistema Único de Saúde como política pública inclusiva e de qualidade; mobilizar os conselhos de saúde e setores da sociedade para a Defesa do SUS; e apoiar a ADI nº. 5.658 que combate o congelamento de gastos públicos imposto pela EC nº. 95. Nessa linha, disse que foram definidas as seguintes ações: definir tema da Semana da Saúde; realizar a Semana em formato de Campanha em Defesa do SUS; e elaborar programação interativa e articulada entre setores da sociedade para fortalecimento das políticas de saúde. Como proposta de programação, apresentou: 2 de abril – Mobilizadores. Profissionais de Saúde. Ação: atividades em locais de trabalho dialogando com a sociedade sobre o trabalho em saúde e os serviços de saúde. 3 de abril – Mobilizadores: CESS e CMSs. Ação: levar o conselho de saúde para espaços públicos com tribunas populares de discussão sobre a saúde. (Conselho na Praça). 4 de abril. Mobilizadores: parlamentares da saúde. Ação: realização de audiências públicas/ pronunciamentos, etc. 4 de abril. Mobilizadores: CNS e dirigentes de entidades nacionais. Ação: entrega de 3.000.000 de assinaturas no Supremo Tribunal Federal contra a EC nº. 95. 5 de abril. Mobilizador: academia. Ação: atividades nas universidades/incluir no calendário acadêmico aulas públicas, seminários, etc. 6 de abril. Mobilizador: artistas da saúde. Ações: shows, saraus, etc. 7 e 8 de abril. Mobilizador: religiões. Ação: realizar atividades durante missas, cultos, etc. **Deliberação: não havendo posições contrárias, a proposta foi aprovada por unanimidade.** Na sequência, conselheira **Maria da Conceição Silva** fez um informe sobre o projeto de formação para o controle social no SUS, coordenado pela CIEPSUS, explicando que houve mais de 1900 inscrições. Repassou o calendário das oficinas de formação e destacou que doze Estados ainda não agendaram suas oficinas. **Deliberação: o Plenário decidiu recomendar aos conselheiros e às conselheiras nacionais que contribuam, em seus estados de origem, na mobilização para participação de conselheiros municipais e estaduais nas oficinas já agendadas e promovam articulação com os Conselhos Estaduais para marcação das oficinas onde ainda não foram agendadas. ITEM 9 – 2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DAS MULHERES – 2ª CNSMu - Apresentação: conselheira Carmem Lúcia Luiz**, coordenadora da 2ª CNSMu; e conselheira **Francisca Valda da Silva**. **Coordenação: conselheira Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. A coordenadora da 2ª CNSMu foi a primeira a avaliar a Conferência, realizada em agosto de 2017. Iniciou destacando que a Conferência reuniu na etapa nacional, realizada em Brasília, 1.800 participantes, sendo 1.261 delegadas representantes de todos os estados da federação e o processo de mobilização envolveu mais**

de 70 mil mulheres que participaram das etapas municipais, macrorregionais, livres, estaduais e nacional. Na sua avaliação, a Conferência deu visibilidade à diversidade e à pluralidade do segmento de mulheres invisibilizados e sem voz. Além disso, afirmou que os desdobramentos da Conferência serão estratégicos para a efetivação da integralidade da saúde das mulheres, assim, as propostas construídas precisam ser trabalhadas nos estados e municípios para que sejam efetivadas, de modo a assegurar mais integralidade e equidade para a saúde das mulheres. Lembrou ainda que na Conferência seis experiências diferentes de projetos do “Laboratório de Inovação” receberam menção honrosa do CNS e da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS. As experiências são: o Ambulatório Trans, em Lagarto (SE), que acolhe a população transexual de forma humanizada com atendimento médico e psicossocial; o projeto Passo a Pássaro, em Teresina (PI), com atendimento e oficinas em saúde às mulheres privadas de liberdade da Penitenciária Feminina de Teresina. Além desses, o projeto Barriguda, em Macaíba (RN), que realiza pré-natal na comunidade quilombola Capoeiras; o projeto Práticas de Cuidado em Saúde com Trabalhadoras do Sexo, com acolhimento a esse segmento, em Fortaleza (CE); o projeto TransformaDor, realizado pela Universidade Federal do Pará (UFPA), atende mulheres grávidas para que elas não sofram violência obstétrica e tenham liberdade sobre seus corpos e seus partos; e o projeto Mulheres da AP 2.2, realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Disse que foi distribuída versão preliminar do Relatório Final da 2ª CNSMu, contemplando propostas aprovadas; propostas duplicadas ou contempladas em outra; e propostas eliminadas nos GT (a proposta do eixo 1, n°. 