



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA SEXAGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE - CNS

1
2
3
4
5
6 Aos nove dias do mês de agosto de dois mil e dezessete, no Auditório Térreo da Escola
7 Nacional de Saúde Pública - ENSP, Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Avenida Brasil, 4365 -
8 Manguinhos, Rio de Janeiro-RJ, realizou-se a Sexagésima Primeira Reunião Extraordinária do
9 Conselho Nacional de Saúde - CNS. A mesa de abertura foi composta pelos seguintes
10 integrantes da Mesa Diretora do CNS - conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente
11 do CNS; conselheira **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**; conselheiro **Neilton Araújo de**
12 **Oliveira**; conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**; conselheiro **André Luiz de Oliveira**;
13 conselheira **Francisca Rego**; e conselheiro **Arilson da Silva Cardoso – e pelo** chefe de
14 Gabinete da Presidência da FIOCRUZ, **Valcler Rangel Fernandes**. Estabelecido o quórum, o
15 Presidente do CNS procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os presentes e os
16 internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Manifestou satisfação por realizar a
17 reunião do Conselho na Fiocruz, um espaço importante de produção do conhecimento, em
18 homenagem ao centenário da morte de Oswaldo Cruz. Lembrou que o Conselho é um espaço
19 da democracia, que reúne usuários, trabalhadores e gestores/prestadores de serviço, uma
20 instituição do estado brasileiro, com um conjunto de obrigações a desenvolver. Nas suas
21 palavras, o CNS é o lócus para resistir a qualquer ataque ao SUS. A seguir, os demais
22 integrantes da Mesa Diretora do CNS também fizeram uma fala de saudação inicial. Após, o
23 chefe de Gabinete da Presidência da FIOCRUZ, **Valcler Rangel Fernandes**, fez uma fala de
24 saudação aos presentes, manifestando a satisfação da FIOCRUZ em receber o Conselho e
25 justificou a ausência da Presidente da Fundação, **Nísia Trindade**, que participava naquele dia
26 de sessão solene da Câmara dos Deputados em comemoração ao centenário de morte de
27 Oswaldo Cruz. Neste ponto, foi registrada a presença do Vereador Paulo Pinheiro. Feitas
28 essas considerações iniciais, o Presidente do CNS procedeu à discussão dos pontos da pauta
29 da reunião, iniciando pelo segundo. **ITEM 2 – SEMINÁRIO SOBRE A POLÍTICA DE**
30 **ATENÇÃO BÁSICA – Mesa 1 – Os desafios da Atenção Básica para consolidação do**
31 **SUS” - Expositoras: Lígia Gionvanella**, docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde
32 Pública da ENSP/Fiocruz; **Luciana Dias de Lima**, Pesquisadora titular do Departamento de
33 Administração e Planejamento em Saúde e Docente Permanente de Administração e
34 Planejamento em Saúde e Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde
35 Pública da ENSP/Fiocruz; e **Márcia Morosini**, docente e pesquisadora do Laboratório de
36 Trabalho e Educação Profissional em Saúde – Lateps da ENSP/Fiocruz. A docente associada
37 da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Prática de
38 Saúde Pública, Linha de Pesquisa Política e Gestão, **Laura Feuerwerker**, convidada para esta
39 mesa, não pôde participar do debate, mas enviou vídeo com comentários sobre o tema.
40 **Coordenação:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS. A primeira
41 expositora foi a docente da ENSP/Fiocruz, **Lígia Gionvanella**, que abordou os desafios da
42 atenção básica para a consolidação do SUS como um sistema público universal de qualidade,
43 orientado pela Atenção Primária em Saúde, com foco nos seguintes eixos: concepções de
44 atenção primária à saúde (APS); APS e universalidade: cobertura universal em saúde X
45 sistemas universais; escopo de práticas na AB: profissionais conhecem mais do que podem
46 fazer; qualidade da atenção: estrutura e profissionais e Políticas convergentes: PMAQ-AB,
47 Requalifica UBS, PMM; e Financiamento: EC 95 – estado de sítio fiscal – redução progressiva
48 de recursos para o SUS por 20 anos. Iniciou agradecendo o CNS pelo convite e lembrando que
49 o Conselho é fruto da Constituição Cidadã de 1988 que democratizou o sistema de saúde e
50 institucionalizou a participação social no SUS. Na sua implementação, o Sistema produziu
51 novos atores que hoje sustentam o SUS: os secretários municipais de saúde, ator capilarizado
52 por todos os rincões do país que hoje sofre com o austericídio promovido pelo atual governo,
53 que não possui legitimidade. Explicou que, no Brasil, denomina-se atenção básica, o que na

54 literatura internacional se chama atenção primária à saúde (termo utilizado na apresentação).
55 Acrescentou que a sua intenção era frisar a importância de uma atenção primária à saúde
56 abrangente, robusta, que cumpre com seus atributos, para a constituição de sistemas públicos
57 universais. Falou sobre experiência internacional no que diz respeito à atenção primária,
58 citando as seguintes concepções: não uniformidade de abordagens para atenção primária à
59 saúde (APS) ou *primary health care*; seletiva; primeiro nível (*primary care*); abrangente ou
60 integral (APiS) – *comprehensive primary health care* (CPHC); APiS como filosofia – processos
61 emancipatórios na luta pelo direito à saúde – Movimento pela Saúde dos Povos (OPS, 2005).
