



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA TRICENTÉSIMA QUINQUAGÉSIMA QUINTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS

Aos doze e treze dias do mês de junho de 2024, no Auditório Carlyle Guerra de Macedo da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS, Lote 19, Avenida das Nações, SEN - Asa Norte, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Tricentésima Quinquagésima Quinta Reunião Ordinária do CNS. Os objetivos da 355ª Reunião Ordinária do CNS foram: **1)** Socializar e apreciar os itens do expediente. **2)** Conhecer, discutir e deliberar quanto aos desafios para o combate ao câncer infantojuvenil no SUS. **3)** Apreciar e debater sobre o tema do Eixo III da 4ª CNGTES: “Educação para o desenvolvimento do trabalho na produção da saúde e do cuidado das pessoas que fazem o SUS acontecer: a saúde da democracia para a democracia da saúde”. **4)** Apreciar e debater sobre uma só saúde e suas conexões entre a saúde humana, animal, vegetal e ambiental. **5)** Debater acerca das ações desenvolvidas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS, visando aprimorar a relação entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde para fortalecimento da Atenção Básica do país. **6)** Debater e deliberar a respeito das demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento - COFIN. **7)** Compartilhar e deliberar sobre as demandas da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **8)** Debater a atuação do SUS diante da calamidade no Rio Grande do Sul. **9)** Debater o tema uma só saúde e suas conexões entre a saúde humana, animal, vegetal e ambiental. **10)** Apreciar e deliberar sobre os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas. **MESA DE ABERTURA – Swendemberg Barbosa**, Secretário Executivo do Ministério da Saúde (participação virtual); conselheira **Heliana Neves Hemetério**, da Mesa Diretora do CNS; conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; **Socorro Gross**, representante da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 355ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA ATA DA 352ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 355ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação: a pauta da 335ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade. APROVAÇÃO DA ATA DA 352ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação: a ata da 352ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade.** A representante da OPAS/OMS no Brasil, **Socorro Gros**, cumprimentou o Secretário Executivo do Ministério da Saúde, integrantes da Mesa Diretora e demais presentes e manifestou sua satisfação com mais uma reunião do Conselho na Sede da OPAS/OMS. Aproveitou este espaço para saudar o Conselho pela participação no processo de construção e aprovação da resolução sobre participação social na saúde, na 77ª Assembleia Mundial da Saúde. Desse modo, destacou que é preciso seguir trabalhando para garantir a implementação da participação social em todos os países. O Secretário Executivo do Ministério da Saúde (participação virtual), **Swendemberg Barbosa**, começou saudando todas as pessoas presentes e justificando que a Ministra de Estado da Saúde e ele não puderam estar presentes por conta de reuniões externas. Também comemorou a aprovação da resolução sobre participação social na saúde, salientando que se trata de uma conquista da sociedade brasileira. Registrou ainda a importância da participação do Conselho na 77ª Assembleia Mundial da Saúde. Também falou sobre as ações do Ministério da Saúde em apoio ao Rio Grande do Sul, com envio de equipes, insumos, kits de emergência e agradeceu o apoio do CNS nesse processo. Disse que a Ministra da Saúde retornará ao Estado para a entrega de ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) para os municípios atingidos pelas fortes chuvas e entrega de computadores, que serão encaminhados a Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e hospitais das cidades afetadas. No mais, disse que é preciso comemorar a redução do processo de judicialização da saúde, por conta de consenso

57 inicial acerca dessa questão e informou que são feitos outros acordos. A intenção é debater
58 esse tema no Conselho, porque interessa a toda a população. Por fim, fez dois convites ao
59 Conselho: atividade com a imprensa, às 16h, para apresentação do Programa mais
60 Especialista; e evento no dia seguinte, em comemoração aos 20 anos da Política Nacional de
61 Saúde Bucal. O Presidente do CNS agradeceu as falas e, a propósito dos convites, informou
62 que participaria da atividade naquele dia e o conselheiro Anselmo Dantas estaria na cerimônia
63 do dia seguinte. Destacou ainda que no dia seguinte seria feito debate sobre a atuação do SUS
64 diante da calamidade no Rio Grande do Sul. Por fim, disse que estava em elaboração relatório
65 sobre a participação do Conselho na 77ª Assembleia Mundial da Saúde e será pauta de
66 reunião ordinária do CNS para prestação de conta e desdobramentos. **ITEM 2 – EXPEDIENTE**
67 **– Informes. Justificativa de ausências. Apresentação de novos (as) Conselheiros (as)**
68 **Nacionais de Saúde e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Dados**
69 **representativas para a saúde no mês de junho. Indicações. Relatório da Mesa Diretora.**
70 *Composição da mesa: Ana Carolina Dantas, Secretária Executiva do CNS; e conselheira Ana*
71 *Lúcia Marçal Paduello, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES - 1)** Informe sobre a*
72 *manifestação pública do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – CES/RS.*
73 *Apresentação: Ana Carolina Dantas, Secretária Executiva do CNS. O Conselho Estadual de*
74 *Saúde do Rio Grande do Sul – CES/RS, por meio de sua Mesa Diretora, veio parabenizar o*
75 *Conselho Nacional de Saúde - CNS, bem como seu Presidente Fernando Pigatto, pela atuação*
76 *incansável pela aprovação, por consenso, entre os países membros da Organização Mundial*
77 *da Saúde, da resolução sobre participação social na saúde, documento aprovado na 77ª*
78 *Assembleia Mundial da Saúde, na data de 29 de maio da corrente. Tal instrumento legitima a*
79 *Participação Social em Saúde, determinando que a sociedade civil influencie na tomada de*
80 *decisões em todo ciclo das políticas públicas de saúde, de forma transparente, em todos os*
81 *níveis dos sistemas de saúde. Com a aprovação do documento, o Controle Social do Brasil se*
82 *torna referência para todo o mundo, pelo acúmulo histórico sobre o tema, e pelo protagonismo*
83 *do CNS na construção do texto aprovado. Essa aprovação é uma conquista para o Controle*
84 *Social Brasileiro, e conseqüentemente para o povo brasileiro no cenário mundial, porque além*
85 *de reforçar as prerrogativas previstas na legislação pátria, ainda cria precedente para os*
86 *demais países, haja vista que a participação social não é um favor ou benefício, mas um direito*
87 *fundamental, parte de um sistema universal de saúde que garante estabilidade institucional,*
88 *democracia, transparência e equidade. (Inara Beatriz Amaral Ruas - Presidente - CES/RS). **2)***
89 *Informe sobre a Saúde na Reforma Tributária. Apresentação: conselheiro Nelson Mussolini*
90 *(CNI). Informe sobre a Saúde na Reforma Tributária. Proposta – redução da taxa de 60%.*
91 *Necessidade de isonomia tributária; contra a edição de listas para redução tributária. Brasil –*
92 *maior taxa de imposto do mundo. Solicitou o apoio do CNS para pressão ao legislativo. **3)** Informe para*
93 *tratar sobre a mobilização que estamos fazendo junto as pessoas cegas e com baixa visão*
94 *Apresentação: conselheiro Clóvis Alberto Pereira (ONCB). Informe para tratar sobre a*
95 *mobilização que estamos fazendo junto as pessoas cegas e com baixa visão, no sentido de*
96 *nos posicionarmos contrariamente à tentativa de transformar a compra de óculos falante em lei.*
97 *Encaminhará link para que se posicionem contra a Proposta. **4)** Informe sobre Seminário que a*
98 *CISI realizou e agradecimentos aos colaboradores seminário da CISI. Apresentação:*
99 *conselheiro Rildo Mendes (ARPIN-SUL). **5)** Informe sobre os debates no Seminário da*
100 *CISI/CNS, realizado em maio de 2024. Apresentação: conselheira Vânia Leite (CNBB). **6)***
101 *Informe sobre as discussões e os desdobramentos ocorridos durante a 33ª Reunião da*
102 *Subcomissão Permanente de Política de Drogas e Saúde Mental. Apresentação: conselheira*
103 *Helenice Nakamura (CFFa). A reunião ocorreu dia 28 de maio de 2024, de forma remota.*
104 *Enfoque na situação da atenção à saúde mental no Rio Grande do Sul, apresentada por*
105 *trabalhadores/voluntários no apoio e resgate das pessoas ilhadas no RGS. **7)** Informe sobre o*
106 *dia 6 de junho - Dia Nacional do Teste do Pezinho, 14 de junho - Dia Mundial do Doador de*
107 *Sangue e 19 de junho – Dia Mundial de Conscientização sobre a Doença*
108 *Falçiforme. Apresentação: conselheira Talita Garrido de Araújo (ABRASTA). **8)** Informe*
109 *sobre a situação do Rio Grande do Sul: desafios coletivos. Agradecimento, de forma*
110 *emocionada, pela ajuda a sua família e ao povo do Rio Grande do Sul. Apresentação:*
111 *conselheira Débora Melecchi (FENAFAR). **9)** Informe da coordenação da CIPPE sobre a*
112 *realização do Seminário nacional de equipe e a realização da conferência livre de equidade.*
113 *Apresentação: conselheiro José Ramix Júnior (CONTAG). **10)** Informe sobre a participação*
114 *no I Webinar: Reforçar as capacidades de uma só saúde/saúde única para fortalecer os*
115 *sistemas de saúde. Apresentação: conselheiro João Alves Júnior (CFMV). O evento ocorreu*
116 *no dia 11 de junho de 2024 e faz parte das preparatórias ao MEDTROP – congresso*

117 promovido pela Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, a realizar-se em setembro de 2024,
118 com o tema “Medicina tropical sob olhar de saúde única”. **11)** Informe sobre a realização de
119 evento da SAPS/MS, alusivo aos 20 anos do Programa Brasil Sorridente e de um ano da Lei
120 Federal N° 14.572/08/05/2023, tornando a Política Nacional de Saúde Bucal, política de
121 Estado. *Apresentação:* conselheiro Anselmo Dantas (FIO). O Seminário em Comemoração aos
122 20 anos da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente ocorrerá nos dias 13 e 14 de
123 junho de 2024, das 8h às 17h30 (apenas no dia da abertura será às 8h30). Local: Hotel San
124 Marco, SHS Q.05, Bloco C, Setor Hoteleiro Sul – Asa Sul. Ajuda à população do Rio Grande do
125 Sul. **12)** Informe sobre a participação, em representação do CNS, na I Oficina Regional para
126 Implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde – PNVs. *Apresentação:*
127 conselheiro **Alex Motta** (Pastoral da Saúde Nacional). O evento foi realizado nos dias 20 e 21
128 de maio de 2024, bem como na Oficina Integradora da Linha de Ação 1 com o título “Desafios
129 e Oportunidades na Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica”, realizada no dia
130 06/06/2024. Próxima reunião da CIVS – Debate sobre taxação dos agrotóxicos. **13)** Informe
131 sobre o status das oficinas do Projeto Participa+ Formação para o Controle Social no SUS.
132 *Apresentação:* conselheira **Sueli Goi Barrios** (Rede unida). Convite para participar das rodas
133 de conversa. **14)** Informe sobre a representação do CNS no Comitê de Protocolos Clínicos e
134 Diretrizes Terapêuticas da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS.
135 *Apresentação:* conselheira **Priscila Torres** (Biored Brasil). No dia 7 de junho, a CONITEC
136 deliberou sobre a aprovação do PCDT de Adenocarcinoma de Cólon e Reto. O comitê de
137 medicamentos reuniu-se nos dias 05 e 6 de junho e foi aprovado apenas um medicamento, que
138 foi a azacitidina para o tratamento de pacientes com síndrome mielodisplásica de alto
139 risco. Outros sete medicamentos foram avaliados e receberam parecer desfavorável, e esses
140 medicamentos seriam para o tratamento das doenças: Linfoma, carcinoma de tireoide, câncer
141 de mama e neuromielite ótica, uma doença de alto impacto socioeconômico que acomete
142 principalmente mulheres negras de baixa renda, compromete a visão e em 5 anos 40% dos
143 pacientes ficam cegos em pelo menos um olho, metade das pessoas terão cegueiras, 35%
144 déficit motor permanente. Depois de 5 anos 51% podem estar em cadeira de rodas e 9%
145 podem morrer em 5 anos. NMO não tem PCDT e hoje os pacientes estão abandonados pelo
146 sistema de saúde. O exemplo de neuromielite ótica ressalta a relevância de o controle social
147 atuar, para que as dinâmicas dos PCDT sejam focadas em implementar e desenvolver linhas
148 de cuidado focada na necessidade da população brasileira e não na submissão de
149 medicamentos de alto custo. A exemplo da necessidade de criação de PCDT baseado em
150 necessidades sociais, está o PCDT de esclerose sistêmica, doença que mundialmente é
151 conscientizada no mês de junho da qual a nossa conselheira Ana Lúcia Paduello convive há
152 mais de 20 anos. A esclerose sistêmica, uma doença autoimune rara e crônica, impacta
153 significativamente a mortalidade dos pacientes devido ao envolvimento potencialmente grave
154 de órgãos internos, como pulmões, coração e rins. As complicações pulmonares (como a
155 doença pulmonar intersticial e a hipertensão pulmonar) são as principais causas de morte. A
156 taxa de sobrevivência em cinco anos para pacientes varia entre 60% e 80%, sendo pior para
157 aqueles com esclerose sistêmica difusa e envolvimento de múltiplos órgãos. Avanços no
158 diagnóstico precoce e no tratamento, incluindo terapias imunossupressoras e cuidados
159 específicos para complicações, têm melhorado a sobrevida, mas a mortalidade ainda
160 permanece elevada em comparação com a população geral. Principalmente porque no Brasil, o
161 PCDT de esclerose sistêmica não está atualizado e permite morte evitáveis. Quantas pessoas
162 como a nossa conselheira Ana Lúcia devem morrer para que este PCDT seja atualizado?.

163 **JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA** – Titular: **Ana Lúcia Silva Marçal Paduello**, Associação
164 Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras (SUPERANDO),
165 Usuário, motivo: rodízio de titularidade (participa na condição de integrante da Mesa Diretora
166 do CNS); Titular: **Cledson Fonseca Sampaio**, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e
167 AIDS (RNP+ BRASIL), Usuário, motivo: rodízio de titularidade; Titular: **Elgiane de Fátima**
168 **Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB), Usuário,
169 motivo: rodízio de titularidade; Titular: **Ethel Leonor Noia Maciel**, Ministério da Saúde (MS),
170 Gestor, motivo: agenda trabalho; Titular: **Francisco Faustino Pinto**, Movimento de
171 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), Usuário, motivo: rodízio de
172 titularidade; Titular: **Gilson Silva**, Força Sindical (FS), Usuário, motivo: rodízio de titularidade;
173 Titular: **Helena Ferreira Magalhães**, União Brasileira de Mulheres (UBM), Usuário, motivo:
174 rodízio de titularidade; Titular: **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de
175 Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR), Usuário, motivo: rodízio de
176 titularidade; Titular: **José Eri Borges de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias

177 Municipais de Saúde (CONASEMS), Gestor, motivo: não informado; Titular: **José Vanilson**
178 **Torres da Silva**, Movimento Nacional População de Rua (MNPR), Usuário, motivo: rodízio de
179 titularidade; Titular: **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas
180 e Idosos da Força Sindical (SINDNAPI), Usuário, motivo: rodízio de titularidade; Titular: **Luiz**
181 **Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de Associações de Diabético (FENAD),
182 Usuário, motivo: rodízio de titularidade; Titular: **Maria Thereza Almeida Antunes**, Federação
183 Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD), Usuário, motivo: rodízio de
184 titularidade; Titular: **Myrian Coelho Cunha Da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN),
185 Profissional de Saúde, motivo: razões pessoais; Titular: **Paula Johns**, Associação de Controle
186 do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT), Usuário, motivo: rodízio de
187 titularidade; e Titular: **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**, Associação Brasileira de
188 Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. **NOVOS**
189 **CONSELHEIROS – I – ENTIDADES E MOVIMENTOS NACIONAIS DE USUÁRIOS DO SUS.**
190 2º Suplente: Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) – **Maria Vitória**
191 **Pereira da Silva** (substituindo Nathália Julie Soares Resende). Portaria de Pessoal GM/MS nº
192 490, de 23 de maio de 2024. Publicado em: 27/05/2024 | Edição: 101 | Seção: 2 | Página: 69.
193 IV - SEGMENTO DO GOVERNO FEDERAL - Titular: Ministério da Saúde (MS) - **Felipe**
194 **Proença de Oliveira** (substituindo Nésio Fernandes de Medeiros Junior). 2º Suplente:
195 Ministério da Saúde (MS) - **Marcos Vinícius Soares Pedrosa** (substituindo Paulo Roberto
196 Alves Guimaraes). 1º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - **Adriano Massuda** - (substituindo
197 Helvécio Miranda Magalhães Júnior). Portaria de Pessoal GM/MS nº 553, de 07 de junho de
198 2024. Publicado em: 10/06/2024 | Edição: 109 | Seção: 2 | Página: 46. **COORDENADORES DE**
199 **PLENÁRIA - Claudemir Fernandes da Silva** – Rondônia – Norte; **Jefferson de Sousa**
200 **Bulhosa Júnior** – Distrito Federal – Centro-Oeste; **Maria Antônia Conceição de Souza**
201 **Kuendig** – Mato Grosso do Sul – Centro-Oeste; **Osmar de Oliveira Cardoso** – Piauí –
202 Nordeste; e **Sueli Terezinha do Nascimento** – Ceará – Nordeste. **INDICACÕES – Atividades**
203 **– 1)** Convite da Comissão de Legislação Participativa (CLP) da Câmara dos Deputados, para
204 participar da audiência pública que debaterá os alimentos e produtos disponibilizados nas
205 cestas básicas, no escopo da Reforma Tributária, dia 16 de maio de 2024. **(Remoto).**
206 **Indicação (referendar):** conselheira **Myrian Cruz** (CFN), Coordenadora da CIAN, Coordenadora
207 da CIAN. **2)** Convite da SAES/MS para compor a Mesa de Abertura da Oficina internacional:
208 Política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas antirracista, dia 20 de maio de 2024,
209 em Brasília-DF. (Estava em Brasília). **Indicação (referendar):** Conselheiro e coordenador
210 adjunto da CIRHRT, João Pedro (ANPG). **3)** Convite da Comissão de Saúde -
211 Eventos/DECOM, para compor a Mesa de Abertura e para a mesa "Dezoito Anos da Política
212 Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC-SUS) no "I Seminário de Saberes
213 Tradicionais e Práticas e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS", dia 21
214 de maio de 2024, em Brasília-DF. **(Coincidiu com a reunião da CIPPSPICS).** **Indicação**
215 **(referendar):** conselheira **Eliane Maria Cunha** (UNASUS), coordenadora adjunta da
216 CIPPSPICS, e conselheiro **Abraão Nunes da Silva** (CMP), coordenador da CIPPSPICS. **4)**
217 Convite da Assessoria Especial de Assuntos Internacionais para participar da reunião de
218 coordenação com a sociedade civil, movimentos sociais, setor privado, terceiro setor e
219 academia para preparação da participação do Brasil nas negociações sob a Convenção-
220 Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (UNFCCC), dia 21 de maio de 2024, em
221 Brasília-DF. (Estava em Brasília). **Indicação (referendar):** conselheiro **Roberto Portela** (Serviço
222 Pastoral dos Migrantes), coordenador adjunto da CIVS. **5)** Convite da Fiocruz, para a Mesa de
223 abertura do Seminário "Saúde, Água, Energia e Ambiente - A Organização das Populações
224 Atingidas por Barragens na Promoção do Direito a Territórios Saudáveis e Sustentáveis, dia 22
225 de maio das 2024, em Brasília-DF. (Estava em Brasília). **Indicação (referendar):** Conselheiro
226 **Roberto Portela** (Serviço Pastoral dos Migrantes), coordenador adjunto da CIVS. **6)** Convite da
227 Câmara dos Deputados da Comissão de Saúde para participar do Seminário de Doenças
228 raras, Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI) e Fibromialgia, dia 24 de maio de 2024.
229 **(Remoto).** **Indicação (referendar):** Conselheira **Priscila Torres** (Biored Brasil), coordenadora
230 Adjunta da CICTAF. **7)** Convite do Vereador Dr. Bruno Pedralva, para participar da entrega do
231 Diploma de Honra ao Mérito para o Conselho Municipal de Belo Horizonte em comemoração à
232 aprovação da Lei do Dia Municipal do Conselho Municipal de Belo Horizonte e o
233 reconhecimento na data da importância do Conselho Estadual de Saúde e dos Conselhos
234 Distritais de Belo Horizonte, dia 03 de junho de 2024, em Belo Horizonte – MG. (Reside em
235 BH). **Indicação (referendar):** conselheiro **Dirceu Greco** (SBB). **8)** Convite da Secretaria
236 Executiva da Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