30 é idêntica à proposta n°. 54 do eixo 3 e portanto será condensada). Por fim, disse que a CISMU/CNS, na reunião de dezembro de 2017, iniciaria a avaliação das propostas aprovadas na 2ª CNSMu e definiria agenda de trabalho. Conselheira **Francisca Valda**, relatora da 2ª CNSMu, também fez uma avaliação positiva da Conferência, destacando que o trabalho foi realizado com garra e determinação. No seu ponto de vista, a mobilização foi a marca da Conferência e o desafio agora é dar continuidade a esse processo, a fim de garantir aplicabilidade das definições. Explicou que, além o relatório final da Conferência, contemplando as propostas aprovadas e moções, a proposta é elaborar livro relatando o processo de construção da 2ª CNSMu. Finalizando, a coordenadora da 2ª CNSMu retomou a palavra para agradecer a equipe de comunicação do CNS, pela divulgação da Conferência; o Canal Saúde, pelo apoio; e a equipe técnica do Conselho, pelo trabalho. Além disso, fez agradecimento ao apoio (financeiro, técnico e de conteúdo) do CNS, da Mesa Diretora e da Coordenação de Saúde da Mulher/MS à Conferência. Por fim, apresentou as seguintes propostas de encaminhamento: publicar as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas delegadas e pelos delegados na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade (minuta de resolução); elaborar documento relatando o processo de construção da 2ª CNSMu; realizar esforço conjunto do CNS para formação de comissões de saúde das mulheres nos conselhos de saúde das capitais (elaborar cartilha para detalhar como constituir essas comissões); e incluir na CISMU como convidadas permanentes uma representação de mulheres com deficiência e uma de mulheres transexuais. A seguir, foi aberta a palavra ao Plenário e nas intervenções foram pontuadas as seguintes questões: elogios à 2ª CNSMu, com destaque para a diversidade de segmentos de mulheres presentes à etapa nacional; a Conferência foi um espaço de diversidade de pautas em defesa da saúde pública e de qualidade; destaque para a participação de mulheres com deficiência na Conferência (76 mulheres no total) e o tema será debatido no 3º Encontro Brasileiro de Mulheres Cegas, que será realizado no mês de dezembro, em Salvador; agradecimento ao espaço concedido na Conferência para realização de práticas integrativas; é preciso definir estratégia para monitorar a aplicação das propostas aprovadas na Conferência; faz-se necessário dar conhecimento dos debates e das deliberações da 2ª CNSMu aos vários segmentos; e saudação à equipe de organização da Conferência e destaque à matéria da Revista Rads sobre a 2ª CNSMu. Feitas essas considerações, a mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno aprovou, por unanimidade, resolução que publica as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas delegadas e pelos delegados na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade. Além disso, foram aprovadas também por unanimidade, as seguintes propostas: 1) elaborar livro sobre a 2ª CNSMu; e 2) envidar esforços do CNS para criação de comissões de saúde das mulheres nos conselhos de saúde das capitais. Para isso, a CISMU irá elaborar cartilha detalhando como constituir essas Comissões. Além disso, o Plenário, de acordo com decisão anterior, decidiu não votar a proposta de definir convidadas permanentes para CISMU,**