62 Explicou que na experiência internacional há diferentes concepções de APS, que estão sempre
63 em tensão e subentendidas no debate nacional. Além disso, predominam dubiedades e
64 imprecisões conceituais e abordagens em disputa. Uma imprecisão conceitual que permite
65 abarcar iniciativas com propósitos muito distintos. Estas imprecisões decorrem das diversas
66 influências e antecedentes imediatos e remotos de Alma Ata: no modelo epidemiológico militar
67 vitorial das campanhas de saúde pública; nos programas integrais e de educação para a
68 saúde com pessoal comunitário; nos programas de medicina comunitária estadunidenses para
69 aliviar tensões sociais; na perspectiva religiosa missional das experiências de saúde
70 comunitária do Conselho Mundial de Igrejas; nas iniciativas de extensão do acesso aos
71 serviços de saúde e aos benefícios científicos a toda população nos processos de
72 descolonização e democratização dos então denominados países do terceiro mundo (Rovere,
73 2012; Paim, 2012). Ainda em relação às concepções da Atenção primária à saúde, pontuou:
74 APS seletiva: programa seletivo com cesta restrita de intervenções “custo efetivas”, limitado à
75 atenção materno infantil e doenças infecciosas, focalizado em populações em pobreza extrema
76 geralmente de resolutividade restrita; Estratégia supostamente interina foi adotada por
77 agências internacionais; complementar ou em contradição com Alma Ata?; Atenção primária ou
78 primitiva da saúde? *medicina pobre para pobres* (Testa, 1992); Anos 1990 reformas neoliberais:
79 Relatório do Banco Mundial 1993 – prescrição de programas focalizados e seletivos em saúde
80 com responsabilização governamental apenas por cesta restrita de baixo custo – APS seletiva
81 aplicada em países periféricos; Atenção ambulatorial de primeiro nível – serviços de primeiro
82 contato do paciente com o sistema de saúde direcionados a cobrir as afecções e condições
83 mais comuns, e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, incluindo amplo
84 espectro de serviços clínicos e por vezes ações de saúde pública – presente nos sistemas
85 universais de proteção social à saúde (europeus); Não é seletiva – não se restringe ao primeiro
86 nível, na UE está articulada a um sistema universal solidário; Centrada em médicos
87 generalistas ou com especialidade em medicina de família e comunidade; *Primary medical*
88 *care? X primary health care*; ser o serviço de primeiro contato e porta de entrada preferencial
89 que garante atenção oportuna e resolutiva – são também atributos imprescindíveis da APS
90 integral; e cumpre em parte com os atributos de APS robusta: Primeiro contato,
91 longitudinalidade, integralidade, coordenação, foco na família. Na experiência internacional,
92 elencou as seguintes concepções da Atenção primária: Atributos da APS segundo Starfield
93 (2002): Primeiro contato para cada nova necessidade – acesso fácil e oportuno – função de
94 filtro *gatekeeper*; Longitudinalidade: acompanhamento ao longo da vida; Integralidade: elenco
95 abrangente/resolutiva para maioria das necessidades; Coordenação das diversas ações
96 quando prestadas por outros serviços; três orientações: enfoca a família, têm competência
97 cultural, direcionado para a comunidade – pouco desenvolvido na EU – presente nas
98 experiências latinoamericanas. Explicou que, na América do Sul, sete países estão
99 implementando novos modelos de APS com componentes comuns: menção à atenção integral,
100 enfoque familiar e abordagem comunitária com equipes multiprofissionais que se
101 responsabilizam pela saúde de sua população adscrita. Acrescentou que o Brasil tem
102 influenciado os países da região e sido um exemplo no debate internacional sobre a
103 implementação de um sistema público universal. Seguindo, apresentou concepções da atenção
104 básica: APS - Abrangente ou integral - *Comprehensive Primary Health Care* (CPHC):
105 estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a
106 saúde; refere-se a uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de
107 saúde desenvolvida na Conferência de Alma Ata em 1978 - inclui entre seus princípios: acesso
108 universal com base nas necessidades de saúde e uso de tecnologias apropriadas e efetivas –
109 parte de um sistema integrado de saúde, o imperativo de enfrentar determinantes de saúde
110 mais amplos de caráter socioeconômico – inseparável do desenvolvimento econômico social, a
111 ação e coordenação intersetorial para a promoção da saúde e a participação social. Também
112 falou sobre APiS como filosofia - que enfatiza processos emancipatórios na luta pelo direito à
113 saúde – para a criação de sistemas públicos universais de saúde estratégia para organizar os

114 sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde –Movimento pela Saúde
115 dos Povos – People Health Movement. Clarificou que, após Alma-Ata, o que imperou nos
116 países em desenvolvimento foi a implementação de uma APS seletiva, contudo, a discussão
117 da saúde se ampliou. Movimentos sociais em âmbito internacional passaram a enfatizar a
118 compreensão da saúde como direito humano, a necessidade de abordar os determinantes
119 sociais e políticos mais amplos da saúde e a necessidade de estabelecer políticas de
120 desenvolvimento inclusivas, apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, para
121 reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde. Seguindo na apresentação, falou sobre
122 a renovação da atenção primária à saúde, com APS robusta como a resposta mais adequada
123 às mudanças no perfil demográfico e epidemiológico – para o cuidado de doenças crônicas.
124 Além disso, como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção não
125 mais como antítese do hospital e concentrada na saúde materno infantil e doenças infecciosas.
126 Ou seja, não mais um programa ‘pobre para pobres’. De uma compreensão que a APS seria
127 barata e requeria apenas um modesto investimento para APS não é barata: requer
128 investimentos consideráveis, mas é mais eficiente do que qualquer alternativa. No âmbito
129 internacional, desde a metade dos anos 2000, observa-se um processo de renovação da APS.
130 Discorreu sobre as primeiras tentativas de implementação da APS: acesso a um pacote básico
131 de intervenções em saúde e a medicamentos essenciais para as populações rurais pobres;
132 concentração em saúde materno infantil; focalização em pequeno número de doenças
133 selecionadas, principalmente infecciosas e agudas; melhorias em higiene, água, saneamento e
134 educação para a saúde das comunidades; e tecnologias simples para trabalhadores de saúde
135 comunitários, não profissionais e voluntários; participação vista como mobilização de recursos
136 locais e gestão de CS através de comitês de saúde locais; serviços financiados e prestados
137 pelo governo com gestão centralizada; gestão da crescente escassez e redução de postos de
138 trabalho; ajuda e assistência técnica bilaterais; atenção primária como a antítese do hospital; e
139 APS é barata e requer apenas um modesto investimento. Por outro lado, apontou as
140 Preocupações atuais das reformas de APS: transformação e regulamentação dos sistemas de
141 saúde existentes, com o objetivo de acesso universal e da proteção social da saúde;
142 preocupação com a saúde de todos os membros da comunidade; e resposta integral às
143 expectativas e necessidades das pessoas, alargando o espectro de riscos e de doenças
144 cobertas; participação institucionalizada da sociedade civil nas políticas e mecanismos de
145 responsabilização e prestação de contas; sistemas de saúde plurais em um contexto
146 globalizado; orientação de aumento dos recursos para a saúde para alcance de cobertura
147 universal; solidariedade global e aprendizagem conjunta; atenção primária como coordenadora
148 de uma resposta integrada em todos os níveis; e APS não é barata: requer investimentos
149 consideráveis, mas é mais eficiente do que qualquer outra alternativa. No que se refere à
150 universalidade e APS, salientou a APS reiterada como estratégia para alcance cobertura
151 universal. Há dubiedade, contudo, quanto ao significado da universalidade almejada e do
152 escopo da estratégia APS. A respeito de Cobertura Universal de Saúde x SUS - cobertura
153 universal em saúde x sistemas universais, explicou que há uma disputa entre expandir
154 cobertura com seguros focalizados (públicos ou privados) e cuidados básicos cristalizando
155 iniquidades e garantir acesso universal com equidade conforme necessidades independente da
156 renda em sistemas públicos universais de saúde como o SUS. Nas propostas de Cobertura
157 Universal de Saúde, cesta básica – carteira de serviços é instrumento utilizado para definir
158 oferta seletiva de procedimentos acoplada à implementação de seguros focalizados, como
159 atualmente difundidos por agências internacionais para a chamada cobertura universal. Esta é
160 uma disputa sempre presente e a direcionalidade depende da constelação de forças políticas
161 em cada momento histórico. A implantação de uma “relação nacional de ações e serviços
162 essenciais e estratégicos da AB”, afirmou, poderia contribuir para a garantia de padrões
163 essenciais mínimos mais qualificados e uniformes em todas as unidades básicas de saúde do
164 país e mesmo de padrões estratégicos mais avançados de acesso e qualidade. Entretanto,
165 poderá comprometer a integralidade da AB e do SUS e se transformar na cesta básica
166 garantida publicamente – um universalismo básico! Salientou que “APS seletiva e
167 universalismo básico? ou SUS que garante atenção integral orientado por APS robusta?” é
168 uma tensão contínua no processo de consolidação do SUS com dubiedade na política nacional
169 – que agora se explicita claramente com a proposta ministerial de incentivar com subsídios
170 fiscais “planos populares” de saúde em contraposição à consolidação do SUS. Esta é uma
171 disputa sempre presente e a direcionalidade depende da constelação de forças políticas em
172 cada momento histórico. Salientou que, para ampliar escopo das práticas ofertadas na AB, é
173 necessário avançar na melhoria da estrutura. Disse que estudo realizado a partir de dados do

174 censo de UBS realizado pelo PMAQ-AB em 2012 construiu tipologia da qualidade da estrutura
175 das UBS com variáveis agrupadas em cinco dimensões consideradas essenciais para
176 processos de atenção resolutivos, acessíveis e de qualidade: tipos de equipes, elenco de
177 profissionais, turnos de funcionamento, serviços disponíveis e equipamentos e insumos.