237 (CNODS/SG/PR), para participar do Seminário “Ações do Governo para Agenda 2030”, no dia
238 04 de junho de 2024, no Auditório do Anexo I do Palácio do Planalto, em Brasília/DF. (Reside
239 em Brasília). *Indicação (referendar)*: conselheiro **Neilton de Oliveira** (MS), da Mesa Diretora do
240 CNS. **9)** Convite da Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente, do Ministério da Saúde
241 (SVSA/MS) para participar da Mesa de abertura da Oficina Nacional das Pessoas Acometidas
242 pela Hanseníase, que será realizada no dia 05 de junho de 2024 em Brasília – DF. (SVSA).
243 *Indicação (referendar)*: conselheira **Regina Bueno** (ANAIDS). **10)** Convite da Assessoria para
244 Equidade Racial em Saúde do Ministério da Saúde para participar da mesa de abertura e do
245 Seminário “Saúde Sem Racismo: Dialogando com os movimentos sociais”, nos dias 06, 07 e
246 08 de junho de 2024, Brasília/DF (Custeio MS). *Indicação (referendar)*: Conselheiros e
247 coordenadores da CIPPE, **José Ramix Junior** (CONTAG), **Veridiana Ribeiro** (CFF) e **Heliana**
248 **Hemetério** (Candaces). **11)** Convite da Fundação Getúlio Vargas (FGV Direito Rio), na mesa
249 redonda “Open Health no Brasil”, dia 10 de junho de 2024, no Rio de Janeiro - RJ. (Custeio
250 CNS). *Indicação (referendar)*: Conselheira **Shirley Marshal** (FNE), coordenadora adjunta da
251 CISS. **12)** Convite da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-
252 Industrial da Saúde para participar do Seminário de Avaliação “Marco Zero” da Chamada Nº
253 18/2023 - Ciência de dados: mudanças climáticas e impactos para a saúde, dia 11 de junho de
254 2024, em Brasília-DF. (Reside em Brasília). *Indicação (referendar)*: Conselheiro **José Ramix**
255 **Júnior** (CONTAG), coordenador da CIPPE. **13)** Convite da MEDTROP 2024, para participar,
256 na condição de debatedor do Webinar 1: Reforçar as capacidades de Uma Só Saúde/Saúde
257 Única para fortalecer os sistemas de saúde, cujo tema central é “Desafios para a
258 implementação da Saúde Única em um cenário de mudanças climáticas”, dia 11 de junho de
259 2024. (Remoto). *Indicação (referendar)*: Conselheiro **João Alves Junior** (CFM), coordenador
260 adjunto CIVS. **14)** Convite da Comissão Especial destinada a acompanhar as ações de
261 combate ao câncer no Brasil da Câmara dos Deputados, para participar de forma remota na
262 condição de palestrante, do Seminário sobre Câncer de Cabeça e Pescoço, com o objetivo de
263 colher subsídios para seus trabalhos, dia 11 de junho de 2024, em Brasília-DF. (Reside
264 Brasília). *Indicação (referendar)*: Conselheira **Helena Esteves** (Oncoguia). **15)** Convite da
265 Comissão de Ciência, Tecnologia, Inovação e Informática (CCT) do Senado Federal, para
266 participar, como expositora, de audiência pública, com o objetivo de discutir a proteção
267 regulatória do dossiê de testes (PRDT) para produtos farmacêuticos destinados ao uso
268 humano, dia 12 de junho de 2024, em Brasília-DF. (RO em Brasília). *Indicação (referendar)*:
269 Conselheira **Lais Bonilha** (ABENFISIO), Coordenadora da CONEP. **16)** Convite da Secretaria
270 de Atenção Primária à Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde Bucal, para participar
271 do evento de Comemoração dos 20 anos da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil
272 Sorridente, dias 13 e 14 de junho de 2024, em Brasília-DF. (Custeio FIO). *Indicação*
273 *(referendar)*: Conselheiro **Anselmo Dantas** (FIO), coordenador da CISB. **17)** Convite da
274 Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador, para participar do Encontro com os
275 CEREST Estadual, Municipal de Belo Horizonte e Regionais do Estado de Minas Gerais, de 13
276 a 14 de junho de 2024, em Belo Horizonte-MG. (Custeio CGSAT). *Indicação (referendar)*:
277 conselheiro **Jacildo Siqueira Pinho** (CONTRAF), coordenador da CISTT. **18)** Convite
278 da coordenação do Grupo de Pesquisa do CNPq LAPPIS e a disciplina “Desigualdade, pobreza
279 e políticas de cuidado à população em situação de rua”, para participar da mesa dialogada
280 intitulada “População em Situação de Rua e Cidadania no Cuidado: Sobre Desafios no Espaço
281 Público para o Acesso aos Direitos”, dia 19 de junho de 2024, no Rio de Janeiro-RJ. (Custeio
282 CNS). *Indicação (referendar)*: conselheiro **José Vanilson** (MNPR). **19)** Convite da Secretaria
283 de Vigilância em Saúde, para participar da Oficina do Programa de Qualificação das Ações de
284 Vigilância em Saúde – PQA-VS, dias 26 e 27 de junho de 2024, em Brasília/DF. (Custeio SVS).
285 *Indicação (referendar)*: conselheiro **Roberto Portela** (Pastoral Imigrantes), Adjunto CIVIS. **20)**
286 Convite da coordenação LGBTQI+, para participar da Mesa: Saúde da população negra e
287 abordagens de cuidado e prevenção ao hiv/aids, no Encontro nacional do coletivo LGBTQI+ do
288 Movimento Negro Unificado, dia 29 de junho de 2024, em Salvador/BA. (Custeio CNS).
289 *Indicação (referendar)*: conselheira **Regina Bueno** (ANAIDS). *Indicação em grupos de*
290 *trabalho e comissões externas.* **21)** Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da
291 ABRASCO que tem como objetivo proporcionar a comunicação e articulação entre
292 pesquisadores, profissionais, usuários e gestores da APS, para discutir e contribuir com o
293 conhecimento e com propostas para uma boa atuação da APS no SUS, em substituição a
294 conselheira Vitória Bernardes. *Indicação (referendar)*: Titular: **Altamira Simões** (Lai Lai Apejo).
295 **22)** Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), sob a coordenação do
296 Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da

297 Educação na Saúde (DGERTS/SGTES). *Indicação (referendar)*: Titular: **Francisca Valda da**
298 **Silva** (ABEN). Suplente: **João Pedro Santos da Silva** (ANPG). **23)** Grupos de Trabalho do
299 Conselho Consultivo do INCA, com indicação de representantes: *Indicação (referendar)*: **GT 1)**
300 Promoção, prevenção e vigilância - Titular: **Roberto Campos Portela** (CIVS). Suplente:
301 **Myriam Cruz** (CFN). **GT 2)** Acesso ao diagnóstico precoce - Titular: **Altamira Simões**
302 (CIABS). Suplente: **Anselmo Dantas**. **GT 3)** Acesso ao tratamento e navegação - Titular: **Maria**
303 **Laura Carvalho Bicca** (CFSS). Suplente: **Ana Clebea Nogueira Pinto de Medeiros**
304 (CIASPP). **GT 4)** Acesso aos medicamentos e tratamento sistêmico - Titular: **Débora Melecchi**
305 (Fenafar); Suplente: **Priscila Torres da Silva** (CICTAF) – verificar. **GT 5)** Cuidados paliativos -
306 Titular: **Thiago Soares Leitão** (CIPPE); Suplente: **Helenice Yemi Nakamura**, CFFA. **GT 6)**
307 **Reabilitação em oncologia** - Titular: **Shirley Morales**, FNE. Suplente: **Helena Ferreira**
308 **Magalhães** (CISMu). **GT 7)** GAT/PNAOP - Oncologia pediátrica. Titular: **Vânia Lúcia Ferreira**
309 **Leite** (CIASCV). Suplente: **Andrea Graciano dos Santos Figueiredo**, titular. **Deliberação: as**
310 **indicações foram aprovadas por unanimidade. DATAS REPRESENTATIVAS** - Junho
311 vermelho – doação de sangue. 2/jun. - Dia Mundial de Conscientização dos Transtornos
312 Alimentares. 3/jun. - Dia da Conscientização contra a Obesidade Infantil. 3/jun. - Dia Mundial do
313 Pé Torto Congênito. 4/jun. - Dia Mundial das Crianças Vítimas de Agressão. 5/jun. - Dia
314 Mundial do Meio Ambiente. 6/jun. - Dia Nacional de Luta contra Queimaduras. 6/jun. - Dia
315 Nacional do Teste do Pezinho. 7/jun. - Dia Mundial da Segurança Alimentar. 9/jun. - Dia da
316 Imunização. 11/jun. - Dia do Educador Sanitário. 12/jun. - Dia Mundial de Luta contra o
317 Trabalho Infantil; 12/jun. - Dia Nacional de Conscientização da Cardiopatia Congênita; 12/jun. -
318 Dia dos Namorados; 13/jun. - Dia Internacional de Conscientização sobre o Albinismo; 14/jun. -
319 Dia Mundial do Doador de Sangue; 15/jun. - Dia Mundial de Combate à Violência contra a
320 Pessoa Idosa; 18/jun. a 24/jun. - Semana Mundial da Alergia; 19/jun. - Dia Mundial de
321 Conscientização sobre a Doença Falciforme; 21/jun. - Dia Nacional de Controle da Asma;
322 21/jun. - Dia Mundial de Conscientização sobre a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA); 24/jun. -
323 Dia Nacional de Conscientização sobre a Fissura Labiopalatina; 25/jun. - Dia Mundial do
324 Vitiligo; 26/jun. - Dia Internacional sobre o Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas; 26/jun. - Dia
325 Internacional de Apoio às Vítimas da Tortura; 26/jun. - Dia Nacional do Diabetes; 27/jun. - Dia
326 Internacional do Diabético; e 28/jun. - Dia do orgulho LGBTQIA+. **RELATÓRIO DA MESA**
327 **DIRETORA DO CNS** – Atividades do final de maio a início de junho de 2024. **O CNS em**
328 **Defesa do Direito Humano à Saúde, da Vida e do Controle e Participação Social no SUS.**
329 No dia 14 de maio, o Presidente do CNS, Fernando Pigatto, participou do Seminário da CISI,
330 que celebrou os 33 anos de história na luta pela saúde indígena e defesa da democracia. O
331 Seminário dos 33 anos da CISI reuniu líderes indígenas, representantes de organizações da
332 sociedade civil e autoridades governamentais para discutir os desafios enfrentados pelos povos
333 indígenas, bem como as estratégias para fortalecer suas lutas e garantir seus direitos. Na
334 ocasião, o Presidente do Conselho, natural de Rosário do Sul (RS), agradeceu a solidariedade
335 que os gaúchos vêm recebendo. Pigatto enfatizou a relevância dos 33 anos da CISI e sua
336 conexão intrínseca com o enfrentamento das urgentes questões climáticas, bem como com a
337 saúde e a demarcação dos territórios indígenas. **Participação Social e Força Nacional do**
338 **SUS no Rio Grande do Sul.** No dia 21 de maio, o presidente do CNS, Fernando Pigatto, e a
339 Ministra da Saúde, Nísia Trindade, visitaram hospitais e abrigos no estado gaúcho. O
340 presidente do CNS, Fernando Pigatto, destacou a importância do trabalho da Força Nacional
341 do SUS que ultrapassou 3,5 mil atendimentos no Rio Grande do Sul, em 15 dias de atuação.
342 Somente o Hospital de Campanha de Canoas realizou 2.041 atendimentos. É importante que a
343 população brasileira saiba cada vez mais da força do SUS e que pode contar com o SUS
344 sempre, em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis. Foi assim na pandemia, não
345 seria diferente agora”, ressaltou. Ele agradeceu aos profissionais que compõem a Força
346 Nacional do SUS e acrescentou que está representando o CNS participando do Centro de
347 Operações de Emergência (COE) para Chuvas Intensas e Inundações na Região Sul, sendo
348 uma oportunidade para o Controle Social contribuir na acolhida, mas também trata-se de um
349 momento de aprendizado e escuta. **Os Espaços de Construções Sociais. Conferências**
350 **Nacionais De Saúde.** No dia 21 de maio, aconteceu a *Live*: 4ª CNGTES - O Brasil quer cuidar
351 de quem cuida das pessoas. O objetivo da atividade foi ampliar a discussão em torno da
352 educação e do trabalho em saúde voltados para as necessidades do SUS e da população,
353 debatendo o papel da participação social e da construção coletiva na promoção do cuidado. A
354 live buscou ainda pautar como os usuários do SUS podem contribuir com a Conferência,
355 compartilhando suas experiências, demandas e sugestões para melhoria do sistema. **O CNS**
356 **em Defesa do Direito Humano à Saúde, da Vida e do Controle e Participação Social em**

357 **Saúde – 77ª Assembleia Mundial da Saúde.** O CNS participou, entre os dias 27 de maio e 1º
358 de junho de 2024, da 77ª Assembleia Mundial da Saúde, sob o lema “Todos pela saúde, saúde
359 para todos”, em Genebra, na Suíça. Durante a abertura da 77ª Assembleia, realizada no dia 27
360 de maio, o secretário de CT&I e Complexo da Saúde, Carlos Gadelha, destacou a relação
361 entre mudanças climáticas e saúde, o que deve estar no coração da agenda sobre saúde
362 pública. A fala do secretário foi acompanhada pelo presidente do CNS, Fernando Pigatto, que
363 também compôs a delegação oficial do Brasil na 77ª MAS. Gadelha ainda fez uma defesa da
364 resolução sobre participação social que seria votada na Assembleia na quarta, ressaltando que
365 a história do SUS “emerge da participação social”. Durante a 77ª Assembleia Mundial da
366 Saúde, os integrantes da Mesa Diretora, representantes do CNS e representantes de
367 entidades brasileiras da sociedade civil organizada acompanharam a votação da resolução
368 sobre participação social na saúde e participaram ativamente de diversas atividades abertas ao
369 público sobre a agenda da saúde global, que foram realizadas paralelamente a 77ª
370 Assembleia. Algumas das atividades foram as seguintes: Reunião com MISSÃO Permanente
371 do Brasil na ONU; Evento Paralelo sobre Participação Social – Compartilhamento de
372 experiência de formação e de participação social; Lançamento Documentário “Equidade”;
373 reunião sobre implantação da Resolução sobre Participação com OMS na Missão do Brasil em
374 Genebra; Ato Vítimas Covid e Responsabilização na Praça da Paz; reunião de Balanço da
375 incidência na 77ª MAS; entre outras atividades. No dia 29 de maio de 2024, foi aprovada por
376 consenso entre os países membros da OMS a resolução sobre participação social na saúde,
377 na 77ª Assembleia Mundial da Saúde; A resolução é inédita e legítima a Participação Social em
378 Saúde. Propuseram o documento 27 países. A resolução determina que a sociedade civil
379 influencie na tomada de decisões em todo ciclo das políticas públicas de saúde, de forma
380 transparente, em todos os níveis dos sistemas de saúde. Com a aprovação do documento o
381 Controle Social do Brasil se torna referência para todo o mundo, pelo acúmulo histórico sobre o
382 tema, e pela incidência do CNS na construção do texto aprovado. Entre os destaques, o
383 documento reitera a importância da atuação de pessoas e comunidades como “parte da
384 abordagem da Atenção Primária à Saúde, que inclui o envolvimento de indivíduos, famílias,
385 comunidades e a sociedade civil através da sua participação no desenvolvimento e
386 implementação de políticas e planos que impactam a saúde, de acordo com as disposições da
387 Declaração de Astana”. **O CNS em Defesa do Direito Humano à Saúde, da Vida e do**
388 **Controle e Participação Social no SUS – Agenda Internacional.** O Conselho Nacional de
389 Saúde participou da Reunião do GT Saúde do G20, que ocorreu entre 3 e 6 de junho, em
390 Salvador (BA). Essa é a terceira vez que o colegiado participa do encontro, sendo
391 representado pelo presidente do CNS, Fernando Pigatto. O Grupo atua para construir
392 propostas que visam a redução das desigualdades em saúde e que podem ser apresentadas na
393 cúpula do G20, em novembro. **Diálogo do CNS com o Ministério da Saúde.** No dia 7 de
394 junho, ocorreu a oficina da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde
395 (SAPS/MS) com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), para estabelecer um diálogo sobre o
396 cofinanciamento federal do piso de Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS nº 3.493 –
397 “Novo financiamento da APS”) entre as áreas técnicas da SAPS e o CNS possibilitando o
398 aprimoramento da política de financiamento a partir das percepções do controle social.
399 Participantes: Mesa diretora do CNS, integrantes da CIABS e COFIN e um representante de
400 cada comissão intersetorial do CNS; e Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério
401 da Saúde: Felipe Proença, secretário da SAPS, e técnicos das seguintes áreas da SAPS:
402 CGMAIA, DESCO e CGFAP. **Enfrentamento do subfinanciamento do SUS.** No dia 10 de
403 junho, o Conselho Nacional de Saúde e a Frente pela Vida - FPV participaram de reunião no
404 Ministério da Fazenda para discutir e se contraporem a uma suposta desvinculação de receitas
405 da União, que tiraria do governo a obrigatoriedade de aplicação de recursos na área da saúde.
406 Os representantes do CNS e da FPV foram recebidos pelo subsecretário do Tesouro
407 Nacional, David Athayde, e pela Subsecretária de Acompanhamento Econômico, Ana Patrícia
408 Gonçalves Lira, que têm atribuição de acompanhar temas relativos à área da saúde. Segundo
409 os representantes da pasta, não há nenhuma intenção ou estudo por parte do Ministério da
410 Fazenda em relação à desvinculação ou redução dos valores dos recursos constitucionais da
411 saúde. Na ocasião, o CNS e a FPV reafirmaram o posicionamento contra a desvinculação das
412 receitas da União para a saúde, bem como qualquer outra regra de cálculo que resulte na
413 redução dos recursos constitucionais da saúde, como expresso em nota protocolada
414 endereçada ao ministro da Fazenda. **Para conhecimento. Não houve deliberação. ITEM 3 –**
415 **OS DESAFIOS PARA O COMBATE AO CÂNCER INFANTOJUVENIL NO SUS -**
416 **Apresentação: Algemir Brunetto, Fundador e Superintendente do Instituto do Câncer Infantil;**