entendendo que a Comissão pode convidar representação que julgar necessária. **ITEM 11 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO – COFIN -** Apresentação: **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN/CNS; e conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, coordenador da COFIN/CNS. Coordenação: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. Inicialmente, neste ponto de pauta, o coordenador da COFIN/CNS, conselheiro **Wanderley Gomes da Silva**, fez um informe sobre a oficina da Região Sul, realizada nos dias 28 e 29 de setembro de 2017, que encerra o ciclo de oficinas regionais previstas. Na sequência, o assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, apresentou a análise preliminar ao Relatório de Prestação de Contas Quadrimestral (RQPC) 2º Quadrimestre de 2017 - Execução Orçamentária e Financeira (de janeiro a agosto de 2017) do Ministério da Saúde, com base nas planilhas de execução orçamentária recebidas em setembro/2017. Sobre a execução orçamentária e financeira do MS - agosto/2017, destacou os seguintes dados: ASPS: empenhado: R\$ 83 bilhões; liquidado: R\$ 65 bilhões; pagos: R\$ 64 bilhões; redução de dotação de APS: menos R\$ 1,2 bilhão; OCC – redução de dotação: menos R\$ 500 milhões; Pessoal Ativo – redução de dotação: menos R\$ 700 milhões; total geral do Ministério da Saúde: acréscimo de R\$ 366 milhões. A partir da análise, as conclusões foram as seguintes: houve redução no valor das dotações ASPS (OCC E PESSOAL); e houve acréscimo no valor total (ASPS e não ASPS) das dotações. Portanto, houve tanto um remanejamento de recursos orçamentários das dotações ASPS para dotações não ASPS, como houve um incremento de recursos orçamentários nas dotações não ASPS além desse remanejamento. Nessa linha, perguntou quais foram as despesas que ganharam e perderam recursos nessas alterações e por que essas alterações não aparecem nas planilhas por unidade orçamentária. Na análise do nível de empenhamento da despesa, destacou: nível de empenhamento adequado – total e OCC (ASPS); Pessoal – nível preocupante; até o momento, 78% liquidado do empenhado; nível de empenhamento de janeiro a agosto de 2017 é melhor que o do mesmo período de 2016 (adequado); nível de liquidação de janeiro a agosto de 2017 é semelhante ao mesmo período de 2016 (regular); e ASPS - níveis de empenho e liquidação semelhantes entre os períodos comparados (ago/jul-2017), exceto liquidação pessoal, que passou de adequado para regular. Em relação às unidades orçamentárias, fez os seguintes destaques: **a)** Fundo Nacional de Saúde – regular em termos de liquidação (janeiro a agosto de 2017) – *itens adequados*: Farmácias Populares; Saúde Indígena; Média e Alta Complexidade – MAC; Publicidade de Utilidade Pública; Pioneiras Sociais; Auxílios ao Servidor; Programa de Sangue e Hemoderivados; Sentença Judicial (custeio); Programa Saúde da Família; Piso de Atenção Básica – PAB/Fixo; *regular*: Farmácia Popular, Programa de Prevenção DST/AIDS, Atenção à Saúde Bucal, Vacina e Vacinação; *inadequados*: INCA, Hospitais Próprios, Programa Sangue e Hemoderivados, SAMU, entre outros; Inaceitáveis – Farmácia Básica – PAB; Vigilância Sanitária – PAB; Aquisição e distribuição de medicamentos DST/AIDS; Manutenção de Unidades Operacionais; PROESF; Reestruturação de Hospitais Universitários; Outros Programas; Reparelhamento de Unidades do SUS; Fomento à Pesquisa em Ciência e Tecnologia; Emendas do Fundo Nacional de Saúde; Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente; Combate a Carências Nutricionais; outros programas; REUF (TCU definiu que não pode ser classificado como ASPS e o entendimento do CNS é diferente deste); **b)** Agência Nacional de Vigilância Sanitária – destaque para Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços – inaceitável; **c)** FUNASA – destaque para inaceitáveis: Manutenção Administrativa, Saneamento, Demais Ações, Emendas, PAC; **d)** FIOCRUZ – inaceitável liquidação e maior parte dos empenhos: Outros Programas, Farmácias Populares, Modernização