178 Identificou que apenas 5% das UBS correspondia ao padrão de referência e 15%, cerca de 6
179 mil UBS, com estrutura rudimentar e reprovada. Explicou que a implantação de uma “relação
180 nacional de ações e serviços essenciais e estratégicos da AB” poderia contribuir para a
181 garantia de um elenco de serviços mais uniforme e de melhor qualidade em todos os
182 municípios do país e reduzir desigualdades de acesso. Contudo, esta “carteira de serviços” é
183 ferramenta tem sido desenvolvida para contratação de seguros privados focalizados e / ou
184 serviços privados. Poderá comprometer a integralidade da AB e do SUS e se transformar na
185 cesta básica garantida publicamente – um universalismo básico. Por outro lado, pode contribuir
186 para ampliar escopo das práticas na AB. No que se refere à distribuição das UBS por Tipo,
187 Brasil, 2012, destacou melhoria recente nesta situação: convergência de programas para
188 melhoria da qualidade da AB implementados: PMAQ-AB; Requalifica UBS e PMM. Ainda no
189 aspecto da universalidade e APS, destacou que, para ampliar o escopo das práticas e tornar a
190 AB mais resolutiva, é necessário avançar na qualificação profissional implementando
191 efetivamente programas em andamento como o PMM em seu eixo de formação e as
192 estratégias de educação permanente previstas no PMAQ-AB. Além disso, a valorização
193 profissional e desprecarização do trabalho em saúde com estabelecimento de carreira SUS de
194 dedicação exclusiva. Frisou que é necessário reconhecer os avanços da AB e seus efeitos
195 positivos no acesso a serviços de saúde e na saúde da população. Acrescentou que o sucesso
196 da expansão da atenção básica no SUS no país nos últimos anos decorre da continuidade da
197 indução financeira da Estratégia Saúde da Família sustentada ao longo do tempo. No mais,
198 disse que a indução financeira federal é mecanismo fundamental para redução de
199 heterogeneidades e desigualdades regionais e sociais – promover equidade. Destacou que o
200 modelo assistencial preconizado na Estratégia Saúde da Família segue os preceitos de uma
201 atenção primária integral robusta que associa e busca um adequado balanço entre uma
202 abordagem do cuidado individual e coletivo – da saúde de indivíduos e da população; a
203 promoção, a prevenção e o cuidado contínuo; o atendimento oportuno e as ações
204 programáticas realizados por uma equipe multiprofissional na qual o ACS tem uma função
205 primordial na mobilização social, na mediação para enfrentamento dos determinantes sociais e
206 na participação em ações estratégicas frente a problemas de saúde populacionais no território.
207 – o que exige uma qualificação técnica específica. Destacou que estudos evidenciaram
208 sistematicamente, nos últimos anos, a superioridade do modelo assistencial da saúde da
209 família quando comparado ao modelo tradicional na efetivação dos atributos da atenção
210 primária integral com impactos positivos sobre a saúde da população, com redução da
211 mortalidade infantil, da mortalidade cardio e cerebrovascular e de internações por condições
212 sensíveis à atenção primária. Nessa perspectiva, afirmou que, manter a prioridade para a ESF,
213 significa ampliar o seu financiamento e melhorar o financiamento da AB como um todo.
214 Todavia, pontuou que, apesar de as transferências federais para AB terem quase dobrado em
215 termos reais entre 2002 e 2016 (per capita total de \$45,03 a R\$ 81,20), a AB permanece
216 subfinanciada. Frisou que urge majorar o PAB fixo (hoje, R\$ 24 reais por pessoa ano), para
217 ampliar capacidades e autonomia das secretarias municipais de saúde para responder às
218 necessidades locais. Lembrou que, sem recursos adicionais, não há como avançar na
219 cobertura e melhoria da AB. Acrescentou que o SUS, um sistema público universal, é
220 cronicamente desfinanciado. Para ilustrar essa situação, destacou que países com sistemas
221 públicos universais investem 7% a 8% de seu PIB com gastos públicos em saúde, enquanto,
222 no Brasil, os gastos públicos com saúde correspondem a 4% do PIB. Nesse contexto, referiu-
223 se a EC 95 que agudiza o subfinanciamento crônico do SUS ao definir o
224 congelamento/redução progressiva dos recursos federais destinados ao SUS por 20 anos, e
225 sobrecarrega sobremaneira os municípios que já são responsáveis por um terço dos gastos em
226 saúde (31%) e que financiam saúde muito além das suas receitas (18,5%). Desse modo, a EC
227 95 significa o desmantelamento progressivo do SUS. Finalizando, afirmou que avançar na
228 consolidação do SUS como um sistema público universal de qualidade, orientado pela APS,
229 passa pela revogação da EC 95 e por uma reforma tributária que estabeleça um sistema
230 tributário com carga fiscal progressiva, maior participação de tributos diretos sobre a renda, que
231 tribute lucros e dividendos, grandes fortunas e elevados rendimentos. Com isso, será possível
232 avançar na garantia do direito universal à saúde em nosso país. A segunda expositora foi a
233 docente e pesquisadora do Lateps da ENSP/Fiocruz, **Márcia Morosini**, que apresentou um

234 olhar sobre os trabalhadores técnicos da Estratégia Saúde da Família, questões sobre a PNAB
235 e dilemas a enfrentar. Começou apontando dificuldades históricas e conhecidas da ESF:
236 elevada rotatividade dos profissionais; dificuldade na contratação de médicos 40h e fixação em
237 diversos locais (flexibilização da carga horária – Programa Mais Médicos); falta de qualificação
238 adequada, principalmente, médicos generalistas. E os técnicos?; ausência de formação para
239 os gestores da AB; precariedade do vínculo de trabalho, com efeitos diferenciados sobre as
240 diferentes categorias; expansão da AB, mas com problemas de qualidade (PMAQ demonstra);
241 prejuízo da integralidade/continuidade do cuidado nos demais níveis de atenção; limitações dos
242 Sistemas de Informação; e mais recentemente: aprofundamento da lógica gerencialista
243 produtivista prevalecendo como orientadora do processo de trabalho. Pontou, na sequência,
244 condições menos visíveis da ESF: diferenciação salarial entre os técnicos, auxiliares e agentes
245 em relação aos trabalhadores de nível superior e entre as diferentes categorias de nível
246 superior; investimentos diferenciados na qualificação dos trabalhadores: *Nível superior* - cursos
247 de especialização, residências, programas específicos de qualificação com definição de
248 diretrizes, mudanças curriculares na graduação; *Técnicos e auxiliares*: introdutório, atividades
249 formativas variadas. *ACS especificamente*: introdutório; desenvolvimento incompleto do curso
250 técnico. Não se reconhecem os profissionais de nível médio e técnico como responsáveis pela
251 qualidade/resultados do cuidado; e os técnicos e auxiliares referem-se a uma inespecificidade
252 no seu trabalho na ESF e indicam a necessidade de modificá-lo para atender a um novo
253 modelo de atenção. Explicou que, apesar da proximidade ao contexto de vida da população,
254 ainda predomina um cuidado organizado pela racionalidade biomédica, tecnicista,