417 **Aline Leal Gonçalves Creder Lopes**, Assessora técnica da Coordenação-Geral da Política
418 Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - CGAN/SAS/MS; e **Carolina Sgarioni Camargo**,
419 Oncologista Pediátrica, representando a Confederação Nacional de Instituições de Apoio e
420 Assistência à Criança e ao Adolescente com Câncer - COIAC. *Coordenação:* conselheira
421 **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Neilton**
422 **Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, a mesa leu os currículos das
423 pessoas convidadas para expor neste item de pauta. O primeiro expositor foi o fundador e
424 Superintendente do Instituto do Câncer Infantil, **Algimir Brunetto**, que iniciou agradecendo o
425 convite para tratar deste tema, lembrando que o câncer é a segunda causa de morte entre
426 pessoas de 1 a 19 anos no Brasil, com tendência de crescimento de casos entre crianças e
427 adolescentes nos próximos anos. Explicou que o câncer infantojuvenil deve ser entendido
428 separadamente do câncer do adulto por apresentar diferenças nos locais primários, diferentes
429 origens histológicas e comportamentos clínicos, além de diversas incidências e índices de cura
430 e abordagens para tratamento. Em adultos, está associado a fatores de risco como tabagismo,
431 estilos de vida, alimentação, ocupação e agentes carcinogênicos. Analisando as regiões
432 brasileiras, explicou que não houve declínio no índice de mortalidade por câncer infantil nas
433 últimas quatro décadas. Portanto, é possível inferir que o índice de cura permanece estagnado.
434 Diante dessa realidade, disse que foi criada, em 2019, a Frente Parlamentar de Combate ao
435 Câncer Infantil com o objetivo de aumentar os índices de cura do câncer infantojuvenil em
436 nosso país. Um dos resultados do debate da Frente foi a Lei nº. 14.308, de 8 de março de
437 2022, que visa integrar a Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica à Política
438 Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no Âmbito do SUS; contemplar a oncologia
439 pediátrica nos serviços e nas ações previstos no plano de atenção para o diagnóstico e o
440 tratamento do câncer; implantar os planos estaduais de atenção em oncologia pediátrica;
441 instituir linha de cuidado em oncologia pediátrica; fomentar a formação de centros regionais,
442 integrados às redes local e macrorregional de atenção à saúde, para diagnóstico precoce de
443 câncer infantil no SUS; fortalecer os processos de regulação; aprimorar a habilitação e a
444 contratualização dos serviços de referência; atualizar os centros habilitados em oncologia
445 pediátrica; e implantar serviço de teleconsultoria. Também citou a Portaria MS nº. 688/2023,
446 que altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor
447 sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. Ou seja,
448 cada Estado deverá observar a sua realidade, as suas necessidades e especificidades, e
449 definir as ações a serem desenvolvidas, bem como a estrutura necessária para garantir um
450 cuidado integral (linhas de cuidado) e de qualidade à população. Considerando que é
451 fundamental conhecer a realidade do câncer no País para avançar no tratamento do câncer
452 infanto-juvenil, disse que foram analisados os bancos de dados públicos - DataSUS, RHC, SIM.
453 Sobre as fontes de informações sobre câncer, comentou os seguintes aspectos: a) Registro de
454 Dados de Base Populacional: CID-O é complexo para o registrador + de 600 diagnósticos (37
455 tipos de leucemias); somente Capitais – 22 RCBP; e muito desatualizado: 2017 (RS); b) RHC:
456 hospitais habilitados para câncer (CID-O); e FOSP: Fundação Oncocentro SP (estadual):
457 vantagem - dados em tempo real, contemplando informações sobre mortalidade, mas o foco é
458 tumores de adulto; e c) DATASUS (CID 10): Apacs, AIH, Registro Ambulatorial (Gestão
459 Remuneração); e CID-10 não possui todos os tumores pediátricos. Com base nos dados, disse
460 que foi elaborado Panorama dos Atendimentos de Crianças e Adolescentes com Câncer no
461 Brasil e a situação é a seguinte: em 2021, 175 hospitais registraram procedimentos
462 quimioterápicos pediátricos (abaixo de 19 anos de idade), em 106 municípios e 25 Estados; 19
463 UNACON Exclusivo de Oncologia Pediátrica - OP – 12 com menos de 720 atendimentos (80
464 casos/ano) e sete com menos de 720 atendimentos - não atende os critérios da Portaria
465 SAES/MS nº 688; 56 UNACON ou CACON com serviço de OP, sendo que vinte não atendem
466 os critérios da Portaria; 99 UNACON ou CACON sem serviço de OP – 89 sem serviço de OP e
467 não atendem aos critérios da Portaria. Disse que, ao analisar a situação dos Estados e do
468 Distrito Federal, a situação foi a seguinte: Rio Grande do Sul: 11.466.630 Habitantes (IBGE
469 2021) - 3.105.241 indivíduos de 0 – 19 anos (IBGE 2010). Casos registrados em 2021
470 (DataSUS): 578 casos de câncer em pacientes de 0 a 19 anos; e > 86% dos casos foram
471 tratados em serviços habilitados em ONCOPED; Minas Gerais: 20.411.923 Habitantes (IBGE
472 2021); 6.113.302 indivíduos de 0 – 19 anos (IBGE 2010); casos registrados em 2021
473 (DataSUS): 630 casos de câncer em pacientes de 0 a 19 anos; e > 63% dos casos foram
474 tratados em serviços habilitados em ONCOPED; e Rio de Janeiro: 17.366.189 Habitantes
475 (IBGE 2021); 4.655.915 indivíduos de 0 – 19 anos (IBGE 2010); e estimativa de casos novos
476 (1:10000): 465,5 casos; e 4189 procedimentos/ano. Falou especificamente da situação crítica

477 da Região Norte onde apenas os Estados do Amazonas e do Pará possuem hospitais com
478 serviço de oncologia pediátrica. Para melhor entendimento, disse que a área territorial da
479 Região é de 3.853.575,6 km²; a população é composta por 18.430.980 habitantes, com
480 densidade demográfica de 4,73h/km² e IDH de 0,683. Os desafios desta Região são: longas
481 distâncias; exames diagnósticos: laboratório, imagem (com sedação); centros de referência:
482 estrutura e capacitação profissional; habilitação de centros; novas tecnologias; população
483 indígena/ribeirinha/quilombola; e abandono de tratamento: questão socioeconômica. Explicou
484 que os pacientes percorrem longas distâncias até a cidade de Belém, por estradas fluviais,
485 podendo demorar até três dias para chegar ao hospital. O hospital, por sua vez, não possui os
486 recursos próprios necessários para agilizar os exames, assim, mesmo em casos graves, a
487 espera é de até 30 dias para realizar o primeiro exame de imagem. Detalhando, citou dados do
488 Hospital Octavio Lobo – Belém do Pará: o hospital é 2º maior do país em volume de pacientes;
489 mortalidade: 50%, por conta principalmente de diagnóstico tardio; 75% dos tumores
490 identificados estão em estado avançado; 58% são tumores cerebrais, 100% dos
491 retinoblastomas são diagnosticados com metástase; morte nos primeiros 30 dias: 4%; morte
492 por sepse: 20%; tempo de espera para realização de exames de imagens, fila de até 7 meses;
493 número de crianças aguardando para iniciar tratamento: 41; taxa de abandono de 12%; e
494 tempo médio de permanência de 28 dias. Do outro lado, falou sobre a situação do Estado do
495 Rio Grande do Sul, que conseguiu mudança no cenário após parceria com a Secretaria
496 Estadual de Saúde. Disse que o Estado possui 11.466.630 habitantes (IBGE, 2021), sendo
497 3.105.241 indivíduos na faixa de 0 - 19 anos (IBGE 2010). Em 2021, foram registrados 578
498 casos de câncer em pacientes de 0 a 19 anos e > 86% foram tratados em serviços habilitados
499 em oncoped. Do total de quase 5 mil casos de câncer diagnosticados nos últimos dez anos,
500 somente 2.900 tratados. Assim, é preciso questionar se os pacientes foram encaminhados para
501 outros locais ou se houve problema de registro. Seguindo, falou sobre Programa de
502 Teleconsultoria para discussão de casos suspeitos de câncer em crianças e adolescentes, com
503 especialistas na área de oncologia pediátrica, com ambulatório de triagem presencial e
504 capacitação EAD para Diagnóstico Precoce para Profissionais da Saúde “Rede Básica”, em
505 Plataforma Digital (desenvolvido com a SES/RS). Detalhou resultados deste Programa em um
506 ano: 146 atendimentos realizados; 88 na modalidade presencial no ambulatório de triagem; 58
507 por telemedicina; 48 casos encaminhados para oncologia pediátrica por forte suspeita de
508 câncer; e 31 com diagnóstico confirmado. Seguindo, citou iniciativas positivas de apoio ao
509 atendimento pediátrico de crianças e adolescentes com câncer e às famílias dos pacientes.
510 Citou a Casa ICI, segunda casa de acolhimento para atendimento paliativo pediátrico de
511 crianças e adolescentes com câncer na América Latina. O objetivo é oferecer um local
512 acolhedor, onde o paciente e sua família tenham conforto físico e psicológico, atendidos
513 por equipe multidisciplinar. Falou ainda da iniciativa “Mães que ajudam”, que visa fortalecer a
514 causa do câncer infanto-juvenil, com ampliação e qualificação da expansão da rede de
515 hospitais especializados. Nessa linha, detalhou potencial de colaboração: conhecer a realidade
516 brasileira; implementação da Portaria 688/23; centralização do tratamento; telemedicina;
517 cuidados paliativos; registros de câncer pediátrico no Brasil; e fóruns regionais. Apresentou as
518 seguintes propostas direcionadas ao Ministério da Saúde: reconhecer o câncer infanto-juvenil
519 como prioridade de saúde: criar uma linha de cuidados exclusiva para Oncologia Pediátrica;
520 TELE MED; regular os pacientes a centros de tratamento com maior expertise; fóruns
521 estaduais/regionais no modelo “mãos que ajudam”. Também enfatizou que é necessária a
522 união de entidades, iniciativa privada e do poder público para melhorar os índices de cura.
523 Explicou que novo modelo de registro está em desenvolvimento, com projeto Piloto no Rio
524 Grande do Sul, para conhecer melhor a realidade. Trata-se de uma nova forma de análise dos
525 casos registrados nos sistema digital integrado do Estado. Por fim, disse que o INCI foi eleito a
526 melhor ONG do Brasil, em 2023, e a entidade deseja contribuir para o avanço do tratamento
527 em outras regiões no país. Na sequência, expôs a assessora técnica da CGAN/SAS/MS, **Aline**
528 **Leal Gonçalves Creder Lopes**, que iniciou agradecendo, em nome da CGCAN/SAES, o
529 convite para tratar deste importante tema no CNS. Explicou que o Ministério da saúde vem
530 realizando movimento de aproximação com os municípios, sociedade civil, estabelecimentos
531 que realizam tratamento e gestores para discutir a questão da oncologia pediátrica. Além disso,
532 tem debatido com as referências estaduais e toda a rede de atenção oncológica, com
533 solicitação às secretarias estaduais que apresentem plano de da região. Explicou que a
534 Coordenação montou Painel de Monitoramento, contemplando todos os procedimentos de alta
535 complexidade, inclusive os relativos à oncologia pediátrica. Feito esse preâmbulo, apresentou
536 dados do Painel de Monitoramento de Procedimentos de Oncologia Pediátrica, destacando que

537 contempla quantidade de cirurgias realizadas por hospitais habilitados; locais onde são
538 realizadas quimioterapia em hospitais não habilitados; concentração de serviços nas Regiões
539 Sul Sudeste; na Região Nordeste, concentração na região litorânea; e rede de casas de apoio
540 (cruciais para dar suporte à criança em tratamento, principalmente aquelas que precisam se
541 deslocar do município que residem para realizar o tratamento). Sobre o percentual de
542 cumprimento de parâmetros para realização de quimioterapia, disse que é satisfatório em todas
543 Regiões, segundo as definições da Portaria, com necessidade de melhoria nas Regiões Norte
544 e Nordeste. Inclusive, lembrou que cabe ao Estado indicar os hospitais a serem habilitados em
545 oncologia pediátrica e cabe ao Ministério da Saúde e as SEs monitorar os estabelecimentos
546 para cumprimento dos planos. Destacou, inclusive, que os hospitais habilitados em oncologia
547 pediátrica são submetidos a critério de avaliação quanto a: qualidade dos serviços, número de
548 profissionais; e capacidade de estrutura física. Inclusive, enfatizou a preocupação de habilitar
549 os serviços para identificar se há cumprimento dos critérios mínimos para atenção integral e
550 adequada às crianças. Salientou que, em reunião, alguns Estados apontaram que há hospitais
551 com capacidade de atendimento a crianças em áreas com vazio assistencial, assim, novas
552 habilitações foram solicitadas, de modo a garantir a ampliação de acesso a serviços. Salientou
553 que, além de garantir atenção integral às crianças com câncer, é preciso considerar que toda
554 estrutura familiar e social daquele paciente é impactada, pois a mãe precisa sair do seu local
555 de moradia para acompanhar a criança no tratamento. Seguindo, falou sobre o percentual de
556 cirurgias e radioterapias realizadas em janeiro de 2024: 4.692 de radioterapias e 50.345 de
557 cirurgias pediátricas. Disse que a maior parte dos atendimentos é feita por hospitais
558 habilitados, todavia, há um percentual de hospitais sem habilitação, o que causa preocupação
559 com a qualidade da assistência prestada (essa situação está sendo investigada). Diante desse
560 cenário, disse que as ações desenvolvidas são as seguintes: reuniões com os Estados;
561 retomada da participação do MS no CURE-ALL (prevê a eliminação do câncer pediátrico);
562 revisão dos procedimentos de quimioterapia pediátrica (foi identificado que há hospitais
563 tratando crianças sem especialista em oncologia pediátrica); elaboração de materiais de apoio
564 a equipe multidisciplinar em parceria com a OPAS; parceria com SOBOPE e CONIACC para
565 avaliação da assistência prestada pelas casas de apoio e dos hospitais que realizam
566 tratamento de câncer; e incorporação do medicamento blinatumomabe no SUS (impacto de:
567 R\$ 25.147.027,00). Também falou sobre o Projeto Piloto, em implantação em Pernambuco,
568 uma parceria inclusive com a OPAS, entre outras, para discutir uma estratégia de formação de
569 profissionais da atenção primária e UPAs para detecção precoce do câncer infantil na rede
570 pública de saúde. Por fim, convidou todas as pessoas a participarem do Seminário Brasil
571 contra o câncer infanto-juvenil - Perspectivas no aprimoramento das Políticas Públicas e
572 Implantação do CURE ALL, que será realizado no dia 24 de junho de 2024, no Auditório da
573 OPAS/OMS, em Brasília. Seguindo, expôs a Oncologista Pediátrica, **Carolina Sgarioni**
574 **Camargo**, representando a COIACC, que também começou saudando as pessoas e
575 manifestando satisfação por participar deste debate. Começou abordando a epidemiologia do
576 câncer infanto-juvenil no mundo, com destaque para os seguintes dados: nos países de alta
577 renda, mais de 85% de possibilidade de sobrevivência; e países de baixa renda, menos de
578 30% de possibilidade. Disse que as condições de análise e intervenção acerca do câncer no
579 Brasil é muito peculiar e específica, por conta da ampla extensão territorial do país, população
580 em crescimento, com condições regionais discrepantes. No caso do câncer infantil, é preciso
581 lembrar que envolve cuidador responsável pela criança, que precisa entender o tratamento e
582 as intervenções necessárias. Nessa linha, afirmou que o analfabetismo possui impacto na
583 qualidade e na adesão ao tratamento. Considerando o país como um todo, a taxa é de 7% de
584 analfabetismo, mas, ao analisar por região, a taxa é variável (Nordeste, quase 17%; e Sul,
585 quase 5%). Além disso, a renda *per capita* também é variável: renda *per capita* média: USD:
586 236,64 (R\$ 1166,66); e 29,4% da população: USD: 59,16 ou menos (R\$ 291,66). Também
587 detalhou a situação de crianças de 0-14 anos: 46,2% em situação de pobreza; e 13,4% em
588 situação de pobreza extrema. Nessa linha, afirmou que o câncer infantil é um desafio e que
589 essa condição sociocultural também impacta no planejamento das intervenções. Segundo
590 dados do INCRA/MS, há uma variação na taxa de mortalidade de paciente infanto-juvenil. Ou
591 seja, de 2023 a 2025, a previsão é de ocorrência de 8000 casos por ano, portanto, apesar de
592 ser considerada uma doença rara, o câncer infanto-juvenil é a segunda causa de morte na
593 infância. No caso das doenças, é a principal causa de morte no nosso país. Nos Estados
594 Unidos, a taxa é de 22%; e, no Brasil, a taxa é de 43,4 mortes por milhão. Nessa linha, reforçou
595 que é preciso traçar estratégias para melhorar a situação do Brasil e equiparar a possibilidade
596 de sobrevida com a de outros países. Salientou que estudos mostram que a discrepância na