de Unidades de Pesquisa; Vacina e Vacinação; Farmácias Populares; Emendas; **e)** Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS – inaceitáveis: Outros Programas e Assistência Suplementar à Saúde; **f)** Grupo Hospitalar Conceição – Atenção Hospitalar da Unidade inaceitável empenho e liquidação. Também apresentou quadro com a execução orçamentária e financeira do MS, de janeiro a agosto de 2017, empenho acima de R\$ 500 milhões = 95%, destacando: liquidação adequada: MAC, PSF, PAB Fixo, Farmácias Populares, Saúde Indígena; Medicamentos excepcionais e Vacina e Vacinação – inadequado e regular, respectivamente; e Programa de Sangue e Hemoderivados – nível de empenho elevado; Aquisição e Distribuição de Medicamentos para DST/AIDS, Farmácia Básica – PAB: inaceitável; Hospitais Próprios e SAMU – inadequados. Também apresentou painel de acompanhamento (a partir do 1º quadrimestre/2016) que demonstra o comportamento dos itens de despesas: nível de liquidação da despesa adequado – destaque para Saúde Indígena e Farmácias Populares; nível de liquidação da despesa regular, inadequado e intolerável – INCA, Hospitais Próprios, Programa Sangue e Hemoderivados, SAMU, Incentivo Financeiro –

1734 Vigilância em Saúde, Qualificação Profissional do SUS; e nível de liquidação da despesa
 1735 inaceitável – Manutenção de Unidades Operacionais, PROESF, REUF, Ações de Vigilância
 1736 Epidemiológica, Aquisição e Distribuição de Medicamentos Estratégicos, DATASUS,
 1737 Reaparelhamento das Unidades do SUS, Emendas, Fomento à Pesquisa, Ciência e
 1738 Tecnologia, Atenção à Saúde da Mulher, Adolescente e Crianças e Combate às Carências
 1739 Nutricionais. Sobre as emendas parlamentares, explicou que do total, foi empenhado o total de
 1740 R\$ 2,8 bilhões e liquidados R\$ 859 milhões até agosto de 2017. Apresentou dados sobre
 1741 ASPS: pago total até 31/08/2017 = R\$ 71,642 bilhões; pago total até 31/08/2016 = R\$ 61,012
 1742 bilhões; pago RP até 01/09/2017 = R\$ 5,751 bilhões; pago RP até 31/08/2016 = R\$ 6,878
 1743 bilhões; pago geral até 31/08/2017 e 01/09/2017 = R\$ 77,4 bilhões; pago geral até 31/08/2016
 1744 = R\$ 67,9 bilhões. Observação variação OCC < variação total: pago OCC até 31/08/2017 =
 1745 R\$ 58,354 bilhões; e pago OCC até 31/08/2016 = R\$ 55,090 bilhões. Salientou ainda que o ano
 1746 de 2017 é base para aplicação do cálculo em saúde, portanto, o que não for pago neste ano
 1747 acarretará na diminuição de recursos nos próximos 20 anos. Frisou que é preciso garantir, no
 1748 mínimo, que seja pago 15% da receita corrente líquida em 2017 mais as compensações de
 1749 R\$ 1,2 Bilhão (ou seja, R\$ 114 bi mais R\$ 12, bi). Por fim, disse que será feita consulta ao
 1750 Ministério da Saúde para esclarecimentos ao CNS previamente à indicação de medidas
 1751 corretivas nos termos da LC 141: **1)** Solicitar informação dos valores orçamentários
 1752 disponibilizados para cada item de despesa da planilha de execução orçamentária e financeira
 1753 no formato “COFIN/CNS” a partir dos limites estabelecidos pela área econômica por meio do
 1754 (s) Decreto (s) presidenciais; **2)** Solicitar esclarecimentos do MS para todos os itens
 1755 classificados com níveis inadequados, intoleráveis e inaceitáveis. Observação: o
 1756 esclarecimento deve abranger também as consequências negativas para os serviços prestados
 1757 à população decorrentes dessa baixa execução orçamentária e/ou financeira; **3)** Solicitar ao
 1758 Ministério da Saúde a avaliação da possibilidade de atendimento das emendas parlamentares
 1759 (individuais ou não) até o final de 2017 (projeção de empenhado, liquidado e pago), bem como
 1760 em relação à redução dos valores da dotação atualizada em relação ao apresentado após a
 1761 aprovação da LOA 2017 (superior a R\$ 10 bilhões); **4)** Solicitar esclarecimentos do MS para
 1762 todos os itens classificados com nível preocupante, uma vez que, para esses casos, a despesa