255 frequentemente, alheio aos determinantes sociais do processo saúde-doença, à realidade e à
256 cultura locais. Esta situação incide até mesmo sobre as práticas educativas. Recuperou que o
257 ACS é o trabalhador concebido para ser um elemento central, estruturante para a
258 transformação do modelo de atenção à saúde (hospitalocêntrico AB, por meio da ESF). E o
259 modelo biomédico?. Além disso, a centralidade do trabalho dos ACS está nas atividades
260 educativas, de educação popular em saúde, visando à prevenção e à promoção à saúde,
261 assim como o estabelecimento de vínculos de cuidado. Esta centralidade vem sendo
262 desconstruída por imperativos gerencialistas que acentuam a fragmentação do trabalho,
263 assumindo progressivamente atividades de caráter utilitarista/imediatista (relações e tarefas
264 burocratizadas). Sobre a flexibilização da presença dos ACS nas equipes da ESF, seja pela
265 intenção de maior participação dos auxiliares e técnicos de enfermagem, seja pela “fusão” com
266 os ACE, colocou as seguintes questões: Seria um reforço do modelo biomédico em detrimento
267 de uma perspectiva ampliada e integradora da Atenção Básica?; É uma resposta às
268 especificidades locais?; Que papel esses trabalhadores podem ter em contextos sociais
269 distintos?; Como enfrentar as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população?;
270 Como se enfrentariam os desafios da reorientação do modelo com outro arranjos de equipes?;
271 e Se dermos conta das questões ditas de saúde, como enfrentaremos os problemas que hoje
272 estão fora do alcance da AB? Feito esse apanhado, passou a discorrer sobre a Pesquisa:
273 “Processo de Trabalho dos Técnicos em Saúde na perspectiva dos saberes, práticas e
274 competências”, realizada pelo Observatório dos Técnicos em Saúde da EPSJV/Fiocruz, com a
275 participação de pesquisadores da EPSJV e das Escolas Técnicas do SUS, coordenação de
276 Marise Ramos, realizada no período de 5 de janeiro de 2015 a 5 de janeiro de 2017, com apoio
277 do MS e OPAS. Detalhou os trabalhadores sujeitos da pesquisa: auxiliares/técnicos de
278 enfermagem; auxiliares/técnicos de saúde bucal; agentes comunitários de saúde; e agentes de
279 combate às endemias (inseridos em equipes de Estratégia Saúde da Família em 20 municípios
280 brasileiros). Dos temas investigados sobre os técnicos da ESF na pesquisa, destacou os
281 seguintes: **a)** Quanto à formação: Qual a escolaridade desses trabalhadores?; A formação
282 profissional (inicial e continuada) é compatível com o processo de trabalho real?; **b)** Quanto à
283 prática: Como se relacionam o escopo de práticas e as atribuições?; e **c)** Quanto ao processo
284 de trabalho: a inserção nas equipes da ESF. Listou os Municípios/Equipes selecionados,
285 segundo os critérios de seleção (índice de cobertura maior ou igual a 60%; equipes modalidade
286 II e com ACE (CNES)): Abreu e Lima – PE; Aparecida do Taboado – MS; Belo Horizonte – MG;
287 Cambé, Curuçá – PA; Garanhuns – PE; Goiânia – GO; Jaciara – MT; Laje – BA; Maracanaú –
288 CE; Maringá – PR; Monte Azul; Niquelândia – GO; Patos de Minas; Penápolis – SP; Piri-piri –
289 PI; Recife – PE; Rio de Janeiro – RJ; São Mateus do Maranhão – MA; e Tauá – CE. A respeito
290 da escolaridade dos técnicos da ESF, destacou que o volume de técnicos que elevou sua
291 escolaridade foi significativo e os ACS apresentam os maiores índices. Destacou que o
292 principal obstáculo é a falta de horário para estudar, não-liberação do trabalho – no caso das
293 mulheres, situação agravada pela dupla jornada de trabalho (na eSF e no lar). Por outro lado, o

294 facilitador é ofertas de oportunidades educativas, em parceria com a instituição de saúde,
295 gratuitas e durante o turno de trabalho, ou à distância. O acesso aos programas sociais e às
296 políticas públicas de educação é fator determinante na elevação da escolaridade da força de
297 trabalho de nível técnico nas eSF. Sobre a compatibilidade da formação inicial e continuada
298 com o trabalho real, disse que os resultados foram os seguintes: **a)** quanto à formação inicial:
299 não há um padrão (carga horária, conteúdo); não é uma prática instituída no Sistema Único de
300 Saúde, tendendo a ser insatisfatória em relação à reconfiguração do modelo de atenção; os
301 ACS e ACE são aqueles que mais passaram por esse tipo de capacitação, por serem
302 ocupações que dispensam formação específica para o ingresso no cargo, o que pressiona as
303 instituições a ofertarem algum tipo de qualificação para o exercício da função, ainda assim, é
304 muito comum encontrarmos ACS que não tiveram nenhum tipo de formação – aprenderam na
305 prática - ou com formações variadas; a categoria profissional que mais problematizou essa
306 questão foi a dos trabalhadores técnicos e auxiliares de enfermagem; destacam a
307 especificidade do trabalho na AB, diferente daquele executado em outras instituições; indicam
308 ainda a superficialidade com que essa temática foi abordada nos cursos profissionais; **b)**
309 quanto à formação continuada: capacitações de curta duração (palestras, cursos, oficinas etc),
310 normalmente oferecidas pelas SMS, durante o horário de trabalho, com temas variados, não
311 havendo recorte por categoria profissional; ou capacitações em que profissionais da pp
312 unidade assumem o papel de multiplicador de conhecimento para os demais profissionais da
313 equipe: a equipe se divide por escala e seleciona um técnico para participar presencialmente
314 das capacitações. Este técnico fica responsável por passar as informações aos colegas. A
315 maior incidência deste tipo de organização foi verificada entre os ACE. Principais exemplos:
316 treinamentos para arboviroses, prontuário eletrônico/sistema de informação e outras
317 “urgências” do serviço. Destacou que os principais problemas foram: irregularidade, escassez e
318 falta de temáticas específicas das categorias profissionais. Quanto à prática, pontou como se
319 relacionam o escopo de práticas e as atribuições: tendem a ser coerentes com a definição de
320 atribuições postas pela PNAB; realizam atividades de promoção e educação em saúde, cuja
321 centralidade foi enfatizada por todas as categorias profissionais, ainda que predomine uma
322 perspectiva de promoção associada ao controle de riscos de doenças prioritárias; há expansão
323 de práticas que os técnicos consideram burocráticas e administrativas: preenchimento de
324 fichas, elaboração de relatórios e a entrada de dados da produção em sistemas de informações
325 do SUS ocupando parte significativa da rotina de trabalho; os desvios de função estão
326 relacionados a problemas estruturais do SUS, em especial à insuficiência de pessoal. Mais
327 indicados: a) cumprir turnos na recepção; b) atender telefonemas; c) organizar de filas; d)
328 tarefas de almoxarifado; e) tarefas burocráticas. Entre os ACS, trabalho de estafeta e até
329 mesmo a faxina da unidade. Acrescentou que os ACS não reconhecem como legítima a
330 atividade de digitar dados de sua produção no sistema informacional. Pela PNAB, não
331 configura desvio de função, mas, dificulta o estar no território, seu lugar de trabalho por