597 epidemiologia do câncer infantojuvenil no mundo resulta da baixa cobertura de seguros de
598 saúde, da ausência de um plano nacional de controle do câncer e da dificuldade de acesso
599 (tratamento e suporte). Portanto, a melhoria das taxas de sucesso depende de promoção de
600 diagnóstico precoce e preciso e oferta de tratamento de qualidade e de suporte necessário
601 para o paciente e sua família (toxicidade/abandono). Nessa linha, detalhou os desafios da
602 Oncologia Pediátrica no Brasil: compreender as características de cada região; conhecer a
603 capacidade e complexidade de cada centro de tratamento; compreender o acesso a
604 Instituições de Apoio; estabelecer fluxo de encaminhamento: ações de curto, médio e longo
605 prazo; garantir tratamento e suporte equânimes; vencer as barreiras geográficas,
606 socioeconômicas e culturais; e buscar dados estatísticos de qualidade (monitoramento
607 contínuo). Considerando a importância de entender onde as crianças são tratadas, explicou
608 que o país dispõe de 171 instituições que tratam crianças com câncer no País, com
609 concentração desigual (vazio nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) e padrão
610 heterogêneo de habilitação. No caso das instituições de apoio, é o mesmo padrão. Nesse
611 sentido, disse que a CONIACC possui papel essencial, pois é responsável por regular essas
612 instituições: 32 das 93 instituições de apoio são associadas e 61 não são. Salientou que o
613 tratamento do câncer somente é possível com “equilíbrio da balança”: centro de tratamento
614 para diagnóstico precoce preciso, tratamento integral, reabilitação se necessário e oferta de
615 cuidado centrado no paciente e sua família; e instituições de apoio que vão fortalecer o cuidado
616 integral, facilitar o tratamento e evitar o abandono. Portanto, essa ação complementar é
617 essencial, sendo necessário olhar para os dois lados da balança. Nesse contexto, destacou as
618 consequências dos desafios: taxa de sobrevivência do Brasil está aquém daquela de países de alta
619 renda e taxas de mortalidade superiores em comparação a esses países renda. Mostrou
620 resultados de publicação que avaliou segmento de pacientes com câncer em tratamento:
621 melhoria na taxa de sobrevivência na maior parte dos países (Estados Unidos, Canadá e Austrália
622 apresentaram queda de até 3% nas taxas de mortalidade); e Brasil, um dos países com menor
623 queda nas taxas de mortalidade (menos de 0.3%). Além da taxa de mortalidade elevada, o
624 Brasil apresenta discrepância no âmbito das regiões, o que não é aceitável em um mesmo
625 país. Além disso, o país possui registro de dados bastante frágil, o que dificulta a intervenção.
626 Em contrapartida, o Brasil está entre os países com as menores taxas de abandono (menos de
627 5%). Neste ponto, reforçou o papel e a importância das instituições de apoio, que são
628 regulamentadas pela CONIACC. Detalhou que a Confederação possui papel fundamental de
629 suporte psíquico, advocacy, apoio ao tratamento, participação de projetos. Entre os projetos,
630 citou o Mapeamento e Data Manager e destacou que a Confederação tem trabalhado para
631 ajudar na melhoria do registro de publicação de dados, a partir de protocolos específicos do
632 câncer infantil, em parceria com SOBOPE, MS e charliewood Cancer International - CCI.
633 Retomando os motivos da discrepância de sobrevivência em países de baixa e média renda
634 comparado a países de alta renda, argumentou a situação do país: baixa cobertura - o Brasil
635 possui o SUS, responsável pela maioria dos tratamentos de pacientes com câncer; ausência
636 de um plano nacional de controle de câncer - o Brasil dispõe de plano nacional do câncer
637 pediátrico que visa instituir intervenções para trazer melhorias; dificuldade acesso – o país
638 dispõe de projetos que buscam avaliar e entender as dificuldades. Salientou que os objetivos
639 dos projetos para o câncer infantojuvenil são: permitir a mesma possibilidade de sobrevivência aos
640 pacientes, independentemente do local que eles residam, e garantir o acolhimento
641 necessário. Na linha da garantia da equidade, frisou que é preciso aproveitar o momento
642 favorável em que o mundo está olhando para a discrepância de possibilidades de sobreviver ao
643 câncer. Informou que há um mapeamento internacional em andamento, encabeçado pela
644 Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica, por meio de questionário, para compreender
645 o que ocorre em cada país. Além disso, recordou que o Brasil participa do CureAll, movimento
646 da OMS, em parceria com um grande hospital que possui o objetivo global de alcançar ao
647 menos 60% de taxa de sobrevivência para crianças com câncer até 2030. O ideal seria acabar com
648 o câncer infantil, mas enquanto isso não ocorre, seria importante aumentar a taxa de
649 sobrevivência. Inclusive, lembrou que há movimentos robustos e importantes em andamento no
650 país para melhorar os índices de cura do câncer. Nesse cenário, citou o objetivo de
651 desenvolvimento sustentável 3; meta 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar
652 para todos, em todas as idades; e meta 3.4: Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade
653 prematura por doenças crônicas não transmissíveis -DCNTs, que incluem os diversos tipos de
654 câncer. Destacou os principais normativos pertinentes ao tema que norteiam a definição de
655 estratégias de enfrentamento. Seguindo, detalhou os pilares estruturantes do tratamento do
656 câncer infanto-juvenil: informação de qualidade; diagnóstico precoce preciso; tratamento de

657 qualidade; e suporte psicossocial (todos integrados por uma rede colaborativa com ajuda de
658 políticas públicas). Dos diversos projetos a serem desenvolvidos, destacou que o primeiro
659 refere-se à informação de qualidade para compreender o que está ocorrendo no país. Nessa linha,
660 citou o projeto de mapeamento nacional das instituições de assistência às crianças e
661 adolescentes com câncer, fundamental para elaboração do diagnóstico. Detalhou que o
662 objetivo do Projeto de Mapeamento Nacional é realizar o mapeamento nacional de todas as
663 instituições de tratamento e de apoio destinadas à assistência de crianças e adolescentes com
664 câncer, considerando as portarias pertinentes ao tema, para contribuir com soluções que
665 ampliem a possibilidade de sobrevivência dos pacientes. Das seis etapas previstas, disse que
666 foram concluídas 1, 2 e 3. Disse que, após o preenchimento do questionário (padrão) e
667 devolução, por parte das instituições, é feita visita a cada uma delas para ouvir o gestor, os
668 profissionais de saúde, de modo a compreender realmente os gargalos, as dificuldades.
669 Acrescentou que será iniciado grande mapeamento nacional e está sendo finalizada a
670 negociação com o parceiro que irá financiar o projeto. Detalhou que os resultados esperados
671 do Projeto são: curto prazo: caracterizar o perfil dos centros de tratamento; caracterizar o perfil
672 das instituições de apoio; avaliar o contexto do câncer infanto-juvenil nas diversas regiões
673 brasileiras, avaliar propostas para qualificação da assistência; obter informações disponíveis
674 em plataformas digitais; e longo prazo: equiparar a qualidade do atendimento em todo o país ao
675 nível dos melhores centros, trazendo aos pacientes a mesma possibilidade de sobrevivência,
676 independente do local de tratamento; trazer melhorias e fortalecimento da administração de
677 apoio; e aproximar as instituições de apoio aos centros de tratamento. O resultado será
678 entregue ao Ministério da Saúde para que se compreenda o que ocorre no país. Detalhou que
679 os parceiros da CONIACC e da SOBOP no Projeto são Kieria Grace Foundation, Ministério da
680 Saúde International, ChildHOold Câncer Internacional e da Sociedade Latino Americana de
681 Oncologia Pediátrica, entre outros. Finalizando, reforçou os seguintes pontos: câncer ainda é a
682 principal causa de morte por doenças no Brasil; a maioria das doenças oncológicas na infância
683 é curável com protocolos de quimioterapia convencional; investir no tratamento é um excelente
684 custo-efetividade; necessidade atual: compreender a situação atual do país e implementar as
685 políticas nacionais. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** agradeceu as exposições
686 esclarecedoras e reiterou a necessidade de articulação entre sociedade, instituições de apoio,
687 governo e controle social para conhecer e enfrentar essa situação. **Manifestações.**
688 Conselheira **Ana Clebea Nogueira Pinto de Medeiros** começou agradecendo à Mesa Diretora
689 do CNS por pautar este importante tema, sugerido pela CIASPP/CNS, e cumprimentando as
690 pessoas expositoras pelas abordagens. Aproveitou para reconhecer a importância do trabalho
691 da CONIACC, da qual foi uma das fundadoras. Frisou que o diagnóstico precoce é essencial
692 para aumentar a chance de cura, garantindo à criança e ao adolescente viver com qualidade.
693 Nesse sentido, sugeriu a utilização de sistema de navegador, a fim de localizar onde a criança
694 com câncer, garantir o tratamento e, ao final, “devolvê-la à sociedade”. Recordou que muitas
695 mães precisam sair do local onde moram para acompanhar o tratamento do filho doente em
696 outros locais, deixando os outros filhos, o que causa sério problema social. Também fez um
697 destaque à atuação da Liga Morroense de Estudo de Combate ao Câncer no combate ao
698 câncer, oferecendo uma assistência humanizada, com atendimento de crianças e
699 adolescentes. Também agradeceu as entidades que atuam no enfrentamento ao câncer
700 infanto-juvenil e na garantia dos direitos desse segmento. Conselheira **Talita Garrido de**
701 **Araújo** elogiou as explicações e frisou que, para além da avaliação e monitoramento dos
702 dados, é preciso definir planejamento estratégico, com ações concretas, metas e prazos para
703 modificar a realidade do câncer no país. Reiterou que o câncer infanto-juvenil é a principal causa
704 de mortes por doenças na faixa de 1 a 19 anos e frisou que é preciso modificar essa situação.
705 Perguntou quando o Grupo de Oncologia Pediátrica do Inca iniciará os trabalhos e defendeu a
706 regulamentação e implantação da Política nos territórios, de modo a garantir assistência.
707 Enfatizou a necessidade de resolver os desafios assistenciais e melhorar o diagnóstico,
708 especialmente nas Regiões Norte e Nordeste, com definição de fluxo de encaminhamento e
709 número adequado de vagas. Assim, apelou ao CONASS e ao CONASEMS que definam ações
710 em parceria com o Ministério da Saúde. Além disso, citou a necessidade de garantir transporte
711 digno para se deslocar até os centros habilitados, locais para permanência das famílias que
712 acompanham os pacientes; assegurar equipe multidisciplinar (treinamento, orçamento e
713 realização de concurso); garantir a continuidade dos estudos para as crianças em tratamento; e
714 assegurar tratamento prioritário a crianças e adolescentes, conforme preconiza o ECA. Por fim,
715 colocou o Movimento Todos Juntos contra o Câncer para aprofundar o debate deste tema.
716 Conselheiro **Nelson Mussolini** saudou as pessoas convidadas e salientou que este é um tema

717 preocupante que precisa ser debatido enfrentado. Avaliou que a oncologia deve ser vista como
718 uma política de Estado e não de governo, com definição de programa específico, conforme foi
719 feito em relação a AIDS, inclusive para enfrentar as disparidades. Também defendeu
720 tratamento efetivo e eficaz para crianças e adolescentes com câncer, assegurando diagnóstico
721 precoce, para aumentar as chances de cura. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**
722 destacou que este é um tema de alta relevância e cumprimentou as pessoas expositoras,
723 especialmente o dr. Brunetto pelo trabalho. Enfatizou a importância de incentivar a avaliação
724 de pacientes na emergência (com toque), para identificar casos de câncer em crianças e
725 adolescentes. Por fim, cumprimentou os profissionais de saúde que trabalham com o cuidado
726 de crianças e adolescentes com câncer. Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales** saudou
727 CIASPP/CNS por trazer este tema tão invisibilizado no país para debate. Pontuou que o país
728 enfrenta sérios problemas na área da pediatria, sendo mais fragilizada na área oncológica.
729 Salientou que é preciso trabalhar o cuidado integral em rede, como política de Estado, e não o
730 assistencialismo. Portanto, é preciso garantir o cumprimento das estratégias já definidas,
731 assegurando rede de cuidado integral, articulada com a atenção especializada, com garantia
732 de equipe multidisciplinar. Como encaminhamento, sugeriu fortalecer a articulação que já
733 existe entre Secretaria de Atenção Primária em Saúde/MS e Secretaria de Atenção
734 Especializada/MS, para tratar sobre o andamento da política de enfrentamento do câncer
735 infantojuvenil no SUS e sobre o monitoramento dos planos estaduais de combate ao câncer.
736 Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** cumprimentou a Comissão por trazer este debate e
737 os expositores pelas falas. Citou o trabalho de cuidado com as crianças e adolescentes com
738 câncer em hospital universitário em Santa Maria/RS com alto índice de cura. Frisou que é
739 necessário garantir rede de cuidado para garantir diagnóstico precoce e tratamento às crianças
740 para ampliar a sobrevida. Também reconheceu o papel importante do centro de apoio e
741 acolhimento às famílias, criado no Rio Grande do Sul e frisou a necessidade de incentivar a
742 criação desses espaços nos demais estados brasileiros. Conselheira **Francisca Valda da**
743 **Silva** destacou que o enfrentamento do câncer infanto-juvenil requer educação permanente,
744 formação, ciência, tecnologia, inovação e financiamento suficiente para o SUS. Concordou que
745 o diagnóstico precoce é essencial para ampliar a sobrevida de crianças e adolescentes, além
746 da garantia do cuidado integral. Por fim, frisou que o apoio da sociedade civil é essencial para
747 assegurar o piso constitucional e garantir recursos para ações essenciais como o combate ao
748 câncer infantojuvenil. Conselheira **Camila de Lima Sarmiento** saudou o Pleno do Conselho por
749 pautar este tema e frisou a importância do diagnóstico precoce e do rastreamento. Para tanto,
750 defendeu a criação de centros de apoio e diagnóstico do câncer em todas as regiões do país,
751 para além do eixo Sul/Sudeste. Além disso, disse que é preciso garantir acesso da população
752 rural à saúde, com enfrentamento das barreiras geográficas socioeconômicas e culturais. Por
753 fim, defendeu olhar para determinação social da saúde, com enfrentamento de iniciativas que
754 contribuem para aumentar a incidência do câncer (projetos que defendem a liberação de
755 agrotóxicos e ultraprocessados). Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** agradeceu as
756 manifestações e sinalizou que as falas indicam a importância de ampliar a articulação entre os
757 diferentes setores no enfrentamento do câncer infantojuvenil. Nessa linha, ressaltou que o
758 Ministério da Saúde possui importante papel na organização dos serviços e também de apoio
759 às articulações, a fim de ampliar o diagnóstico precoce e assegurar o tratamento necessário a
760 crianças e adolescentes. **Retorno da mesa.** A oncologista pediátrica, **Carolina Sgarioni**
761 **Camargo**, agradeceu as manifestações e salientou que é preciso compreender o que acontece
762 em cada região do país para atuar de maneira efetiva. Enfatizou que é preciso capacitar o
763 centro de tratamento para o suporte necessário e definir os fluxos a partir das informações
764 sobre a realidade nacional. Disse que a referência não pode demorar e os números de leitos
765 precisam ser atualizados para receber pacientes. Desse modo, reiterou ser essencial ter um
766 diagnóstico sobre os centros de tratamento e as instituições de apoio e garantir que os dados
767 sejam atualizados para dar continuidade às melhorias e caminhar na linha da garantia do
768 diagnóstico precoce e do tratamento de qualidade. Portanto, destacou que é necessário
769 capacitar os profissionais de saúde para fazer o diagnóstico e também encaminhar as
770 sugestões feitas para alcançar as melhorias almejadas. A assessora técnica da
771 CGAN/SAS/MS, **Aline Leal Gonçalves Creder Lopes**, agradeceu as contribuições e salientou
772 que a articulação entre SAES/MS e SAPS/MS já acontece principalmente nas ações no âmbito
773 da iniciativa *Cure All* e no processo piloto de detecção precoce do câncer. Salientou que é
774 necessária parceria com o gestor municipal para qualificar a regulação da rede, com respeito à
775 autonomia da gestão em nível local. Por fim, frisou que o Ministério da Saúde está debatendo
776 de forma ampliada o que é necessário para mudar o quadro da oncologia pediátrica (curva da