 1763 projetada anualizada com base na execução do período janeiro-agosto é maior que o valor da
 1764 dotação atualizada; **5)** Solicitar esclarecimentos sobre os restos a pagar, considerando os
 1765 baixos níveis de pagamento observado no período: quanto é a previsão de pagamento até
 1766 31/12/2017? Qual é a previsão de cancelamento dos restos a pagar até 31/12/2017? Quais
 1767 ações de saúde cujas despesas estão inscritas em restos a pagar não serão realizadas até o
 1768 final de 2017 (ações orçamentárias)? Aberta a palavra ao Plenário, foram pontuadas as
 1769 seguintes questões: é preciso avaliar a execução financeira com os impactos nas políticas
 1770 sociais; o CNS precisa exercer o seu papel de controle, fiscalização e formulação, integrando,
 1771 inclusive, as informações recebidas e a materialização nas políticas; é preciso divulgar as
 1772 informações sobre a execução orçamentária para que as entidades possam definir estratégia
 1773 de ação; a Mesa Diretora do CNS está trabalhando para ampliar a assessoria do CNS e
 1774 contribuir com o trabalho das comissões; qual a origem das emendas parlamentares
 1775 destinadas aos hospitais?; liquidação e empenho do GHC –; qual o gasto das instituições
 1776 diretas ligadas ao MS?; CNS precisa visitar as unidades das Pioneiras Sociais em Brasília
 1777 inclusive para verificar a competência significativa em relação aos demais serviços de Brasília;
 1778 a EC n°. 95 não afeta apenas o setor saúde, mas diversas políticas (cortes nos orçamentos dos
 1779 Ministérios das Cidades, da Integração Nacional, da Ciência e Tecnologia e da Educação que
 1780 terão impactos nas ações e serviços de saúde); o que envolve as compensações em termos de
 1781 Restos a Pagar e outros valores? Em relação às questões que emergiram das intervenções, o
 1782 assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, pontuou que: é essencial avaliar a
 1783 execução financeira e mostrar as consequências da baixa execução orçamentária; os recursos
 1784 de emendas parlamentares saem do orçamento; no relatório de Prestação de Contas
 1785 Quadrimestral (que será tratado na próxima reunião do CNS) contemplará tabela sobre ofertas
 1786 e serviços hospitalares e será feita tabela sobre evolução dos atendimentos; a EC n° 95 atinge
 1787 todas as políticas sociais; os Restos a Pagar cancelados em 2016 devem ser compensados em
 1788 2017; e na próxima reunião do CNS, será apresentada projeção do valor que precisa ser gasto
 1789 até 31 de dezembro de 2017 para não ter perda em 2018. Feitos esses esclarecimentos, a
 1790 mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: como encaminhamento final do**
 1791 **debate, o Plenário encomendou à COFIN/CNS a elaboração de nota técnica destacando**
 1792 **os riscos da baixa execução orçamentária do Ministério da Saúde para o orçamento da**
 1793 **saúde de 2018. Foi definido ainda que as apresentações da COFIN serão enviadas aos**

conselheiros e conselheiras junto com o Resumo Executivo da 298ª RO do CNS. **ITEM 12 – COMISSÕES INTERSETORIAIS DO CNS** - *Coordenação:* conselheiro **Geordec** **Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. **1) Comissão Intersetorial de Atenção a Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD – apreciação de duas minutas de recomendações.** A primeira recomenda ao Ministério da Educação (MEC), que introduza o ensino da Língua Brasileira de Sinais, na grade curricular dos primeiros anos do Ensino Fundamental, assegurando desta forma processos de inclusão entre a comunidade ouvinte e a comunidade formada por pessoas surdas. A segunda recomenda à Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência - SNPD, vinculada ao Ministério dos Direitos Humanos, que conclua, com agilidade, a definição dos instrumentos de avaliação do cadastro unificado de inclusão de pessoas com deficiência, tendo em vista que o prazo para tanto expira em janeiro de 2018. **Deliberação: aprovadas, por unanimidade, as duas minutas de recomendação apresentadas pela CIASPD.