332 excelência. Além disso, sua relevância não se faz presente no processo seu trabalho, a não ser
333 como cobrança. Quanto ao processo de trabalho, especificamente sobre a inserção nas
334 equipes da ESF: o ideal de equipe multiprofissional em saúde – com eSB - é amplamente
335 difundido entre a categoria dos ACS. Dentre as demais categorias profissionais, não foi
336 identificada homogeneidade quanto ao referencial de equipe multiprofissional em saúde. Mão
337 dupla: os trabalhadores da Saúde Bucal não se identificam como integrantes da eSF; bem
338 como os demais trabalhadores não reconhecem os trabalhadores da Saúde Bucal como
339 membros da eSF. Em relação aos ACE, disse que a investigação evidenciou que esse
340 profissional não se reconhece como membro da eSF, mas se reconhece como membro da
341 equipe – de vigilância/combate às endemias. Sobre divisão/hierarquização do trabalho: apenas
342 alguns técnicos relatam a possibilidade de diálogo na definição da agenda de atividades,
343 restringindo-se à organização da rotina diária. Sobre o trabalho em equipe, disse que não se
344 caracteriza como uma equipe integrada, conectada para a atenção aos usuários e que
345 contemple o reconhecimento dos saberes e práticas dos profissionais como indispensáveis ao
346 aprimoramento da ESF. Não se verifica, por parte da gestão, a promoção de ações para
347 promover a integração entre os profissionais e garantir que a estrutura de trabalho em equipe
348 planejada para a ESF se efetive na prática. Elencou as seguintes questões essenciais para o
349 processo de trabalho em equipe: não há regularidade nas reuniões de equipe e sua frequência
350 tem se reduzido; é recorrente a fala de diferentes profissionais de que “*não se sente ouvido*”, o
351 que desmotiva os profissionais no engajamento à equipe; ausência de ações voltadas para a
352 saúde do trabalhador; tratamentos de questões de trabalho com os outros profissionais da
353 mesma categoria ou com a “chefia”/coordenação e, não, na eSF; falta de equipamentos

354 básicos: filtro solar, “farda”/uniforme, botas de campo etc; e problemas já indicados sobre a
355 formação, vínculos e direitos associados ao trabalho. Diante da minuta da nova PNAB, colocou
356 as seguintes questões: Esses problemas pautaram a revisão da PNAB? Como a nova PNAB
357 pretende enfrentar os desafios de melhoria da qualidade da atenção básica? E os desafios do
358 processo de trabalho em equipe? E a formação dos trabalhadores? Esvaziamento da
359 Educação Permanente e retomada da educação continuada é indicativo de que? O que se
360 pretende com a integração ACS e ACE , que já foi chamada de “fusão”? Por que os ACS se
361 tornaram o alvo preferencial das mudanças na composição das equipes da ESF? Finalizando,
362 apontou, como questão de fundo, os seguintes dilemas a enfrentar: Construir uma nova política
363 de Atenção Básica com uma perspectiva de longo prazo, que nos ajude a caminhar na direção
364 de um SUS efetivamente universal e integral, investindo na formação dos trabalhadores, na
365 revisão dos processos de trabalho, na radicalização da reorientação do modelo de atenção?
366 Ou Sucumbir à pressão do imediatismo, dos problemas que são urgentes hoje e tendem a
367 continuar urgentes ou piorar no futuro próximo, no qual o sistema de saúde esteja dirigido e
368 organizado pela lógica privatista da saúde como mercadoria e o Estado isento da
369 responsabilidade de consolidar a saúde como direito? A terceira e última expositora foi a
370 pesquisadora e docente ENSP/Fiocruz, **Luciana Dias de Lima**, que falou sobre o pacto
371 federativo na saúde e a Política Nacional de Atenção Básica: significados e implicações das
372 mudanças propostas, com abordagem de quatro questões: Que lições podemos extrair do
373 pacto federativo estabelecido no SUS e na política de atenção básica? Quais os significados e
374 possíveis repercussões das mudanças propostas na PNAB para o pacto federativo na saúde?
375 De que modo o contexto de austeridade fiscal e contenção das despesas públicas influencia as
376 mudanças propostas na PNAB? Quais as alternativas para o avanço da atenção básica frente
377 a necessidade de consolidação do SUS? Começou abordando os desafios do Federalismo e
378 SUS, destacando tratar-se de Sistema de caráter nacional e universal de implantação
379 descentralizada, em uma federação trina, diversa e desigual, composta por um número
380 expressivo de entes governamentais com limitadas condições político-institucionais e
381 financeiras. A descentralização preconizada no SUS é do tipo político-administrativa,
382 envolvendo a transferência de funções governamentais principalmente para os municípios.
383 Nessa linha, destacou desafios federativos relacionados à coordenação, à uniformidade e à
384 autonomia. Ainda sobre federalismo e SUS, na linha dos desafios, apontou os seguintes
385 questionamentos a partir de três eixos: **1) Descentralização x Padrão nacional:** Como garantir a
386 implantação de princípios e diretrizes nacionais considerando a diversidade regional e a
387 autonomia dos entes subnacionais?; **2) Descentralização x desigualdades:** Como garantir a
388 descentralização fortalecendo a capacidade de atuação dos entes subnacionais e superando
389 as situações de iniquidade existentes?; e **3) Descentralização x Sistema:** Como integrar
390 políticas, ações e serviços de saúde no território sem o risco da fragmentação político-
391 administrativa? Destacou que o pacto federativo na saúde procurou responder as tensões entre
392 o federalismo brasileiro e a ampliação das responsabilidades governamentais na saúde, em
393 contextos não necessariamente favoráveis à consolidação do SUS. Pontuou as principais
394 características do Pacto: forte poder coordenador (regulador e indutor) da União (normas,
395 modalidades de transferência federal de recursos e incentivos financeiros) com ampla adesão
396 de estados e municípios; diversidade de acordos envolvendo estados e municípios e
397 adaptação das regras nacionais às realidades loco-regionais por meio das Comissões
398 Intergestores Bipartites (CIB); fragilidade do papel coordenador dos estados; e
399 compartilhamento de funções, com aumento da importância dos municípios na prestação e no
400 financiamento do SUS. Seguindo, destacou que a PNAB teve um papel fundamental na
401 conformação do pacto federativo na saúde. Como avanços, citou: capilaridade da política no
402 território nacional (expansão da ESF e desconcentração de serviços); consolidação de um
403 “modelo nacional” para a AB no SUS; redistribuição não desprezível de recursos financeiros
404 (privilegiamento de regiões mais carentes). Por outro lado, elencou como limitações:
405 persistência de desigualdades regionais; fragmentação e dificuldades de integração regional de
406 políticas, ações e serviços (conformação de redes de atenção à saúde); e restrição da
407 autonomia financeira dos estados e municípios (parcelamento do PAB variável e perda
408 gradativa de importância do PAB fixo; e baixa importância relativa da AB em relação à MAC).