777 mortalidade, tornando a situação de forma mais equânime), com escuta dos parceiros
778 envolvidos na temática. O fundador e superintendente do Instituto do Câncer Infantil, **Algemir**
779 **Brunetto**, salientou que o país dispõe de hospitais de excelência para tratamento do câncer
780 em crianças e adolescentes, com índice de cura semelhante ao de países desenvolvidos.
781 Todavia, há muitas iniquidades na rede nacional. Desse modo, defendeu a utilização da
782 tecnologia da educação para capacitar os profissionais de saúde e a garantia da regulação do
783 Estado para assegurar o diagnóstico precoce. Também enfatizou a importância de fóruns
784 regionais debate e definição, junto com gestores, visando à garantia do tratamento necessário
785 àquela realidade local. Nessa linha, defendeu que todos os Estados Brasileiros possuam ao
786 menos uma instituição habilitada para o atendimento oncológico e que se avance no processo
787 de regulação estadual. A mesa agradeceu o retorno das pessoas convidadas e passou aos
788 encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno do CNS reiterou a importância de fortalecer**
789 **ainda mais a articulação que já existe entre Secretaria de Atenção Primária em Saúde/MS**
790 **e Secretaria de Atenção Especializada/MS, envolvendo também a SEIDIGI/MS e a**
791 **sociedade civil, para tratar sobre o andamento da política de enfrentamento do câncer**
792 **infantojuvenil no SUS e sobre o monitoramento dos planos estaduais de combate ao**
793 **câncer. Além disso, na linha de ampliar a agenda de debate deste tema com o CNS,**
794 **decidiu garantir a participação do Conselho (representante da Comissão de Saúde das**
795 **Pessoas com Patologias/CNS e da Mesa Diretora do CNS) no seminário sobre a temática,**
796 **que será realizado pela SAS/MS, no dia 24 de junho de 2025.** Definido esse ponto, às 13h, a
797 mesa agradeceu a presença das pessoas convidadas e encerrou a manhã do primeiro dia de
798 reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: Titulares - **Adriano**
799 **Massuda**, Ministério da Saúde; **Alex Gomes da Motta**, Pastoral da Saúde Nacional; **Antônio**
800 **Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e
801 Serviços (CNSaúde); **Clóvis Alberto Pereira**, Organização Nacional de Cegos do Brasil
802 (ONCB); **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR);
803 **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Elaine Junger Pelaez**,
804 Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação
805 Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das
806 Associações de Moradores – CONAM; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de
807 Enfermagem – ABEn; **Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo**, Conselho Federal de
808 Psicologia – CFP; **Helena Ferreira Magalhães**, União Brasileira de Mulheres (UBM); **Helenice**
809 **Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos**
810 **Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR);
811 **José Ramix de Melo Pontes Junior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais
812 Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação
813 Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Lucia Regina Florentino**
814 **Souto**, Ministério da Saúde (MS); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos
815 Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI); **Luiz Carlos Ferreira**
816 **Penha**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Madalena**
817 **Margarida da Silva Teixeira**, Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Mauri Bezerra dos**
818 **Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT
819 (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio de Bens,
820 Serviços e Turismo (CNC); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde (MS); **Nelson**
821 **Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**,
822 Biored Brasil; **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO);
823 **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Sueli Terezinha**
824 **Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida (REDEUNIDA); e **Vânia Lúcia Ferreira**
825 **Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). *Suplentes* – **Aila Vanessa David de**
826 **Oliveira Sousa**, Ministério da Saúde (MS); **Ana Clebea Nogueira Pinto de Medeiros**,
827 Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA);
828 **Andréa Graciano dos Santos Figueiredo**, Conselho Federal de Biologia (Cfbio); **Anselmo**
829 **Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Camila Sarmento**, Articulação
830 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); **Conceição**
831 **Aparecida Pereira Rezende**, Ministério da Saúde (MS); **Eder Pereira da Silva**, Central dos
832 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil - CTB/CGTB; **Eliane Maria Nogueira de Paiva**,
833 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL);
834 **Elídio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
835 (CONASEMS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de
836 Saúde (CONASS); **Helena Neves Esteves**, ONCOGUIA; **João Donizeti Scaboli**, Força

837 Sindical (FS); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária –
838 CFMV; **Marcos Vinícius Soares Pedrosa**, Ministério da Saúde; **Maria Laura Carvalho Bicca**,
839 Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Raimundo Carlos Moreira Costa**,
840 Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT
841 (SINTAPI-CUT); **Renata Soares de Souza**, Movimento Nacional das Cidadãs Positivas
842 (MNCP); **Renato de Jesus Padilha**, Federação das Associações de Renais e Transplantados
843 do Brasil (FENAPAR); **Ricardo Lotif Araujo**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia
844 Ocupacional (COFFITO); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-
845 SUL); **Talita Garrido de Araújo**, Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Thereza de**
846 **Lamare Franco Netto**, Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); **Valcler Rangel**
847 **Fernandes**, Ministério da Saúde – MS; e **Vitória Bernardes Ferreira**, Associação Amigos
848 Múltiplos Pela Esclerose (AME). **ITEM 4 – EIXO III – 4ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE**
849 **GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE - 4ª CNGTES - Eixo III: Educação**
850 **para o desenvolvimento do trabalho na produção da saúde e do cuidado das pessoas**
851 **que fazem o SUS acontecer: a saúde da democracia para a democracia da saúde -**
852 *Apresentação:* conselheiro **João Pedro Santos da Silva**, coordenador da Comissão de
853 Comunicação e Acessibilidade da 4ª CNGTES; **Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo**,
854 Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES/SGTES/MS; e
855 conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, integrante da Comissão Organizadora da 4ª
856 CNGTES. *Coordenação:* conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e
857 conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, a
858 coordenação da mesa explicou que esta pauta cumpre a definição de debater os eixos
859 temáticos da 4ª CNGTES para subsidiar o processo preparatório. O primeiro expositor foi o
860 coordenador da Comissão de Comunicação e Acessibilidade da 4ª CNGTES, **João Pedro**
861 **Santos da Silva**, que iniciou agradecendo o convite para participar deste debate e salientando
862 o potencial emancipatório da educação, “a chave para a liberdade”. Por conta da sua
863 importância, a educação, assim como o SUS, é um espaço de disputa na sociedade.
864 Acrescentou que a educação possibilita à população brasileira o acesso à informação e à
865 possibilidade de luta e disputa pela democracia. Por outro lado, pontuou que a educação e a
866 informação são marcadores sociais de desigualdade, utilizados para segmentar as pessoas,
867 como fator de exclusão. No Brasil, ao garantir o acesso da população à educação, vivencia-se
868 outro fator que é o sucateamento da educação, da formação dos trabalhadores e dos espaços
869 de gestão. Desse modo, avaliou que é preciso falar de educação nas escolas, nas faculdades,
870 nos ensinos técnicos, nas residências profissionais e a importância desse processo para o
871 SUS. Nessa linha, reiterou que a saúde precisa ser debatida desde a base, para que o usuário
872 conheça o direito ao acesso universal, ao atendimento integral, ao cuidado, com possibilidade
873 de intervenção democrática. Destacou que essa formação deve contemplar não somente a
874 pessoa que deseja profissionalizar na saúde, pois muitas vezes é necessária para o cuidado a
875 um familiar ou a outra pessoa que dele necessite. Ou seja, é preciso garantir conhecimento e
876 produzir democracia e, a partir disso, possibilitar a defesa do SUS. No que se refere à
877 formação de trabalhadores do SUS, salientou que é preciso considerar que atuarão nos
878 territórios e que o cuidado deve estar atrelado à realidade do sujeito. Portanto, é preciso
879 investir nos espaços de formação dos trabalhadores para garantir a oferta do cuidado da forma
880 que se deseja. Na área de saúde mental, por exemplo, explicou que as ações são voltadas
881 exclusivamente ao “tratamento da loucura”, sem olhar ampliado para o cuidado e a promoção
882 da saúde. Afirmou que é preciso trabalhar a educação, a partir da formação profissional, para
883 intervir na lógica do olhar ampliado. Seguindo, abordou a questão do ensino técnico na saúde,
884 recordando que os técnicos em enfermagem foram os mais afetados durante a pandemia da
885 COVID-19, com maior número de mortes. Assim, perguntou que informação foi dada a esse
886 profissional para lidar com a situação pandêmica. Nesse contexto, salientou que é preciso
887 discutir na Conferência a definição de uma política nacional de formação técnica. No que se
888 refere à graduação, destacou a ideia de marcadores sociais, explicando que a Medicina é uma
889 profissão elitizada, enquanto as demais profissões da saúde enfrentam sérios problemas de
890 desvalorização e sucateamento (a Medicina é o único curso sem modalidade EaD). Por outro
891 lado, destacou que os profissionais da saúde não são formados para atender as necessidades
892 do SUS. Para mudar essa situação, disse que a formação de trabalhadores deve ser inserida
893 nos serviços, compreendendo o que é o cuidado e a integralidade, e estar integrada à
894 comunidade, para definição do perfil de profissional desejável para atender o usuário no
895 território. Inclusive, reafirmou o posicionamento contrário à oferta na modalidade em EaD para
896 os cursos de graduação da área da saúde, entendendo que essa formação terá impacto direto

897 no tipo de profissional que atuará no serviço local. Aproveitou para falar sobre esse cenário de
898 disputa no processo de formação profissional e recordou que na consulta pública sobre
899 formação EaD, realizada pelo MEC, mais de 50% dos participantes eram pessoas físicas, cujas
900 respostas eram iguais (textos copiados e colocados), com defesa dessa modalidade de ensino.
901 Portanto, é essencial definir que tipo de formação se almeja para a saúde, para os
902 trabalhadores e que tipo de profissional se quer para cuidar das pessoas. Também falou sobre
903 a importância da pós-graduação e das residências em saúde, lembrando que produzem
904 conhecimento que contribuirá para a soberania do país e garantem formação para prestar
905 cuidado à população. Em que pese a importância, disse que as bolsas de estudo para alunos e
906 pesquisadores de pós-graduação e residência estão com valores defasados e necessitam de
907 reajuste. Defendeu a regulamentação das residências em saúde, evitando, inclusive, cargas
908 horárias excessivas para os estudantes e relações abusivas. Além disso, salientou que é
909 preciso pensar na formação dos preceptores e na remuneração adequada dos coordenadores,
910 para evitar precarização e prejuízo na educação ofertada. Frisou, inclusive, que residente não é
911 “mão-de-obra barata” e não ser visto como forma de preencher lacunas nos serviços.
912 Lembrou, inclusive, a importância dos residentes em momentos de crise, inclusive, com
913 importante atuação durante a pandemia da COVID-19. Em síntese, disse que não é possível
914 falar em residência sem enfrentar o problema da desvalorização de coordenadores e
915 preceptores. Por fim, enfatizou a importância da educação popular em saúde, com valorização
916 do saberes do território, da cultura e do povo. Além disso, é preciso fazer um debate
917 antirracista, contracolonial, contra a homofobia e o machismo, para garantir saúde integral e
918 equânime a todas as pessoas. Salientou que a educação popular em saúde traz saberes e
919 práticas que precisam ser resgatados para a realidade dos serviços de saúde. Ou seja, é
920 preciso pensar o SUS contracolonial, que traga intelectualidade produzida pelo povo para estar
921 nos espaços de planejamento, de gestão e de formação. Na sequência, expôs a diretora do
922 DEGES/SGTES/MS, **Livia Milena Barbosa de Deus e Mélo**, que iniciou agradecendo, em
923 nome da Secretaria, o convite para tratar deste debate no Conselho. Explicou que a
924 SGTES/MS, instituída há quase vinte anos, é um espaço democrático de defesa das
925 trabalhadoras e trabalhadores da saúde, assim como do SUS enquanto bem público, por meio
926 da gestão do trabalho e da educação na saúde. Para a Secretaria, o trabalhador é quem faz o
927 SUS acontecer. Destacou que a partir de 2016 a Secretaria passou a sofrer fortes ataques, por
928 conta das disputas de concepção de educação. Recordou que cabe à saúde a ordenação da
929 formação em saúde e recolocar o controle social como de interesse da gestão do SUS.
930 Lembrou que a 17ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em junho de 2023, reconheceu a
931 importância da participação social na luta pela garantia do direito universal à saúde, a defesa
932 do SUS, da vida e da democracia. De 58 propostas aprovadas na 17ª, dezessete tratam do
933 trabalho no SUS. Nessa linha, destacou a importância da 4ª CNGTES para dar visibilidade a
934 trabalhadoras e trabalhadores do SUS, reconhecer a importância do trabalho em saúde de
935 relevância pública e reforçar a luta por direitos no trabalho. Detalhou que a força de trabalho na
936 saúde é composta por mais de 3 milhões de trabalhadores e trabalhadoras, a maioria de nível
937 médio e fundamental, o que aponta o desafio de elaborar política para esse segmento.
938 Acrescentou que 80% da força de trabalho é formada no setor privado e, na mesma proporção,
939 é absorvida pelo público. Ou seja, o setor privado forma força de trabalho de ensino médio para
940 o público. Além disso, essa força é constituída majoritariamente por mulheres (75%), com
941 concentração no setor público, seguido pelo setor filantrópico e, por fim, com vínculos no setor
942 privado. Explicou que, segundo a NOB-RH SUS, trabalhadores do SUS são todos aqueles que
943 realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços públicos de saúde e em
944 serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo SUS e contempla profissões
945 típicas regulamentadas e “trabalhadores invisíveis da saúde”. Seguindo, falou sobre o desafio
946 atual do SUS no âmbito da educação e formação em saúde. Detalhou os elementos que
947 integram a Política de Gestão da Educação na Saúde - ensino; serviço/trabalho; comunidade e
948 regulação – salientando que precisam estar integrados para promover atenção em saúde
949 humanizada, digna, equânime e segura. Na linha, dos desafios e perspectivas, destacou: a)
950 serviço/trabalho: resgatar a Educação Permanente em Saúde enquanto eixo estruturante da
951 Gestão do SUS; ampliar a discussão da EPS nos espaços de gestão, atenção e controle social,
952 atrelado a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; aprendizagem significativa como
953 prática cotidiana dos trabalhadores e estudantes; e fortalecer o protagonismo da(o)
954 Preceptor(a)/Trabalhador(a) do SUS; b) comunidade: quem forma quem? Reorientar o lugar da
955 comunidade/movimentos sociais na formação em saúde; quem cuida de quem? Reorientar o
956 lugar do “usuário” do SUS; articulação, fortalecimento e ampliação da Educação Popular em

957 Saúde para uma leitura crítica da realidade e ampliar o controle social e a participação social
958 em saúde; e enfrentamento das iniquidades de gênero, étnico-racial e de classe na formação e
959 no trabalho em saúde; c) educação permanente em saúde no SUS - discussão conceitual:
960 como fortalecer a PNEPS para que ela seja eixo estruturante da gestão do SUS e não apenas
961 uma perspectiva pedagógica? Ou seja, para que ela possa reorientar modelos de gestão e
962 atenção à saúde; desenhos/modelagem da Política e seus espaços de governança e gestão:
963 como integrar a EPS como política, conceito e ferramenta à complexidade do mundo do
964 trabalho na saúde?; ferramentas de planejamento da EPS: PAREPS e PMEPS para
965 planejamento regionais e municipais X PEGTES, integrando educação e trabalho. COAPES
966 como ferramenta que não está reconhecida na PNEPS para pactuação dos campos de prática;
967 construir os indicadores e o sistema de informação de monitoramento das ações; como a
968 PNEPS trata a sua operacionalização hoje e o que falta? – atores da Educação
969 Permanente nos territórios? Por Redes de Atenção/Linhas de cuidado? Por níveis de atenção?;
970 Equidade; e transformação digital/Incorporação tecnológica. Seguindo, falou sobre ações que
971 precisam ser desenvolvidas de modo a atender a complexidade dos antigos e novos arranjos
972 do trabalho na saúde – ensino e serviço/trabalho. a) Ensino - elementos estruturantes:
973 Educação permanente; Educação Continuada; Educação popular; Residências em saúde
974 (formação de especialistas); Ordenamento da formação;
975 Interprofissionalidade/Interdisciplinaridade/Interculturalidade; Atores – IES; Escolas do SUS;
976 Institutos federais; e MEC; Ações SGTES – PNEPS; AgPopSUS; Mais Saúde com Agente;
977 Residências em Saúde/Pró-Residências/ Política Nacional de Residências em Saúde;
978 Diretrizes Curriculares Nacionais; e AfirmaSUS; b) Serviço/trabalho - Elementos estruturantes:
979 Integração educação-trabalho-comunidade; Educação Permanente em Saúde; Ordenamento
980 da formação; formação de especialistas; regulação da formação; e
981 interprofissionalidade/Interdisciplinaridade/Interculturalidade; Atores - Estabelecimentos do
982 SUS; IES; Escolas do SUS; Gestão do SUS; e Controle Social; Ações da SGTES – PNEPS;
983 PET-Saude; AgPopSUS; VivênciasSUS; COAPES; Mestrado Profissional em Trabalho,
984 Ambiente e Movimentos Sociais; E UNASUS e AVASUS; c) Comunidade - Elementos
985 Estruturantes - Integração educação-trabalho-comunidade; Educação Permanente em Saúde;
986 Educação Popular em Saúde; e Educação Continuada; Atores: Serviços do SUS; Controle
987 social; Movimentos sociais; Gestão do SUS; IES; e Escolas do SUS; e Ações SGTES –
988 PNEPS; PET-Saude; AgPopSUS; VivênciasSUS; e Programa de Equidade; e d) Regulação -
989 Elementos estruturantes: Aberturas de escolas da saúde; Educação EAD; regulação de
990 campos de práticas; e ordenamento e planejamento da formação; Atores: IES; e MEC; e ações
991 SGTES: Comissão Interministerial MS/MEC; COAPES; SIMAPES; e Mais especialistas.
992 Seguindo, destacou as diretrizes da gestão da educação na saúde: 1) A consolidação da
993 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, tendo o trabalho como princípio
994 educativo; 2) A elaboração dos planos, contemplando ações de formação e qualificação
995 dos(as) trabalhadores(as) do SUS que assegurem processos educacionais voltadas à
996 qualificação do cuidado aos(as) usuários(as); que proporcionem o reconhecimento e a
997 valorização das(os) próprias(os) trabalhadoras(es) e equipes de saúde; que promovam o
998 desenvolvimento em suas respectivas carreiras e práticas profissionais; que sejam elaborados
999 e pactuados nas CIES, onde houver; nas CIR e nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB),
1000 considerando as necessidades de saúde das realidades locorregionais, em consonância com
1001 as áreas técnicas; 3) Fomento ao trabalho colaborativo, a interprofissionalidade e a formação
1002 para o trabalho; 4) Valorização do saber popular, de modo a incentivar práticas que contribuam
1003 para a qualificação do cuidado em saúde, bem como das relações de trabalho; 5)
1004 Estabelecimento de parceria com as instituições de ensino dos cursos da área da saúde
1005 visando a qualificação da formação para o SUS; 6) Contribuição na organização e regulação
1006 dos cenários de práticas para a formação em serviço nos diferentes espaços do cuidado em
1007 saúde; 7) Fomento à transversalidade das temáticas gênero, raça e etnia na formação em
1008 saúde; 8) Incentivo à realização de atividades conjuntas entre as áreas técnicas das
1009 secretarias estaduais, distrital e municipais, e escolas de saúde pública e escolas técnicas
1010 estaduais, municipais e distrital na oferta da formação técnica, pós-técnica e superior (incluindo
1011 atividades de ensino de graduação e pós-graduação, em especial nas residências); 9)
1012 Articulação com as redes colaborativas de formação e educação permanente em saúde
1013 visando a otimização e fortalecimento de ações de gestão da educação na saúde; 10)
1014 Fortalecimento dos programas de residência em saúde, objetivando a descentralização da
1015 oferta articulada com as necessidades do SUS, bem como da qualificação profissional de
1016 residentes, preceptores, tutores e gestores de programas; 11) Realização de estudos e