** Também foi informado que o Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/MS, **Quirino Cordeiro Júnior**, foi convidado a participar da última reunião da CIASPD, mas recusou o convite justificando que não possuía relação com a pauta e também não indicou representante. Diante da situação, a Secretaria Executiva do CNS enviará ofício ao diretor do DAB comunicando o fato. Foi sugerida, ainda, a elaboração de moção de repúdio sobre o ocorrido, a ser apreciada pelo Pleno. **2) Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI – apreciação de duas minutas de recomendações.** A primeira recomenda à Fundação Nacional do Índio que: 1. Fortaleça a Coordenação Regional do Alto Rio Negro para atender, no tempo necessário as demandas dos povos indígenas que vivem na região; e 2. Crie uma Coordenação Técnica Local para acompanhar a situação dos indígenas de recente contato, no caso os Hup'dah e Yuhupdeh, bem como os Yanomami, com sua implantação a ser acompanhada pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do CNS - CISI/CNS. A segunda recomenda ao Ministério de Desenvolvimento Social que: 1. Articule ação conjunta com o Estado do Amazonas e o município de São Gabriel da Cachoeira/AM, no sentido de atuarem na situação de extrema vulnerabilidade em que se encontram os indígenas, especialmente, os Hup'dah e Yuhupdeh de recente contato, que ficam acampados à beira do Rio Negro em busca de acesso aos programas sociais; e 2. Apresente alternativas para o pagamento dos benefícios sociais aos indígenas da região Alto Rio Negro, em prazo diferenciado para o saque do Programa Bolsa Família e aposentadoria. **Deliberação: aprovadas, por unanimidade, as minutas de recomendações.** **3) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS.** Reunião realizada no dia 3 de outubro de 2017 – apreciação de minuta de recomendação. No documento, o CNS recomenda à Agência Nacional de Saúde Suplementar que suspenda imediatamente o trâmite do relatório descritivo do GT de Planos Acessíveis, refutando na totalidade os seus termos. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a minuta de recomendação.** **4) Moção Repúdio –** sugerida pela conselheira **Shirley Marshall**. O texto é o seguinte: Moção de repúdio nº000 de 6 de outubro de 2017. Considerando que o Conselho Federal de Medicina – CFM ingressou com Ação Ordinária contra a União Federal, buscando via Liminar a Suspensão dos Efeitos da Portaria n. 2488/2011 do Ministério da Saúde, mais precisamente em relação a atuação do profissional Enfermeiro, no que tange a *solicitação de exames complementares*. Sendo deferido o pedido pelo Exmo. Sr. RENATO C. BORELLI Juiz Federal Substituto da 20ª Vara/DF; Considerando que na decisão judicial foi levado em consideração o Decreto n. 50.387 de 1961, sendo certo que não é esta a Legislação aplicável, sendo este superado pela atual Legislação (7498/86) e Decreto Regulamentador em vigor (94.406/87). As funções do Profissional Enfermeiro, além de estar descrita na Legislação e Decreto Regulamentador aplicável, também está normatizado pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, conforme dispõe a Resolução COFEN n. 195/97: (...) *Considerando que para a prescrição de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo;* **RESOLVE: Art. 1º – O Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais;** considerando que a Portaria MS 2488/2011 foi revogada em 21 de setembro de 2017 pela Portaria MS 2436/2017, sendo esta ainda tema de debate nesta instância deliberativa de Controle Social. Entretanto há que se frisar que ambas as portarias que tratam da Política Nacional de Atenção Básica incluem nas atribuições dos enfermeiros a prescrição de exames de rotina e complementares de acordo com os protocolos já existentes nas políticas e ações programáticas de saúde já existentes no bojo das legislações vigentes; Considerando que o enfermeiro desempenha importante papel na promoção em saúde e prevenção de diversas patologias. Sendo a realização de prescrição de