409 Na sequência, apresentou uma série de gráficos para demonstrar participação percentual das
410 transferências de Atenção Básica – AB e de Média e Alta Complexidade - MAC no orçamento
411 do Ministério da Saúde (2002 a 2016), participação percentual das transferências de AB e MAC
412 no orçamento do Ministério da Saúde. Brasil, 2002 a 2016; Evolução das transferências
413 federais para a AB e MAC, em valores totais ajustados pela inflação; evolução das

414 transferências federais para AB e MAC, em valores *per capita* ajustados pela inflação;
415 evolução da composição percentual do Bloco de Financiamento Federal para AB; número de
416 incentivos relacionados ao PAB varável; e evolução da proporção da subfunção AB nas
417 despesas estaduais e municipais com saúde. Comentou as mudanças propostas na PNAB,
418 focando nos seguintes aspectos: flexibilização do modelo de atenção (relativização da
419 cobertura e reposicionamento da ESF; reconfiguração das equipes; especificação de serviços
420 'essenciais e estratégicos' de AB) e do uso dos recursos transferidos por meio do PAB variável:
421 por que substituir o 'certo' pelo 'duvidoso'?; perda do poder coordenador do Ministério da
422 Saúde e manutenção da fragilidade dos estados na regulação da implantação da atenção
423 básica: qual ente se responsabilizará pela coordenação da PNAB em nível supra e
424 intermunicipal?; as mudanças estão sendo propostas e serão implementadas em um contexto
425 de ameaças aos direitos sociais, forte restrição fiscal e orçamentária com agravamento da
426 situação de subfinanciamento do SUS: por que e o que se pode esperar dessas mudanças
427 nesse contexto? Na linha de retrocessos, destacou a Emenda Constitucional nº 95/2016, que
428 limita as despesas primárias da União a um teto definido pelo montante gasto do ano anterior
429 reajustados pela inflação acumulada, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor
430 Amplo (IPCA). Entre as implicações dessa norma, citou o congelamento real das despesas
431 federais, com redução do gasto público relativamente ao Produto Interno Bruto (PIB) e ao
432 número de habitantes (os gastos públicos não vão acompanhar o crescimento da renda e da
433 população); desvinculação das despesas com saúde e educação; perda real da saúde e da
434 educação frente a outras despesas obrigatórias da União (ex: Previdência Social); ruptura do
435 pacto federativo, ameaças aos avanços relacionados à descentralização e fortes impactos nas
436 receitas dos estados e municípios: condicionamento das escolhas políticas em âmbito
437 municipal e estadual, com dificuldades de manutenção de políticas prioritárias para o SUS,
438 como a atenção básica e a ESF; estados e municípios serão os principais responsáveis pelos
439 cortes na prestação, pela piora progressiva na qualidade das ações e serviços do SUS e dos
440 indicadores sanitários; e comprometimento ainda maior da base de apoio ao SUS e aumento
441 da influência do setor privado nas decisões alocativas do setor. Por fim, pontou alternativas
442 acerca da matéria: ampliar a discussão democrática e aprofundada para o pleno
443 desenvolvimento da AB e aperfeiçoamento do SUS; criar frente em defesa do financiamento
444 público para as políticas sociais, o SUS e a AB, com revogação dos dispositivos da EC
445 95/2016; diminuir a fragmentação do PAB variável (mantendo o caráter indutor ao modelo
446 previsto na ESF) e recompor o PAB fixo, ampliando a autonomia dos gestores no uso desses
447 recursos; ampliar os mecanismos de redistribuição e alocação equitativa dos recursos da AB,
448 considerando a capacidade diferenciada de autofinanciamento dos gestores municipais e as
449 especificidades regionais; e reforçar o papel dos estados no planejamento regional e na
450 regulação da rede de atenção à saúde, possibilitando a integração da AB com outros níveis de
451 atenção. Finalizadas as apresentações das convidadas, o Plenário decidiu suspender a
452 reunião, temporariamente, para assegurar a participação no ato público em defesa do SUS que
453 acontecia do lado de fora da ENSP. Retomando os trabalhos, a mesa de debate foi recomposta
454 por: conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, Presidente do CNS; **Allan Nuno Alves de**
455 **Sousa**, diretor do Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério
456 da Saúde – DAB/SAS/MS; conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales**, vice-presidente da
457 Federação Nacional dos Enfermeiros, integrante do GT do CNS que debateu a revisão da
458 PNAB; **Andreia Passamani**, diretora do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de
459 Saúde – CONASEMS; **Liu Leal**, representante do Centro de Estudos Brasileiros de Saúde –
460 CEBES, ex- conselheira nacional de saúde e convidada do GT do CNS que debateu a AB. A
461 diretora do CONASEMS, **Andreia Passamani**, apresentou as contribuições do CONASEMS
462 para fortalecimento da Atenção Básica (GTAB: 2015 – 2017). Entre outros aspectos, na sua
463 fala, pontou a criação do GTAB e principais atividades: ouvindo as demandas dos municípios,
464 GT foi constituído set/2015, composto por membros das 5 regiões do país (N, NE, CO, SE, S);
465 demanda do CONASEMS a partir da análise de centenas de portarias sobre a Atenção Básica
466 (AB) e debates ocorridos em vários estados brasileiros (AM, ES, SP, RJ, PR, MT); e solicitação
467 dos gestores frente às dificuldades para gerir os recursos da AB. Detalhou que o percurso do
468 GT foi o seguinte: estudo e análise das portarias sobre a AB; reuniões mensais para
469 elaboração de proposições para a PNAB; discussão em diversos fóruns visando ampliar o
470 debate sobre a proposta, pelos COSEMS, trabalhadores da AB, gestores, universidades e
471 outros; apresentação e debate das proposições durante oficina com mais de 600 participantes,
472 ocorrida no XXXII Congresso do CONASEMS em 2016, em Fortaleza/CE; elaboração de texto
473 para as proposições de atualização da política em parceria com o CONASS; e debate tripartite

474 sobre a atualização da PNAB. Pontuou os quatro eixos de debate: 1) gestão da atenção básica
475 - justificativa de alteração: autonomia da gestão: território, tipo de unidade, tipo de equipes,
476 qualificação de unidades e gestão do trabalho; e financiamento com definição de valores para
477 as 3 esferas de governo; 2) qualificação da Atenção Básica: educação permanente em saúde,
478 estágios/ensino serviço e processos formação profissional; 3) AB como ordenadora da rede:
479 acesso/vínculo território, resolutividade, responsabilização, trabalho em equipe e linhas de
480 cuidado; e 4) AB como coordenadora do cuidado: referências/contra referência, regulação -
481 acesso à atenção especializada, acesso à média e alta complexidade e acesso à atenção
482 hospitalar – e avaliação e monitoramento. Por fim, apresentou as proposições: financiamento
483 tripartite e sustentável; autonomia dos gastos com base nas necessidades locais; respeito a
484 autonomia do ente federado na gestão; reconhecimento da AB como a principal porta de
485 entrada, para a maioria dos agravos (urgência/emergência , procedimentos clínicos e
486 cirúrgicos); fortalecimento da AB na perspectiva de constituir-se como coordenadora do
487 cuidado e ordenadora da rede; acesso a 100% da população na AB; e integração da VS com a
488 AB no território; reconhecimento dos distintos modelos de organização da AB existentes nos
489 municípios, possibilitando arranjos organizativos locorregionais, estaduais e/ou municipais;
490 estímulo à participação popular; ampliação do escopo de serviços da AB (Padrões: essenciais
491 e Ampliados); investimento na microgestão do cuidado ofertado pela AB com incorporação de
492 novas tecnologias e iniciativas; e apoio à incorporação de processos de estratificação e
493 classificação de riscos epidemiológico e social. Na sequência, o diretor do DAB/SAS/MS, **Allan**
494 **Nuno Alves de Sousa**, iniciou sua exposição sobre a revisão e a atualização da Política
495 Nacional de Atenção Básica – PNAB. Diante de intensa manifestação do Plenário, contrária ao
496 Ministério da Saúde e ao seu representante, dificultando sua apresentação, o conselheiro
497 **Neilton Araújo de Oliveira** apresentou Questão de Ordem, solicitando que o presidente da
498 mesa, conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, submetesse aos conselheiros nacionais de
499 saúde a votação se queriam ou não ouvir o representante do MS, **Allan Nuno Alves de**
500 **Sousa**. Com a aprovação por unanimidade do Plenário para ouvi-lo, o diretor do DAB/SAS/MS,