1017 pesquisas de relevância para a formação em saúde e fortalecimento do SUS, com incentivo a
1018 disseminação de experiências e resultados relevantes para o SUS; 12) Fomento das ações de
1019 formação e qualificação na saúde, apoiadas em tecnologias educacionais. Continuando, falou
1020 sobre a nova SGTES, que contempla os princípios originais (EPS, negociação coletiva,
1021 valorização das trabalhadoras/os) e respostas ao novo mundo do trabalho: 4ª Conferência
1022 GTES; Integração PNGTES; Programa Nacional de Equidade; formações técnicas; AgPopSUS;
1023 PET-Saúde Equidade; Residências em Saúde, Integração ensino-serviço-comunidade;
1024 Ordenamento e regulação da formação; EPS; trabalho decente; Indicadores nacionais de
1025 desprecarização, demografias das profissões, Mesa negociação coletiva, PNAIST, Programa
1026 de prevenção de assédio no trabalho, estratégias de dimensionamento FT e Comissão de
1027 carreira(s) no SUS. Também mostrou quadro com ações integradas entre a gestão do trabalho
1028 e educação na saúde, com destaque para a Rede Colaborativa. Continuando, falou
1029 especificamente sobre a 4ª Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, frisando
1030 que os debates em torno dos eixos e questões norteadoras dos subeixos da 4ª CNGTES, em
1031 conjunto com a avaliação da situação da gestão do trabalho e da educação na saúde, das
1032 condições e processos de trabalho e formação das pessoas nos âmbitos local, regional,
1033 estadual, do Distrito Federal e nacional, permitirão a elaboração e aprovação de diretrizes e
1034 propostas que visam a implementação e acompanhamento da Política de Gestão do Trabalho
1035 e da Educação na Saúde, previstas nos instrumentos de gestão, em uma construção que
1036 começa pela base, nos territórios onde as pessoas vivem e trabalham, para garantir a vida e a
1037 saúde do povo. Citou ainda investimentos do governo federal no âmbito do trabalho e da
1038 educação em saúde: PNGTES; REGTES; Valoriza GTES-SUS; Pro Residência;
1039 ObservaGTES; entre outros. Fechou com a seguinte afirmação de Paulo Freire: “Se, na
1040 verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se
1041 não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade
1042 que tenho para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela
1043 coerentes.” Em seguida, explanou a conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**,
1044 integrante da Comissão Organizadora da 4ª CNGTES. Começou agradecendo o convite para
1045 participar deste debate e manifestando sua satisfação por coordenar a comissão de relatoria
1046 junto com a conselheira Elaine Pelaez. Entre os materiais produzidos pela Comissão, destacou
1047 o documento orientador, elaborado em uma linguagem direta e acessível, para suscitar os
1048 debates da 4ª CNGTES. Especificamente sobre o Eixo III, disse que traz a perspectiva da
1049 educação para o trabalho, com questões relevantes a serem problematizadas e desafios para
1050 operacionalizar as propostas de diretrizes nos territórios. Disse que a coordenação da relatoria
1051 da 4ª CNGTES tem sido procurada para tirar dúvidas sobre o tipo de proposta que poderia ser
1052 feita neste eixo e nos demais. Explicou que o eixo III contempla a visão da educação para o
1053 desenvolvimento do trabalho, da produção da saúde e o cuidado das pessoas que fazem o
1054 SUS acontecer, a saúde da democracia e para a democracia da saúde. Disse que, ao falar da
1055 perspectiva da comunidade e de quem faz o SUS acontecer, a intenção é contemplar o
1056 conjunto de pessoas que estão na comunidade fazendo o SUS “girar”, não se limitando aos
1057 espaços de cuidado oficialmente colocados. Seguindo, destacou que é essencial defender
1058 saúde e democracia no país, porque se vive contextos extremos de desigualdade. Nessa
1059 perspectiva, é preciso reiterar o conceito ampliado de saúde, com enfrentamento do modelo
1060 vigente, que é extremamente excludente, com concentração de renda, resultado da política
1061 anterior extremamente autoritária. Resgatou ainda a perspectiva do movimento brasileiro da
1062 reforma sanitária como proposta de projeto civilizatório, inspiração para o SUS. Salientou que é
1063 preciso demarcar cotidianamente essa premissa, porque o SUS deve representar esse projeto
1064 civilizatório. Neste ponto, fez a leitura da poesia “Sonhei com as palavras”, da poeta baiana
1065 Caroline Anice, porque nortearia as reflexões sobre o eixo III. Segue o poema: “Sonhei com as
1066 palavras. Sonhei que as palavras me tornavam imensa, costurando silêncios que rasgaram a
1067 fenda, onde atravessaram meus medos, onde escorreram meus segredos. Quando a dor me
1068 deixou aberta. Sonhei que as palavras me tornavam imensa, quando nem perto demais me
1069 quiseram. A orelha dos livros se abriram, nutrindo sonhos profundos e antigos. Finalmente,
1070 alguém foi gentil comigo. E pude ser ouvida como outras mulheres. Quem sabe me amassem
1071 como outras mulheres? Quem sabe teria o respeito que tem outras mulheres? Sonhei que as
1072 palavras me tornavam imensa. Nenhum insulto me faria pequena. Nem a voz soaria
1073 naturalmente agressiva, como se mulheres como eu só assim pudessem ser ouvidas; como se
1074 mulheres como eu não merecessem ser ouvidas; como se mulheres como eu nem fossem
1075 mulheres. Sonhei que as palavras nos tornavam imensas. Sonhei que as palavras nos fariam
1076 renascer, enfim, nenhuma de nós precisaria pedir licença para viver.” Destacou a relação da

1077 poesia com o SUS, “feito por gente, para gente e com gente” e a importância do vínculo com as
1078 pessoas. Nessa linha, destacou que é preciso investir na perspectiva de mudança das
1079 diretrizes curriculares nacionais, a fim de garantir formação técnica formal que abarque a
1080 perspectiva da equidade, do acolhimento, entendendo prioritariamente que o cuidado é feito
1081 “de gente, para gente e com gente” e não “por gente”. Além disso, destacou que o trabalho em
1082 saúde precisa ser visto como aspecto científico/técnico, prática social, e principalmente como
1083 arte de produzir bem viver. Disse que esse é o grande desafio, porque os territórios são
1084 diversos e possuem demandas específicas. Assim, a formação precisa dar conta da tarefa de
1085 construir junto com essas pessoas que estão nos processos o acolhimento a demandas nos
1086 territórios. Nessa linha, destacou a importância de terem sido incluídos nos eixos a política de
1087 equidade, com a participação ativada das pessoas no processo de construção. Citou, por
1088 exemplo, importantes autoras negras que não são acessadas, em nenhum aspecto, no
1089 processo de formação – ensino técnico, graduação e residência (exemplos: Maria Beatriz,
1090 historiadora; Conceição Evaristo, professora; Jaqueline Gois, pesquisadora; Simone Maia,
1091 cientista; Sonia Guimarães; Neuza Santos Sousa; Lélia Gonzales, política, professora, filósofa,
1092 antropóloga; Sueli Carneiro; Anete Otilia). Salientou que, ao tratar de uma política de
1093 desenvolvimento do trabalho, é preciso entender o SUS no cotidiano, abarcando as nuances,
1094 sem se restringir ao definido na grade curricular de cada categoria de ensino. Portanto, é
1095 preciso politizar os debates no processo de formação para o trabalho para fazer o SUS
1096 acontecer nos territórios, atuando contra as violências e opressões colocadas na ordem do dia
1097 (racista, machista, capacitista, LGBTfóbica). Salientou que é preciso pensar na construção de
1098 uma política de educação permanente da saúde voltada para as relações sujeitos e trabalho,
1099 entendendo que a aprendizagem se dá ao longo da vida, em um processo de construção
1100 coletiva com os territórios. Ou seja, é preciso entender o trabalho como um processo educativo,
1101 compreendendo a sua complexidade nos territórios. Nessa linha, apontou desafios a serem
1102 enfrentados: fortalecimento da educação permanente de saúde nos municípios, nos estados e
1103 nas regiões de saúde (regionalização ainda é um grande gargalo) – formulações e demandas
1104 de núcleos municipais e estaduais, comissões regionais e estaduais que discutam o tema da
1105 educação permanente de saúde com os territórios; e execução a partir das escolas de saúde
1106 pública, em parceria com os movimentos sociais, as organizações; pensar em uma construção
1107 do sentido produtivo para educação permanente de saúde no sistema local, o que exige
1108 mudanças necessárias no cotidiano do trabalho, com compartilhamento de saberes, na
1109 perspectiva de coletividade; fortalecimento da capacidade de conexão com o território como
1110 prerrogativa máxima, o que demanda articulação com os movimentos do território, além de
1111 lideranças (destaque à campanha do CNS de criação de conselhos locais); produzir formas de
1112 apoio ao trabalho nos diferentes pontos de atenção; traduzir as evidências do cotidiano para
1113 os processos de tomada de decisão, com escuta qualificada da comunidade; e articular a
1114 educação permanente de saúde com o planejamento regional, municipal, estadual, dentro de
1115 uma perspectiva geolocal. Por fim, salientou que são grandes os desafios a serem debatidos
1116 na Conferência e muitos deles não serão resolvidos naquele espaço. Todavia, é preciso utilizar
1117 a Conferência como oportunidade de construir diretrizes e propostas objetivas para ir à luta,
1118 resistir e enfrentar. A mesa agradeceu as explanações e justificou que a Diretora do
1119 DEGES/SGTES/MS não poderia permanecer no debate, por conta de outra agenda. A diretora
1120 do DEGES/SGTES/MS, **Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo**, desculpou-se por não poder
1121 permanecer para o debate, mas se colocou à disposição para aprofundar a discussão das
1122 questões colocadas em outro momento. Reafirmou o compromisso da SGTES/MS em garantir
1123 que a Conferência seja um espaço de debate com todos os segmentos. A mesa lamentou a
1124 impossibilidade da participação da representante do Ministério da Saúde até o fim desta pauta
1125 e foi solicitado que as representações possam permanecer até o fim, para ouvir o
1126 posicionamento do Conselho e responder. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, na
1127 condição de representante do Ministério da Saúde, desculpou-se pela ausência da diretora do
1128 DEGES/SGTES/MS no debate e afirmou que envidaria esforços para que esse tipo de situação
1129 não volte a acontecer. Na sequência, a coordenação da mesa abriu a palavra para
1130 considerações do Pleno do Conselho. Nas falas, emergiram as seguintes questões:
1131 cumprimentos à mesa pela organização dos debates sobre os eixos da Conferência, pois
1132 contribuem para o processo de construção das propostas; importância da regulação dos
1133 campos de prática nos municípios, haja vista o avanço das universidades privadas em
1134 detrimento das públicas, o que dificulta a manutenção dos estudantes em estágios
1135 supervisionados; na reforma curricular, é preciso enfrentar a diretriz que orienta formação
1136 voltada ao empreendedorismo, uma vez que a missão é a formação crítica de profissionais

1137 para a sociedade; é preciso vencer perspectiva da formação biomédica, colonizadora em
1138 detrimento de uma formação na lógica da determinação social da saúde; a educação
1139 permanente nas regiões de saúde é de suma importância; é preciso saber o investimento da
1140 atenção primária na formação dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde; é essencial debater
1141 a formação que os trabalhadores precisam ter para atender todas as pessoas, considerando a
1142 história dos sujeitos, com respeito às diferenças; o debate não pode desvincular formação e
1143 trabalho, pois a formação é para o trabalho, para dialogar e estar junto com as pessoas que
1144 fazem o SUS acontecer; é preciso pensar a equidade na perspectiva da importância da
1145 residência (com debate sobre jornada de trabalho, adequações) e do combate ao racismo na
1146 formação e no trabalho; é preciso compreender que educação, trabalho, saúde e democracia
1147 são indissociáveis; o SUS precisa ser visto na lógica de desenvolvimento e respeito ao país e
1148 ao povo brasileiro; educação e saúde são investimentos e precisam ser vistas como tal; é
1149 preciso avançar na interlocução entre os Ministérios da Saúde e Educação para fortalecer o
1150 SUS e respeitar o povo e o país; os residentes não podem ser vistos como saída para
1151 preencher lacunas no SUS, mas sim como potenciais transformadores da realidade dos
1152 serviços, com atendimento às necessidades sociais; os concursos precisam valorizar as
1153 pessoas que vão para a residência; é preciso compreender o conceito amplo de saúde e
1154 debater projeto de desenvolvimento com geração de renda; e é preciso avançar no debate das
1155 residências no campo do complexo econômico da saúde; e a 4ª CNTES precisa debater
1156 financiamento da docência, tutoria e preceptoria, PROABSUS, Projeto Ver-SUS e Programa
1157 PET-Saúde. **Retorno da mesa.** Conselheiro **João Pedro Santos da Silva**, Coordenador da
1158 Comissão de Comunicação e Acessibilidade da 4ª CNGTES, agradeceu as intervenções e
1159 ponderou os seguintes aspectos: a regulação da formação em saúde é competência do SUS;
1160 os residentes são potenciais transformadores da realidade dos serviços; a integralidade do
1161 cuidado só existe por meio do diálogo e da escuta (o cuidado está além das instituições de
1162 saúde); o controle social precisa estar presente nos espaços de formação, para contribuir na
1163 formação de profissionais críticos voltados para o cuidado; e a 4ª CNGTES é um espaço
1164 coletivo, que possibilita a todos os segmentos incidir no cuidado e nos serviços e enfrentar os
1165 desafios. Conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, integrante da Comissão
1166 Organizadora da 4ª CNGTES, também agradeceu os comentários e destacou que é preciso
1167 concentrar energia nas etapas municipais e nas conferências livres para ampliar o debate nos
1168 territórios. Pontuou que um dos grandes desafios é garantir que a 4ª CNGTES possa incidir nas
1169 eleições municipais de 2024, além dos instrumentos de gestão. Por fim, disse que é preciso
1170 reconhecer que todos os avanços foram alcançados com muito esforço e luta e conclamou
1171 todos a seguir lutando com força e ternura. Conselheira **Francisca Valda da Silva** ressaltou
1172 que é preciso seguir na luta para alcançar o objetivo de ampliar o acesso da população às
1173 ações e serviços de saúde e reafirmou a defesa da educação como direito e não como
1174 mercadoria. Agradeceu as pessoas expositoras deste item e encerrou a discussão. **Não houve**
1175 **deliberação. ITEM 5 – UMA SÓ SAÚDE E SUAS CONEXÕES ENTRE A SAÚDE HUMANA,**
1176 **ANIMAL, VEGETAL E AMBIENTAL - Apresentação:** **Francisco Edilson de Lima Júnior**,
1177 Coordenador de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial do Departamento
1178 de Doenças Transmissíveis (CGZV/SVSA/MS); **Ingrid Bueno Atayde**, Chefe do Setor de
1179 Comissões Técnicas (SECOT) do Conselho Federal de Medicina Veterinária - CFMV; e **Valéria**
1180 **Stacchini Ferreira Homem**, Chefe da Divisão de Saúde Única e Boas Práticas do
1181 Departamento de Saúde Animal - SDA/Mapa. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans**
1182 **Magano**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, da
1183 Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheiro **João Alves do Nascimento Junior**,
1184 coordenador da CIVS/CNS, manifestou sua satisfação com esta pauta no Conselho, para
1185 aprofundar a discussão sobre “uma só saúde”. Explicou que a CIVS/CNS propôs esta pauta
1186 para discutir as conexões entre a saúde humana, animal, vegetal e ambiental, diante do que
1187 vem acontecendo no país e no mundo - mudanças climáticas e seus efeitos catastróficos;
1188 enchentes; secas; pandemias (maioria de origem zoonótica); e crescente resistência
1189 antimicrobiana. Salientou que essa abordagem é importante para planejar e avaliar políticas,
1190 planos e projetos de saúde que considerem todas essas interfaces. Disse que Comissão vem
1191 debatendo este tema, desde a pandemia da COVID-19, inclusive com a presença dos
1192 convidados de outras áreas e, como resultado dessas discussões, recordou que, na reunião
1193 ordinária do CNS do mês de abril, foi apresentada recomendação a respeito desse tema,
1194 elaborada pela CIVS. Todavia, o Pleno decidiu não aprovar o documento naquele momento,
1195 por entender que seria necessário aprofundar o tema. Recordou que o CNS aprovou outros
1196 atos normativos relacionados a vigilância sanitária, como a Recomendação do CNS nº.