exames de rotina e complementares parte inerente dessas atividades. Uma vez que norteiam o diagnóstico e prescrição de enfermagem no âmbito da atenção primária integral e de qualidade; Considerando que as ações de prevenção e promoção em saúde perpassam por modalidades de rastreamento que incluem exames de rotina e complementares que permitem o diagnóstico precoce que auxiliam no combate a problemas de saúde transcendentais e de grande magnitude em nosso país como doenças infecciosas (AIDS, Hepatites Virais, Sífilis, Hanseníase, Tuberculose, entre outras), não infecciosas (maioria das formas de câncer, entre outros) e crônicas não-infecciosas (Hipertensão arterial, Diabetes, entre outros); Considerando que nem todas as equipes de saúde do país possuem o profissional médico para realizar prescrições de exames de rastreamento que norteiam as principais estratégias de promoção e prevenção de saúde seja no pré-natal ou campanhas de combate ao Câncer, AIDS, Hepatites Virais, Sífilis, Tuberculose, Hanseníase, entre outros. Repúdio: repudia a Ação Civil Pública movida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) quanto à suspensão parcial da portaria MS 2488/2011 no que diz respeito a *permissão ao enfermeiro requisitar exames*, bem como à decisão judicial de acatar o pedido do CFM.” **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a moção de repúdio.** 6) **Apreciação de recomendação decorrente do debate do Item 3 – Radar – planos acessíveis.** O mérito foi aprovado no dia anterior. O texto recomenda: Ao Presidente da Comissão Especial sobre Planos de Saúde, Sr. Deputado Federal Hiran Gonçalves (PP/RR) que: 1. Retire o pedido de urgência de votação do Projeto de Lei nº 7.419/2006 e apensos; 2. Amplie o debate por meio de novas Audiências Públicas, interrompendo o favorecimento explícito às empresas de planos de saúde, concedendo espaço democraticamente igual para o Conselho Nacional de Saúde, Entidades da Sociedade Civil, Instituições de Defesa do Consumidor e Órgãos Governamentais, na discussão dos trabalhos da Comissão. À Comissão Especial de Ética da Câmara dos Deputados que: posicione-se sobre o processo de tramitação e conteúdo dos trabalhos da Comissão Especial; e Aos Parlamentares do Congresso Nacional que: não permitam que projetos como esse, que visam a retirada de direitos e a destruição das garantias constitucionais continuem sendo aprovados em nosso país, tendo em vista que o vergonhoso e irresponsável desmonte do Estado Social trará mais prejuízos para a população brasileira e rupturas civilizatórias irreconciliáveis com os verdadeiros defensores da cidadania. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a recomendação.** 7) **Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT – apreciação da chamada para composição da câmara técnica da CISTT/CNS.** **Objeto:** Esta Chamada tem o propósito de identificar, criteriosamente, Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTTs) nos níveis estaduais e municipais, bem como os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) no nível estadual e membros da Comunidade Acadêmica que possam integrar a referida **Câmara Técnica (CT) da CISTT/CNS.** 3.2. **Composição:** Conforme dispõe o Art. 3º da Resolução CNS nº 555/2017: “A CT será composta por 5 (cinco) representantes de CERESTs estaduais, sendo 1 (um) por região; 3 (três) representantes das CISTTs estaduais; 3 (três) representantes das CISTTs municipais; representação da CISTT nacional; da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e da comunidade acadêmica, podendo chegar até 20 integrantes”. 3.3. **Perfil requerido:** Para compor a CT/CISTT/CNS, pretende-se selecionar integrantes que apresentem um perfil de competências coerente com as atividades desenvolvidas no âmbito da referida Comissão. O prazo para as indicações das instituições que poderão compor a CT/CISTT/CNS, a partir de Ofício-Circular emitido pela Secretaria Executiva/CNS, será até o dia **10 de Novembro de 2017.