501 **Allan Nuno Alves de Sousa** prosseguiu e, segundo a sua opinião, o debate sobre a revisão e
502 a atualização da Política foi democrático e coletivo, com escuta de especialistas, entidades do
503 setor e a sociedade por meio da consulta pública. Sendo assim, houve um exercício de ouvir e
504 avaliar as diferentes posições acerca da matéria. Também fez questão de registrar que não
505 estava havendo aqodamento, nem pressa nesse processo, tanto que foram recebidas 5 mil
506 contribuições na consulta pública. Nessa perspectiva, afirmou que seria priorizada a Estratégia
507 de Saúde Família - ESF, com cuidado abrangente e multiprofissional. A representante do
508 CEBES, **Liu Leal**, ex-conselheira nacional de saúde e convidada do GT do CNS que debateu a
509 PNAB, interveio com posição contrária à proposta de atualização da Política por entender que
510 significaria um desmonte da força de trabalho (Agentes Comunitários de Saúde) e da
511 capilaridade do SUS. Lembrou que a Política vigente, construída há mais de 20 anos, está
512 capilarizada em todo país e, neste momento de desmonte das políticas públicas, esse
513 trabalhador está sendo preterido enquanto protagonista e interlocutor estratégico. Ressaltou,
514 ainda, que o debate não era de exclusivo do gestor, e sim, do conjunto da sociedade. Em sua
515 opinião, a consulta pública representou um elo de união, apesar disso, não havia concordância
516 com essa proposição que prejudica a população, os trabalhadores e o SUS. Além disso, foi
517 muito restrita, com duração de apenas dez dias, entendendo que deveria ser ampliada para
518 sessenta dias. Observou também ser extemporânea a revisão e a atualização da PNAB neste
519 momento. Por fim, chamou a atenção para a Emenda Constitucional – EC n° 95 que
520 compromete o financiamento com medicamentos, exames, recursos humanos, entre outros e,
521 em resposta, o CNS lançou, em julho de 2017, abaixo-assinado contra essa iniciativa, que
522 congela os gastos em saúde e educação por vinte anos. Neste momento, houve uma pausa no
523 debate da Política para apresentação do GT do CNS que tratou da atualização da Carta dos
524 Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde. Contudo, diante da premência de seguir com
525 o debate da PNAB, a definição sobre o processo de atualização da Carta foi transferida para o
526 dia seguinte, na 296ª RO. Retomando o debate sobre a PNAB, conselheira **Shirley Marshal**
527 **Díaz Morales**, vice-presidente da FNE, integrante do GT do CNS que debateu a Política, fez
528 uma saudação inicial, enquanto integrante da mesa, e posicionou-se frontalmente contrária à
529 retirada de direitos do povo brasileiro, especialmente no que se refere à revisão/atualização da
530 Política. **Manifestações**. Considerando que o debate foi aberto aos presentes, neste momento,
531 falou o Presidente dos Agentes Comunitários de Saúde, **Ronaldo da Silva Moreira**, para
532 posicionar-se também contrário ao proposto porque retoma legislações anteriores que
533 representavam prejuízo aos direitos dos ACS. Justificou sua posição lembrando o PSF, que foi

534 uma estratégia abrangente e bem recebida pela população. A continuar essa proposição,
535 conclamou a todos para um movimento nacional com intuito de barrar retrocesso que significa
536 o desmonte do PSF e a fragilização do SUS. **Talita**, ENSP, sobre a proposta em debate,
537 demonstrou contrariedade à forma de condução do debate da Política. Mesmo tendo sido feita
538 consulta pública, não concordava com o processo de modificação da PNAB, porque não incluía
539 usuários e os trabalhadores da área de saúde. Sendo assim, questionou as propostas que
540 retiravam direitos já conquistados e manifestou preocupação com o desfinanciamento do SUS.
541 A médica **Waleska** recriminou a posição do Ministro da Saúde enquanto defensor de planos
542 privados de saúde e de redução do SUS e marcou posição contrária ao que vem ocorrendo
543 com a Política. Registrou ainda manifestação em desacordo com o desmonte na saúde pública,
544 especialmente dos ACS. O médico **Giliarde** reconheceu que parte da proposta incorporava
545 prerrogativas de boa intensão, mas no que se refere às equipes de saúde, entendia que teria
546 impacto e geraria desemprego, resultando no fim do Programa Saúde de Família. Por isso,
547 concordava com a continuidade do debate da PNAB, mas sem decisão definitiva neste
548 momento. (Não constam os nomes completos das três pessoas que intervieram anteriormente
549 em razão de não ter sido registrado no momento da fala). Conselheiro **Moyses Toniolo** disse
550 que, a despeito da concordância da gestão em debater com o controle social, não houve
551 incorporação das contribuições apresentadas pelo CNS. Em concordância com as intervenções
552 anteriores, disse que a revisão da PNAB reforça a saúde privada em detrimento da pública,
553 com desvalorização dos trabalhadores da saúde em geral, especialmente os ACS. **João**
554 **Henrique**, na condição de agente comunitário, alinhou-se às falas contrárias a esse processo
555 por entender que representa perda de direitos dos trabalhadores e retrocessos nos direitos da
556 população. Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales**, vice-presidente da FNE, enquanto
557 representante dos profissionais de saúde, fez uma fala contrária à proposta apresentada,
558 explicando que não dava visibilidade aos trabalhadores de saúde que são, na verdade, sujeitos
559 imprescindíveis na implementação da Política. Nessa linha, reforçou a falta de diálogo com
560 esse segmento e a centralização do debate na gestão. Sendo assim, defendeu a pluralização
561 do debate e posição refratária à minuta de modificação da PNAB. Conselheira **Maria**
562 **Conceição**, enquanto representante dos usuários, destinatário das ações e serviços públicos
563 de saúde, defendeu uma proposta que assegure o acesso da população ao SUS, conforme os
564 princípios da equidade, da universalidade e da integralidade. A representante da ABEFAR,
565 Cibele, defendendo os direitos dos trabalhadores de saúde, notadamente dos enfermeiros,
566 chamou a atenção para o fato de não terem sido debatidas com a categoria as modificações
567 propostas que, em sua opinião, representam perda de direitos. Conselheiro **Arthur Custódio**
568 **de Souza** mostrou-se preocupado com a mudança da Política em razão de ocorrer o aumento
569 das doenças negligenciadas, como, por exemplo, a Hanseníase. Diante da extensão territorial
570 do país, avaliou ser inadequado o prazo de dez dias da consulta pública. Para além disso,
571 considerou, dada a conjuntura, não ser este o momento mais adequado para a revisão da
572 Política. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** solicitou a suspensão da consulta pública e que o
573 debate fosse levado aos estados municipais, com envolvimento do controle social (conselhos
574 de saúde e conferências). Avaliou que é preciso aprofundar o debate sobre o lócus de atuação
575 dos trabalhadores, visando a melhoria das condições de trabalho. Conselheiro **Cláudio**
576 **Ferreira do Nascimento**, no seu entendimento, o que está sendo proposto na revisão da
577 PNAB visa atacar os trabalhadores que estão fragilizados e desenvolvem suas atividades em
578 condições precárias. Também defendeu o fortalecimento do controle social em todos os fóruns
579 de debate. A estudante **Mara Freire** reforçou a necessidade de os estudantes contribuírem e
580 participarem do debate da PNAB até por que são futuros profissionais de saúde. Conselheira
581 **Denise Torreão Corrêa da Silva** foi enfática na reprovação da consulta pública e na revisão
582 da PNAB, solicitando, inclusive, que fosse sumariamente suspensa. Conselheira **Francisca**
583 **Rêgo Oliveira Araújo** rejeitou também as mudanças na PNAB, chamando a atenção para o
584 fato de se estar preterindo os trabalhadores e reduzindo recursos para a saúde. Somado a
585 isso, lembrou que não houve debate com os usuários, que são os maiores interessados, e
586 nem respeito às especificidades regionais e territoriais. Conselheiro **José Vanilson Torres da**
587 **Silva**, em uma fala emocionada, reportou-se à vulnerabilidade do segmento que representa,
588 dizendo que os moradores de rua são os mais prejudicados com a retirada de direitos. Por
589 oportuno, perguntou se o governo estava apresentando proposta de revisão ou de exclusão de
590 garantias já conquistadas e quis saber por que as contribuições do CNS não foram acolhidas.