1197 61/2018, que, entre outros aspectos, recomenda ao Ministério da Saúde que os consultórios,
1198 clínicas, ambulatorios e hospitais veterinários sejam cadastrados no Cadastro Nacional de
1199 Estabelecimentos de Saúde - CNES e submetidos, obrigatoriamente, ao licenciamento e
1200 fiscalização sanitária junto aos órgãos de vigilância sanitária. Inclusive, sinalizou a importância
1201 de verificar junto ao Ministério da Saúde sobre os desdobramentos desta Recomendação. O
1202 primeiro expositor foi o coordenador da CGZV/SVSA/MS, **Francisco Edilson de Lima Júnior**,
1203 que iniciou agradecendo o convite e destacando a importância desta pauta para ampliar as
1204 informações sobre a temática. Do ponto de vista da gestão, disse que o principal desafio é
1205 colocar em prática o conceito de uma só saúde, de forma intersetorial, para atingir os
1206 resultados esperados. Contextualizando, citou problemas recorrentes no Brasil, e alguns
1207 também no mundo, com destaque para cenário de destruição por fortes chuvas; tragédia
1208 humanitária (exemplo Terra Indígena Yanomami acometida por malária, pneumonia,
1209 desnutrição, contaminação por mercúrio); secas, enchentes e queimadas; mudanças do clima;
1210 e falta de saneamento básico. Nesse cenário, apresentou a definição de “Uma só saúde”,
1211 publicada pelo OHHLEP, em 2021, “É uma abordagem integrada e unificadora que visa
1212 equilibrar e otimizar de forma sustentável a saúde de humanos, animais, plantas e
1213 ecossistemas. Reconhece que a saúde dos seres humanos, animais domésticos e silvestres,
1214 plantas e o ambiente mais amplo (incluindo ecossistemas) estão intimamente ligadas e
1215 interdependentes. A abordagem mobiliza vários setores, disciplinas e comunidades em vários
1216 níveis da sociedade para que trabalhem em conjunto para promover o bem-estar e enfrentar
1217 as ameaças à saúde e aos ecossistemas, abordando a necessidade coletiva de água, energia
1218 e ar limpos, alimentos seguros e nutritivos, adotando medidas em relação às mudanças
1219 climáticas e contribuindo para o desenvolvimento sustentável.” Apresentou alguns exemplos da
1220 aplicação da uma só saúde: vigilância, prevenção e controle de zoonoses; resistência aos
1221 antimicrobianos; segurança alimentar e de alimentos; e impactos das mudanças climáticas na
1222 saúde. No âmbito da vigilância, prevenção e controle de zoonoses, disse que é possível atuar
1223 de forma intersetorial e interdisciplinar, com diversos órgãos de governo e da sociedade, para
1224 predição; prevenção; controle; e eliminação. Com isso, é possível alcançar resultados mais
1225 custo efetivo e sustentáveis em longo prazo. Além disso, essa abordagem possibilita
1226 prevenção de novas epidemias e pandemias. Ainda na vigilância, prevenção e controle de
1227 zoonoses, citou como exemplos a utilização para enfrentamento da Febre Amarela (desde
1228 1999): monitoramento sistemático de mortes de primatas; detecção precoce da circulação viral;
1229 uso da plataforma SISS-Geo; Grupo de Modelagem de Febre Amarela (GRUMFA); e modelos
1230 de avaliação da vulnerabilidade, do risco de transmissão e das rotas favoráveis à dispersão do
1231 vírus (corredores ecológicos). Citou, ainda, como exemplo, o debate de diferentes ministérios
1232 (saúde, meio ambiente e mudança climática e agricultura e pecuária) discutiram ações
1233 conjuntas para evitar a disseminação da influenza aviária no Brasil, em um trabalho conjunto e
1234 intersetorial. Destacou também a resistência aos antimicrobianos, explicando que já existem
1235 planos construídos de forma intersetorial que podem ser aprimorados. Explicou que já existe
1236 um movimento mundial em prol da uma só saúde, com destaque para a Aliança Quadripartite e
1237 Painel de Especialistas de Alto Nível em Uma só Saúde (OHHLEP). No âmbito internacional,
1238 citou também as seguintes demandas: INB - Tratado para prevenção, preparação e Resposta a
1239 novas pandemias com bases na abordagem de Uma Só Saúde (*One Health*); Cartas dos
1240 Ministros de Saúde do G20 e G7 – Compromisso de elaboração de Planos de ação de Uma Só
1241 Saúde (*One Health*); Fundos pandêmicos com abordagem de Uma Só Saúde (*One Health*);
1242 Documentos já publicados pela Panaftosa/ OPAS e OHHLEP; e COP 28: Mudanças Climáticas
1243 e Saúde Única Nota Conceitual: “Ministros da Saúde - declaramos facilitar a colaboração nos
1244 desafios da saúde humana, animal, ambiental e climática, promovendo o processo
1245 transdisciplinar, abordado os determinantes ambientais da saúde e através de uma abordagem
1246 de Uma Só Saúde (*One health*)”. Em relação ao Brasil, disse que é preciso investir em Uma Só
1247 Saúde (*One Health*), considerando: grande extensão territorial e população; maior
1248 biodiversidade do mundo; diversidade climática; diversidade étnica e cultural; potência
1249 econômica e agrícola regional/global; inequidades e desigualdades, vulnerabilidade social; e
1250 doenças endêmicas e negligenciadas, surtos, desastres. Destacou que este tema já foi
1251 discutido em Conferências Nacionais de Saúde (16ª (2019) e 17ª (2023), em eventos, cursos,
1252 projetos de pesquisa. Também fez um destaque à Política de Vigilância em Saúde, inclusive
1253 aprovada pelo CNS (Resolução nº. 588/2018), que destaca a importância da abordagem
1254 intersetorial. No Art. 10, a Política define como responsabilidade da União, dos Estados, do
1255 Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito administrativo, além de outras que sejam
1256 pactuadas pelas Comissões Intergestores “estabelecer e garantir a articulação sistemática

1257 entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos
1258 problemas que afetam a saúde e pactuar agenda prioritária de ações intersetoriais (inciso V).”
1259 No que diz respeito aos avanços em uma só saúde, citou a criação do Grupo Técnico de Uma
1260 só Saúde no âmbito da CGZV/SVSA/MS (2019) que visa estruturar e consolidar oficialmente a
1261 abordagem Uma Só Saúde no contexto da vigilância das doenças infecciosas zoonóticas e
1262 agravos de relevância para a saúde pública causados por animais. Salientou que este grupo
1263 tem trabalhado, impulsionando outros órgãos, inclusive para atender demandas internacionais
1264 e propôs a criação de um grupo institucional para tratar do tema. Em resposta, foi criado, por
1265 meio do Decreto nº 12.007, de 25 de abril de 2024, o Comitê de Uma Só Saúde que tem a
1266 finalidade de elaborar e apoiar a implementação do Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde.
1267 São competências do Comitê: elaborar e revisar o Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde;
1268 apoiar, monitorar e propor ajustes à implementação do Plano de Ação Nacional de Uma Só
1269 Saúde; articular com Estados e Municípios para orientar medidas interfederativas e
1270 multissetoriais; assessorar tecnicamente o Governo brasileiro em agendas domésticas e
1271 internacionais sobre o tema; e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas relacionados
1272 à Uma Só Saúde. O Comitê Técnico é composto por representantes dos seguintes órgãos e
1273 entidades: I - dois do Ministério da Saúde, um dos quais o coordenará; II - dois do Ministério da
1274 Agricultura e Pecuária; III - um do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação; IV - um do
1275 Ministério da Defesa; V - um do Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar;
1276 VI - um do Ministério da Educação; VII - dois do Ministério do Meio Ambiente e Mudança do
1277 Clima; VIII - um do Ministério das Relações Exteriores; IX - um da Agência Nacional de
1278 Vigilância Sanitária - Anvisa; X - um da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz; XI - um do Instituto
1279 Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis - Ibama; XII - um do Instituto
1280 Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade - Instituto Chico Mendes; XIII - um do
1281 Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais - Inpe; XIV - um da Empresa Brasileira de Pesquisa
1282 Agropecuária - Embrapa; XV - um da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh;
1283 XVI - um do Conselho Federal de Biologia - CFBio; XVII - um do Conselho Federal de
1284 Enfermagem - Cofen; XVIII - um do Conselho Federal de Farmácia - CFF; XIX - um do
1285 Conselho Federal de Medicina - CFM; e XX - um do Conselho Federal de Medicina Veterinária
1286 – CFMV. Inclusive, disse que seria objeto de debate da primeira reunião do Comitê a
1287 participação da sociedade civil, dada a dificuldade de escolher entidade representativa.
1288 Explicou que, para elaboração do Plano de Ação Nacional de Uma Só Saúde, o Comitê
1289 seguirá como base seis linhas de ação, que constam de documento do Painel de Especialistas
1290 de Alto Nível Internacional, adaptado à realidade do Brasil. Por fim, citou ações e iniciativas em
1291 âmbito internacional, com destaque para o Fundo Pandêmico (objetivo: fortalecer os países
1292 nas áreas que envolvam a preparação, vigilância e respostas às emergências em saúde
1293 pública, principalmente, no contexto de futuras pandemias; proposta baseada no
1294 fortalecimento da abordagem de Uma Só Saúde (integração com instituições); e Submissão em
1295 Maio/2024/ Resultado: setembro/2024); e cúpula do G20 (representa a conclusão dos trabalhos
1296 conduzidos pelo país que ocupa a presidência rotativa do grupo. Em 2024: discussões sobre o
1297 impacto da mudança climática, equidade e saúde; necessidade de implementação da
1298 abordagem de Uma Só Saúde como um caminho para o enfrentamento as ameaças a saúde; e
1299 Rio de Janeiro (outubro): Assinatura de declaração de Ministros). Na sequência, expôs a Chefe
1300 do SECOT/CFMV, **Ingrid Bueno Atayde**, que começou mostrando linha do tempo sobre a
1301 origem e evolução da saúde única. Destacou que o conceito remonta à antiguidade grega
1302 (Hipócrates defendeu a ideia de que a saúde pública estava ligada ao meio ambiente) e, em
1303 2011, foi realizado o primeiro congresso internacional saúde única, na Austrália. Disse que a
1304 saúde única traz uma visão integrada, indissociabilidade entre saúde humana, saúde animal e
1305 saúde ambiental, com abordagem de contaminação ambiental, perda de diversidade,
1306 degradação da função ecossistêmica e resistência antimicrobiana. Salientou que a integração
1307 multissetorial possibilita: políticas, legislação, pesquisa e implementação de programas; ações
1308 para a diminuição de riscos e manutenção da saúde; eficácia das ações em Saúde Pública; e
1309 redução dos riscos para a saúde global. Reiterou que a saúde única é “Uma abordagem
1310 integrada, unificadora com o objetivo de equilibrar e otimizar, de forma sustentável, a saúde de
1311 seres humanos, animais, plantas e ecossistemas. Reconhece que a saúde de seres humanos,
1312 animais domésticos e selvagens, plantas e o ambiente de forma ampla (incluindo
1313 ecossistemas) são intimamente relacionados e interdependentes. Abordou a questão da saúde
1314 x bem-estar, recordando os conceitos: a) saúde “(...) um estado de *completo* bem-estar físico,
1315 mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1948); e b) bem-estar: “Estado
1316 positivo experimentado por indivíduos e sociedades. (...) engloba a qualidade de vida, bem

1317 como a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz de contribuir com o mundo de acordo
1318 com um senso de significado e propósito” (OMS, 2021); e “(...) medida em que um indivíduo ou
1319 grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de
1320 lidar com o meio ambiente” (FAO, 2013). Em síntese, disse que bem-estar é uma vida que vale
1321 a pena ser vivida. Nessa linha, falou sobre bem-estar único, que se dá pela intersecção entre
1322 bem-estar humano, bem-estar animal, resultando em equilíbrio ambiental. No contexto do bem-
1323 estar único, disse que as interações acontecem: suporte às comunidades locais; interface da
1324 violência animal e ciclo da violência urbana; condições socioeconômicas que permeiam as
1325 relações; questões de sustentabilidade; navegação desde os animais de companhia aos
1326 animais de produção, passando pelos animais selvagens, em intenso diálogos. Em termos de
1327 saúde única, salientou que em todas as áreas há interseções entre as diversas saúdes e os
1328 diversos bem-estar: se vive em um ambiente com os vetores, agentes (vírus e bactérias, por
1329 exemplo); resistências; bioameaças; ações de vigilância; desenvolvimento de vacinas;
1330 medicina comparativa; pesquisas. Disse que essas interações irão acontecer em diversos
1331 ambientes e maneiras e, nas interações entre humanos e animais: 60% das doenças humanas
1332 – zoonóticas (ciclo); e 70% das doenças emergentes e reemergentes. Detalhando essas
1333 interfaces, pontuou: migração de pessoas, polos agropecuários – mudanças geopolíticas
1334 importantes; zoonoses – Influenza, raiva, leishmaniose; arboviroses; leptospirose; e alimentos
1335 seguros – inspeção. No que diz respeito a desastres ambientais, disse que é possível trabalhar
1336 de forma integrada: perícia - informações relevantes, danos ambientais, risco e indenizações,
1337 monitoramento saúde ambiental; e animais – áreas de evacuação, impactos financeiros e
1338 impactos emocionais. Também falou sobre a Teoria do Elo que relaciona os maus-tratos aos
1339 animais e a violência contra as pessoas, principalmente mulheres, crianças e idosos. Ou seja,
1340 sentinelas do ciclo da violência: no caso da Violência doméstica: motivo de persistência na
1341 relação; crueldade contra animais – infância; adolescência; adulto; e crimes de maior potencial
1342 ofensivo: tráfico, furto, latrocínio, assassinatos; violência sexual; e rinhas. Também destacou a
1343 situação de pessoas em situação de acumulação de animais, um problema biopsicossocial,
1344 com riscos sanitários (concentração de amônia ambiental, aumento dos animais sinantrópicos),
1345 trazendo risco para todos. Explicou que, nesses casos, geralmente o vínculo inicial se dá com
1346 o médico veterinário e, posteriormente, com o assistente social, psicólogo. Falou sobre a
1347 relação entre o médico-veterinário, a saúde e o bem-estar únicos, com destaque para os
1348 seguintes aspectos: Resolução CNS nº 287/1998 - clínica de pequenos e grandes animais,
1349 defesa sanitária animal e pesquisa uni e multidisciplinar; Saúde Pública - Vigilâncias Sanitária,
1350 Epidemiológica e de Zoonoses e Doenças Transmitidas por Vetores e Saúde do Trabalhador,
1351 inspeção e fiscalização de produtos de origem animal e medidas relativas às zoonoses e ao
1352 manejo ambiental; Atenção Básica - Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
1353 (NASF-AB), aspectos zoonóticos e psicossociais, indícios de violência e acumulação de
1354 animais; Equipes interdisciplinares - maior capacidade de intervir em problemas e atender às
1355 necessidades sanitárias e ambientais dos municípios. Citou estratégias já adotadas: *One*
1356 *Health Intelligence Scoping Study (OHISS)* - identificação de oportunidades para harmonização
1357 técnica de um Sistema Quadripartite, bem como outros sistemas prioritários para fortalecimento
1358 da inteligência em Saúde Única; e Quadripartite - Aliança entre *Food and Agriculture*
1359 *Organization of the United Nations (FAO)*, *United Nations Environment Programme (UNEP)*,
1360 *World Health Organization (WHO)* e *World Organization for Animal Health (WOAH,*
1361 *originalmente OIE)*. Disse que algumas ações e iniciativas foram no sentido: inteligência
1362 epidemiológica; inteligência em Sanidade Animal; mineração e compartilhamento de dados;
1363 Redes multidisciplinares - *International Food Safety Authorities Network [INFOSAN]* e *Global*
1364 *Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System [GLASS]*; Comércio Internacional legal
1365 de Vida Selvagem - *Convention on International Trade in Endangered Species of Wild Fauna*
1366 *and Flora [CITES] Trade Database*; *World Environment Situation Room (WESR)*; e *INFORM*
1367 *Risk Index (for humanitarian crises and disasters)*. Salientou que, segundo Pasteur, “o médico-
1368 veterinário cura a humanidade” e o CFMV trabalha no sentido de garantir saúde preventiva,
1369 eficaz e integrada e para que conhecimento chegue à população em prol da Saúde Única. Ao
1370 falar em um mundo, uma Saúde, um Bem-estar, destacou que “Não há como trabalhar em prol
1371 do bem-estar animal sem trabalhar com o bem-estar social. Lutar pelo bem-estar animal é lutar
1372 contra a pobreza humana” (*Prof. Augusto Gameiro (USP)*). Retornando aos conceitos de
1373 “Interagir e Integrar”, lembrou que a Constituição Federal, Art. 225, prevê que todos têm direito
1374 ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia
1375 qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e
1376 preservá-lo para as presentes e futuras gerações. Nessa linha, salientou que a qualidade da

1377 vida está nas relações de vida e é preciso trabalhar no limiar entre o que falta e o que
1378 transborda. Fechou a sua fala com a seguinte citação: citou “O amor, ou, se não quisermos
1379 usar uma palavra tão forte, a aceitação do outro junto a nós na convivência, é o fundamento
1380 biológico do fenômeno social. Sem amor, sem aceitação do outro junto a nós, não há
1381 socialização, e sem esta não há humanidade.” (Maturana, H., 2006 – biologia do amor).
1382 Seguindo, explanou sobre o tema a Chefe da Divisão de Saúde Única e Boas Práticas do
1383 Departamento de Saúde Animal - SDA/Mapa, **Valéria Stacchini Ferreira Homem**, que fez
1384 abordagem do ponto de vista do Ministério da Agricultura e Pecuária. Explicou que o
1385 Departamento de Saúde Animal – DAS possui a atribuição de trabalhar com os animais de
1386 produção. Desse modo, salientou que é preciso fazer uma reflexão sobre os “tipos de saúde
1387 animal” e, para melhor entendimento, categorizou em três grandes grupos - saúde dos animais
1388 de produção; saúde de animais domésticos – de pequeno porte; e saúde dos animais
1389 silvestres. Destacou que esses “grupos” possuem diferentes atores que precisam trabalhar
1390 juntos na abordagem de saúde única. Nesse sentido, destacou que, do ponto de vista do reino
1391 animal, o ideal seria um sistema de vigilância em saúde única, mas, dada a impossibilidade, é
1392 preciso garantir que o sistema de vigilância em saúde animal seja reforçado dentro de cada
1393 âmbito e articulado entre si. No que se refere aos animais de produção, disse que há
1394 programas sanitários para algumas doenças e espécies e, considerando que boa parte são
1395 zoonoses, o MAPA busca articulação com o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde.
1396 Também falou sobre o Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária – SUASA,
1397 regulamentado pelo Decreto nº 5.741, de 30 de março de 2006, com o propósito de organizar
1398 as ações de vigilância e defesa sanitária dos animais e vegetais, sob a coordenação do Poder
1399 Público nas várias instâncias federativas e no âmbito de sua competência, articulando-se com
1400 o SUS no que for atinente à saúde pública, visando a promoção da saúde. Acrescentou que, no
1401 caso dos animais da cadeia de produção, as diretrizes orientadoras são as da Organização
1402 Mundial de Saúde Animal. Feito esse panorama, comentou alguns aspectos relativos ao tema.
1403 No caso da resistência antimicrobiana, disse que também acontece na produção animal,
1404 configurando-se em um problema para a saúde animal. Todavia, considerando que está no
1405 ambiente, pode ter impacto para as pessoas. Além disso, salientou que o MAPA trabalha com
1406 um programa de contaminantes ambientais, o que permite identificar tipos de contaminantes
1407 por poluição, microbiológicos e também possui estudos exploratórios para outros tipos de
1408 contaminantes que podem identificar acúmulo de toxinas em recursos pesqueiros ou acícula
1409 que vão para o consumo. Além disso, o Ministério possui um Guia de Uso Racional de
1410 Antimicrobianos para Animais de Companhia, apesar de não trabalhar diretamente com esse
1411 grupo. **Manifestações.** Na sequência, houve uma rodada de manifestações, tendo sido
1412 levantados os seguintes aspectos: na discussão sobre a relação do ser humano com o
1413 ecossistema, é preciso abordar também a linha da contribuição dos animais para a saúde
1414 mental/bem-estar dos seres humanos (catalisadores de afeto e carinho); é essencial
1415 reconhecer o papel importante dos animais no auxílio aos seres humanos e em tratamentos de
1416 saúde – cães guias, cinoterapia; este tema é essencial e precisa ser debatido pelas entidades
1417 e pela sociedade; falta investimento para debater a temática das zoonoses e a saúde indígena
1418 e muitos DSEIs sequer possuem veterinários ou biólogos para tratar essa questão (doenças
1419 negligenciadas dentro das aldeias, causando risco à população); no âmbito dos programas de
1420 saúde, ambiente e trabalho, há forte discussão sobre a falta de integração do ser humano com
1421 a natureza, portanto, é preciso integrar esses subsídios às discussões sobre saúde única; as
1422 discussões precisam considerar o conceito ampliado de saúde, considerando a determinação
1423 social do processo saúde doença; importância da inclusão dos médicos veterinários nas
1424 equipes de saúde da família, para contribuir no controle de zoonoses; sugestão de aprovar
1425 recomendação do CNS para debate com o Ministério da Saúde visando à reedição do Decreto
1426 nº. 12.077/2024, com a inclusão de representante do CNS no comitê como membro titular e de
1427 representação dos movimentos populares da sociedade civil (indígena; quilombola; e do
1428 campo, água e floresta); os médicos veterinários têm sido protagonistas nessa discussão, mas
1429 é essencial ampliar esse debate para as demais profissões; é preciso solicitar informação para
1430 a SVSA/MS sobre os desdobramentos da Recomendação do CNS nº. 61/2018; o governo
1431 federal incorporou a ideia de saúde única, inclusive com mudança da “Secretaria de Vigilância
1432 em Saúde” para “Secretaria de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente”; considerando a
1433 situação do RS, é preciso saber que ações foram adotadas em relação aos animais
1434 abandonados e o impacto na vida das pessoas; solicitação de maiores informações sobre a
1435 organização da 1ª Conferência Nacional de Segurança e Saúde Animal e importância da
1436 participação do CNS neste processo; é preciso estreitar a relação entre MAPA e ANVISA no