** 4.3. As indicações devem ser enviadas, via Ofício, para o e-mail cisttcns@saude.gov.br, inserindo no assunto da mensagem “Indicação para CT/CISTT/CNS”. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a chamada para composição da câmara técnica da CISTT/CNS.** 7) **Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – CISB - reunião realizada nos dias 28 e 29 de setembro de 2017.** **Encaminhamento: pautar os encaminhamentos da reunião, para deliberação, na próxima reunião do CNS.** **Encaminhamento geral: as pendências das comissões, que não foram apresentadas em virtude do adiantado da hora, serão remetidas para a próxima reunião do CNS.** **ENCERRAMENTO –** Nada mais havendo a tratar, deu-se por encerrada a 298ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: **Titulares – Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG, **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do Brasil – ONCB; **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Antônio Vital**, Pastoral da Saúde; **Breno de Figueiredo Monteiro**, Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; **Cláudio**

1914 **Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Dylson Ramos**
 1915 **Bessa Junior**, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF;
 1916 **Edmundo Dzuaiwi Omore**, Coordenação das Organizações indígenas da Amazônia Brasileira
 1917 (COIAB); **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em
 1918 Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem –
 1919 ABEn; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Giovanny Kley Silva Trindade**,
 1920 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**,
 1921 Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **Jani**
 1922 **Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **João Donizeti**
 1923 **Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na
 1924 Saúde – CNTS; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e
 1925 Idosos da Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
 1926 Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes
 1927 Sociais (FENAS); **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids –
 1928 ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Nelson Augusto Mussolini**,
 1929 Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da
 1930 Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
 1931 Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das
 1932 Associações de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e
 1933 Terapia Ocupacional (COFFITO). *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**,
 1934 Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do
 1935 Brasil (AFB); **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de
 1936 Medicina – DENEM; **Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha**, Sindicato dos Servidores do
 1937 Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – UNASUS; **Elgiane de Fatima**
 1938 **Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Heleno**
 1939 **Rodrigues Corrêa Filho**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Joana Batista**
 1940 **Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas - FNO; **Karla Larica Wanderley**,
 1941 Ministério da Saúde; **Laura Davison Mangilli Toni**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia –
 1942 SBFa; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
 1943 **Maria Angélica Zollin de Almeida**, Federação Nacional dos Médicos Veterinários –
 1944 FENAMEV; **Maria Leitão Bessa**, Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAz; **Priscilla**
 1945 **Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO;
 1946 **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social –
 1947 ABEPSS; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de
 1948 Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional
 1949 dos Enfermeiros – FNE; e **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida
 1950 – REDE UNIDA.