591 Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, em sua intervenção, ressaltou que
592 iniciativas de revisão de políticas públicas precisam incorporar posicionamentos do controle
593 social. Dessa forma, assegurou que a proposta em debate não atende às expectativas da

594 população, ao contrário, desconstrói os avanços até então assegurados. Prova disso, é a EC
595 95/2016 que retira recursos da área da saúde e da educação. Então, sua defesa foi na linha de
596 que seja suspenso o processo de revisão e, também, a consulta pública. Conselheira
597 **Francisca Valda da Silva**, agradecendo a presença das várias representações e segmentos,
598 disse que a participação social estava avançando e fazendo o devido enfrentamento dos
599 interesses do setor privado, que se fundamenta pelo princípio do estado mínimo. No mais,
600 defendeu que a PNAB seja fortalecida ao invés de ser alvo de desconstrução. O técnico de
601 enfermagem, **Antônio Pereira**, dentre outros pontos colocados, fez denúncia sobre o
602 desrespeito com os direitos dos trabalhadores, que estão submetidos a vínculos precarizados,
603 e registrou, na sequência, a dificuldade de acesso da população à atenção básica. **Retorno da**
604 **mesa.** O diretor do DAB/SAS/MS, **Allan Nuno**, ouviu todas as manifestações relacionadas ao
605 processo de revisão da PNAB e, sem se reportar pontualmente às questões levantadas
606 durante o debate, reforçou a disposição do Ministério da Saúde em receber todas as
607 contribuições, inclusive as oriundas da consulta pública. Tanto que as sugestões até então
608 recebidas estão sendo analisadas por equipe do DAB, assegurando, assim, um processo
609 abrangente e participativo. Apesar de respeitar as posições contrárias à revisão, enfatizou que
610 o intuito do Ministério da Saúde, ao propor a atualização, era de fortalecê-la e não de
611 enfraquecer a atenção básica. Concluindo, propôs-se a continuar o debate sobre a PNAB com
612 foco na melhoria da qualidade da atenção básica. Concluído o debate, o Presidente do CNS,
613 referente às propostas do Grupo de Trabalho/CNS que debateu a PNAB, pontuou os seguintes
614 encaminhamentos: **1)** que o GT consolide os debates referentes à revisão da PNAB; **2)** que o
615 CNS recomende ao Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de
616 Saúde - CONASEMS, ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, aos
617 Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e às entidades que compõem as instâncias de
618 controle social do SUS para se comprometerem com a ampliação e qualificação do debate
619 sobre a revisão da PNAB; **3)** que sejam trazidas para discussão as propostas relativas ao
620 trabalho dos ACSs (EC que visa constitucionalizar o piso dos ACS, por exemplo) e que as
621 contribuições desse segmento sejam consideradas no debate; **4)** que o CNS recomende à
622 Comissão Intergestores Tripartite – CIT não deliberar pela revisão da PNAB enquanto este
623 processo de debate estiver em andamento; e **5)** que o debate sobre a revisão da PNAB seja
624 remetido à Conferência de Vigilância em Saúde, com realização de seminário nacional, com
625 caráter de conferência livre, até o mês de novembro, para tratar da relação da PNAB com a
626 vigilância em saúde. **Deliberação: em votação, as propostas foram aprovadas com dois**
627 **votos contrários e uma abstenção. Após, a mesa, agradecendo a presença de todos,**
628 **encerrou os trabalhos da 61ª Reunião Extraordinária.** Estiveram presentes os seguintes
629 conselheiros e conselheiras: *Titulares* – **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos
630 Bispos do Brasil- CNBB; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
631 na Agricultura – CONTAG; **Antônio Muniz da Silva**, Organização Nacional dos Cegos do
632 Brasil – ONCB; **Arlison da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de
633 Saúde – CONASEMS; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das
634 Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Breno de Figueiredo Monteiro**,
635 Confederação Nacional de Saúde – CNS; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres –
636 UBM; **Carolina Abad**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da
637 Mama – FEMAMA; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos
638 Odontologistas – FIO; **Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das
639 Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA; **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira**
640 **Sá**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **Dylson Ramos Bessa Junior**,
641 Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Francisca Rêgo**
642 **Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Francisca**
643 **Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Geordeci M. Souza**, Central
644 Única dos Trabalhadores; **Guilherme Franco Netto**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva –
645 ABRASCO; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays,
646 Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação
647 Brasileira de Autismo – ABRA; **João Bosco Cavalcanti Chaves**, Federação Nacional dos
648 Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO; **João Donizeti Scaboli**, Força
649 Sindical; **João Paulo dos Reis Neto**, União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
650 – UNIDAS **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde –
651 CNTS; **Luiz Alberto Catanoce**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da
652 Força Sindical – SINDNAPI; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
653 Trabalhadores – NCST; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes

654 Sociais (FENAS); **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids –
655 ANAIDS; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana Bezerra Lima**, Conselho
656 Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da
657 Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
658 Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação Nacional das
659 Associações de Moradores – CONAM; **Wilen Heil e Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e
660 Terapia Ocupacional (COFFITO); e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição
661 (ASBRAN). *Suplentes* – **Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega**, Conselho Federal de
662 Psicologia – CFP; **Antonio de Souza Amaral**, Associação Brasileira de Ostomizados –
663 ABRASO; **Antonio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde (MS); **Christianne Maria de**
664 **Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Douglas Vinícius Reis Pereira**,
665 Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Deise Araújo Souza**,
666 Confederação Nacional do Comércio – CNC; **Denise Torreão Corrêa da Silva**, Conselho
667 Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das
668 Associações de Moradores – CONAM; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos
669 Aposentados e Pensionistas – COBAP; **Ivo Ferreira Brito**, Ministério da Saúde; **José**
670 **Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional de População de Rua – MNPR; **Jovita José**
671 **Rosa**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
672 – UNASUS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
673 Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA;
674 **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade; **Maria das Graças Silva**
675 **Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Mariana Carvalho Pinheiro**,
676 Ministério da Saúde; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas – CFN;
677 **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos
678 Humanos - ACT/Aliança de Controle do Tabagismo; **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**,
679 Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Simone Maria Leite Batista**,
680 Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS;
681 **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; e **Vânia Lúcia**
682 **Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.
683