1437 que se refere ao acesso aos medicamentos veterinários e humanos, ao uso irracional de
1438 medicamentos e descarte; elogio à CIVS/CNS por trazer essa importante temática para debate
1439 e cumprimentos às pessoas convidadas pelas ricas explanações; saúde única traz o referencial
1440 da reforma sanitária, mas é preciso pensar nos tensionamentos, por exemplo, como trabalhar
1441 sustentabilidade no Brasil, um país onde se vive o capitalismo selvagem, fortemente marcado
1442 pelo racismo, patriarcado e por injustiças sociais; é de suma importância trabalhar a
1443 perspectiva dos movimentos sociais e populares em relação à saúde única; nessa relação
1444 social capital/trabalho, é preciso conhecer as articulações dos órgãos que atuam neste tema
1445 com os movimentos sociais para “evitar o fim do mundo”; essencial considerar que o debate
1446 refere-se à relação com o meio ambiente e sua interferência na saúde da população; a “crise
1447 climática” é reflexo da falta de incentivo e responsabilidade governamental, portanto, é evitável;
1448 e é preciso ter clareza que, no caso de “desastres ambientais”, por exemplo, as populações
1449 não são afetadas da mesma forma (as pessoas com poder econômico menor sofrem impacto
1450 maior). **Retorno da mesa.** A Chefe da Divisão de Saúde Única e Boas Práticas do
1451 Departamento de Saúde Animal - SDA/Mapa, **Valéria Stacchini Ferreira Homem**, agradeceu
1452 as falas e fez os seguintes comentários: concordância com a reedição do Decreto nº.
1453 12.077/2024; e sugestão ao CNS que delimite os temas dentro do conceito de saúde única
1454 para debate aprofundado. Também se colocou à disposição para participar de outros debates
1455 no Conselho. A Chefe do SECOT/CFMV, **Ingrid Bueno Atayde**, também agradeceu as
1456 manifestações e respondeu aos questionamentos destacando que: em 2018, o CFM editou
1457 plano de contingência para desastres em massa, com ações importantes para respostas mais
1458 rápidas; no caso do RS, foi constituído grupo de trabalho para apoiar a comissão local do
1459 Estado, com criação de abrigos e conselhos regionais enviaram profissionais para ajudar na
1460 situação, inclusive com tentativa de reintegração dos animais às suas famílias; e o CFMV
1461 possui várias iniciativas com povos indígenas e quilombolas e a expectativa é ampliar este
1462 debate com esses segmentos. Fechou salientando que, se não for possível adiar o fim do
1463 mundo, é preciso agir para não adiantar esse processo. O Coordenador CGZV/SVSA/MS,
1464 **Francisco Edilson de Lima Júnior**, também reconheceu a importância deste debate e pontou
1465 os seguintes aspectos a partir das falas: é compromisso da SVSA incluir a representação da
1466 participação social no Comitê, mas houve dificuldade para definir qual entidade seria incluída
1467 (na sua visão, o CNS faria muito bem esta representação). Este ponto será pauta da primeira
1468 reunião do Comitê para definição (incluir uma ou mais instituições); concordância com a
1469 sinalização de que é preciso ampliar esse debate para outros espaços, além da medicina
1470 veterinária; a resistência microbiana é um tema prioritário a ser trabalho no âmbito do comitê; e
1471 o MAPA, se assim desejar, pode reivindicar a assinatura da Lei nº 14.792, de 5 de janeiro de
1472 2024, que institui o Dia Nacional da Saúde Única e, no caso do Decreto, assinado pelo
1473 Presidente da República, pode ser editado para incluir a participação da sociedade civil. O
1474 coordenador-Geral de Articulação/ SNPS, **Ronald Ferreira dos Santos**, fez uso da palavra
1475 para informar que foi iniciado debate com o MAPA com vistas à realização da 1ª Conferência
1476 Nacional de Segurança e Saúde Animal, em 2026. Após esse retorno, a mesa agradeceu os
1477 comentários e passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno aprovou as seguintes**
1478 **propostas: 1) elaborar recomendação para debate com o Ministério da Saúde visando à**
1479 **reedição do Decreto nº. 12.077/2024, com a inclusão de representante do CNS no comitê**
1480 **como membro titular e de representação dos movimentos populares da sociedade civil**
1481 **(o texto da recomendação seria apreciado posteriormente); 2) solicitar informação para a**
1482 **SVSA/MS sobre os desdobramentos da Recomendação do CNS nº. 61/2018, que, entre**
1483 **outros aspectos, recomenda ao Ministério da Saúde que os consultórios, clínicas,**
1484 **ambulatórios e hospitais veterinários sejam cadastrados no Cadastro Nacional de**
1485 **Estabelecimentos de Saúde - CNES e submetidos, obrigatoriamente, ao licenciamento e**
1486 **fiscalização sanitária junto aos órgãos de vigilância sanitária (responsável pelo envio:**
1487 **CIVS/CNS); e 3) definir agenda de debate entre CIVS/CNS e SVSA/MS a fim de verificar se**
1488 **os dispositivos da recomendação foram encaminhados e, caso não tenham sido,**
1489 **verificar o que pode ser feito para implementá-los. Definido este ponto, às 18h25, a mesa**
1490 **agradeceu a presença das pessoas convidadas e encerrou o primeiro dia de reunião.**
1491 Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* - **Antônio Magno de**
1492 **Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
1493 (CNSaúde); **Carlos Fidelis da Ponte**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Clóvis**
1494 **Alberto Pereira**, Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB); **Débora Raymundo**
1495 **Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Dulcilene Silva Tiné**,
1496 Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço

1497 Social (CFESS); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos –
1498 FENAPSI; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores –
1499 CONAM; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN; **Helena**
1500 **Ferreira Magalhães**, União Brasileira de Mulheres (UBM); **Helenice Yemi Nakamura**,
1501 Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede
1502 Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **José Ramix de**
1503 **Melo Pontes Junior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e
1504 Agricultoras Familiares (CONTAG); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de
1505 Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Lucia Regina Florentino Souto**, Ministério
1506 da Saúde (MS); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e
1507 Idosos da Força Sindical - SINDNAPI); **Luiz Carlos Ferreira Penha**, Coordenação das
1508 Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Madalena Margarida da Silva**
1509 **Teixeira**, Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**,
1510 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Segurança Social da CUT (CNTSS); **Maurício**
1511 **Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC);
1512 **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araújo de**
1513 **Oliveira**, Ministério da Saúde (MS); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da
1514 Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rosa Maria Anacleto**, União de
1515 Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação
1516 Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede
1517 Unida (REDEUNIDA); e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
1518 (CNBB. *Suplentes* – **Ana Clebea Nogueira Pinto de Medeiros**, Federação Brasileira de
1519 Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Andréa Graciano dos**
1520 **Santos Figueiredo**, Conselho Federal de Biologia (Cfbio); **Anselmo Dantas**, Federação
1521 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Camila Sarmiento**, Articulação Nacional de
1522 Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); **Conceição Aparecida**
1523 **Pereira Rezende**, Ministério da Saúde (MS); **Eder Pereira da Silva**, Central dos
1524 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil - CTB/CGTB; **Elidio Ferreira de Moura Filho**,
1525 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Haroldo Jorge de**
1526 **Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **João Donizeti**
1527 **Scaboli**, Força Sindical (FS); **João Pedro Santos da Silva**, Associação Nacional de Pós-
1528 Graduandos (ANPG); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina
1529 Veterinária – CFMV; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes
1530 Sociais (FENAS); **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores
1531 Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Renato de Jesus**
1532 **Padilha**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FENAPAR); **Rildo**
1533 **Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Talita Garrido de Araújo**,
1534 Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Thereza de Lamare Franco Netto**,
1535 Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); e **Vitória Bernardes Ferreira**, Associação
1536 Amigos Múltiplos Pela Esclerose (AME). Iniciando o segundo dia de reunião, às 9h10, a mesa
1537 foi composta para o item 6 da pauta. **ITEM 6 – APRESENTAÇÃO DE AÇÕES DO**
1538 **MINISTÉRIO DA SAÚDE - Apresentação:** **Marcos Vinicius Soares Pedrosa**, assessor
1539 institucional da Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS. *Coordenação:* conselheira
1540 **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Francisca**
1541 **Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. O assessor institucional da SAPS/MS, **Marcos**
1542 **Vinicius Soares Pedrosa**, fez uma explanação sobre as ações da SAPS/MS. Iniciou saudando
1543 as integrantes da mesa, os presentes e demais pessoas que acompanhavam a reunião em
1544 tempo real e destacando que o SUS está no caminho certo na consolidação e reconstrução da
1545 Saúde da Família. Recordou que o Projeto Piloto do Programa Saúde da Família,
1546 implementado em 1994, contava com 300 equipes e, após 30 anos, são 52.000 equipes.
1547 Detalhou o histórico da estruturação da APS: a) 1994 – 1998: NOB-96; Piso de Atenção Básica
1548 Fixo - incentivo *per, capita*, expansão da Saúde da Família; Piso de Atenção Básica Variável -
1549 Componente de Equidade, Estímulo para Adesão de Políticas Nacionais; 1998 – 2010 -
1550 Sistema de Informação da Atenção Básica - incorporou conceitos para cadastros de famílias,
1551 condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes
1552 de saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB); Brasil Sorridente; 2011 – 2013 -
1553 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade; inclui a lógica de avaliação de desempenho
1554 e de avaliação da qualidade na atenção primária à saúde; Programa de Requalificação de
1555 UBS; 2013 – 2018 - Programa Mais Médicos; o Sistema de Informação em Saúde para a
1556 Atenção Básica SISAB incrementou a gestão da informação, a automação dos processos, a

1557 melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho; 2019-2021:
1558 Previne Brasil - extinguiu o Piso de Atenção Básica Fixo e Variável, centralizando recursos na
1559 capitação (cadastro), sem garantia de acesso e cuidado; 2023 – 2024: ênfase na consolidação
1560 e expansão das equipes: Saúde da Família; Saúde Bucal; e Emulti; e novo provimento
1561 (Programa Mais Médicos) e investimento na estrutura física da APS (novo Programa de
1562 Aceleração do Crescimento). Fez um balanço do Previne Brasil, apresentado em um contexto
1563 de congelamento dos investimentos na saúde: 1) enfoque no cadastro: transformou o
1564 cadastramento simplificado (captação) na principal iniciativa, fazendo com que as equipes
1565 ficassem sobrecarregadas, sem garantia real de acesso e cuidado integral; 2) perda do
1566 território: desconsiderou a atuação da ESF no território e priorizou sete indicadores que não
1567 induziram mudança de modelo e melhoria na qualidade; 3) menos Saúde da Família: fragilizou
1568 a Estratégia Saúde da Família, com excesso de cadastro, sem apoio de equipe multi, menos
1569 médicos/as e valorizando equipes parciais; 4) restrição de qualidade: elenco muito restrito de
1570 indicadores de avaliação e monitoramento; e 5) fim do Piso de Atenção Básica Fixo e Variável:
1571 acabou com o papel do PAB Fixo e principalmente do PAB Variável. Salientou que o Piso da
1572 Atenção Básica foi um marco no financiamento e equidade na distribuição dos recursos
1573 financeiros do SUS e possibilitou: indução de modelo - promoveu o desenvolvimento de
1574 programas inovadores, como o caso da saúde da família. Costa e Pinto (2002, P.909); redução
1575 de iniquidades - rompeu com a lógica dominante de alocação de recursos, pagamentos por
1576 procedimentos (REDE UNIDA; 2016. P. 101-123.); expansão da atenção primária à saúde -
1577 transferência de recursos de forma regular e automática, permitiu financiar serviços em
1578 municípios mais carentes promovendo uma mudança gradual e contínua no modelo de atenção
1579 à saúde (Massuda, a.. (2020); e equidade e descentralização - garantiu que recursos federais
1580 para a saúde, fossem descentralizados para todos os municípios brasileiros. Detalhou como
1581 resultados da Saúde da Família: aumento da cobertura da saúde da família; redução da
1582 mortalidade infantil; diminuição de chance de desenvolver tuberculose (menos 48%); redução
1583 do risco de internação e de reinternação hospitalar; e redução do risco de infarto e derrame.
1584 Explicou que, segundo dados científicos, os impactos são sempre mais positivos entre as
1585 populações em maior situação de vulnerabilidade social. Salientou que o principal desafio para
1586 a implementação universal da APS refere-se a barreiras ao acesso oportuno e resolutivo à
1587 Atenção Primária à Saúde (APS) nos territórios, e oferta restrita de serviços e parâmetros
1588 populacionais inadequados para a garantia da qualidade do cuidado integral e da equidade.
1589 Disse que as causas deste complexo problema são: oferta restrita de serviços; parâmetros
1590 populacionais inadequados; insuficiência de Unidades Básicas de saúde - UBS; insuficiência
1591 de equipes multiprofissionais e de especialistas no escopo ampliado da Atenção Primária à
1592 Saúde - APS; subfinanciamento federal decorrente de limitações do modelo de financiamento
1593 atual; insuficiente participação dos governos estaduais no financiamento da APS e das equipes
1594 de saúde bucal; dificuldade de provimento e fixação de profissionais; e insuficiência de
1595 consultórios odontológicos nas UBS. Nessa linha, destacou que o objetivo geral é fortalecer a
1596 atenção primária, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal
1597 com vistas à universalização do acesso, à abrangência do cuidado integral, à promoção da
1598 saúde, à prevenção de doenças e agravos e à redução de desigualdades de raça/etnia, de
1599 gênero, regionais e sociais. Nessa linha, foi definido novo cofinanciamento: Mais Cuidado,
1600 contemplando: 1) Parâmetro adequado: estabelece novos parâmetros de pessoas vinculadas,
1601 acompanhadas e cuidadas por equipe; 2) vínculo e acesso no território: incentiva a qualidade,
1602 a completude e atualização dos registros resgatando a dimensão do vínculo e acesso; 3)
1603 previsibilidade: previsibilidade para o gestor federal, equidade e sustentabilidade no
1604 cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde; 4) Equidade: novos critérios de
1605 classificação dos municípios brasileiros passando a utilizar o índice de vulnerabilidade social; e
1606 5) Cuidado integral: avança na identificação de indicadores capazes de induzir boas práticas
1607 clínicas, territoriais e no cuidado integral. Detalhou os parâmetros adequados por equipe: Faixa
1608 1 – 2.000 pessoas; Faixa 2 - 2.500 pessoas; Faixa III - 2.750 pessoas; e Faixa IV - 3.000
1609 pessoas. Também listou os componentes do novo modelo de cofinanciamento federal da APS:
1610 Fixo - manutenção: ESF E EAP e implantação: ESF, EAP, ESB E EMULTI; Vínculo e
1611 acompanhamento territorial - Vinculação: ESF E EAP e Acompanhamento: ESF, EAP, ESB E
1612 EMULTI; e Qualidade e indução de boas práticas - indicadores: ESF, EAP, ESB e EMULTI.
1613 Neste ponto, fez referência à oficina nacional sobre novo financiamento da Atenção Primária,
1614 realizada pela SAPS, no dia 11 de junho, com o CNS. Seguindo, na linha das ações, falou
1615 sobre a expansão do financiamento da APS, com previsão orçamentária de R\$ 35 bilhões, em
1616 2024, volta à expansão da Saúde da Família, Saúde Bucal e equipes multiprofissionais.

1617 Destacou também meta de ampliação de ESF implantadas com cofinanciamento pelo
1618 Ministério da Saúde. Detalhou os novos credenciamentos APS – 2024: credencia 2.336 novas
1619 equipes de Saúde da Família (eSF); equipes e serviços de saúde bucal: 2.901 equipes de
1620 Saúde Bucal (eSB) 40 horas; 2.021 eMulti e 1.114 salas para atendimento remoto e-Multi; e
1621 4.623 Agentes Comunitários de Saúde. Sobre o Brasil Sorridente, destacou ampliação de 50%
1622 do recurso previsto para saúde bucal. Também destacou previsão de expansão das equipes
1623 multiprofissionais – Emultis, com previsão de credenciamento de 3.507 equipes em 2024. Citou
1624 ainda a retomada dos programas de provimento médico – Programa Mais Médico para o Brasil;
1625 e Programa Médicos pelo Brasil (em março, 25 mil médicos participantes). Inclusive, foi
1626 lançado painel de monitoramento do Programa Mais Médicos e foram ampliadas as ofertas
1627 formativas. Além disso, destacou as ações de apoio ao Estado do Rio Grande do Sul com
1628 credenciamento de 57 novas equipes de Saúde da Família (eSF); 115 equipes de Saúde Bucal
1629 (eSB) 40 horas; 291 eMulti; e 199 Agentes Comunitários de Saúde. Também citou a retomada
1630 do Censo das Unidades Básicas de Saúde – UBS, após doze anos, com o objetivo principal de
1631 realizar, em todo o Brasil, um diagnóstico abrangente das condições de infraestrutura e da
1632 oferta de ações e serviços na Atenção Primária à Saúde - APS do SUS, com início em junho de
1633 2024, e processamento dos dados até o final do ano. Salientou que hoje são mais de 38 mil
1634 UBS, 73% funcionando com 1 ESF. Por fim, disse que as metas da reconstrução da Saúde da
1635 Família são mais equipes com população adequada; ampliação do horário de atendimento,
1636 com mais equipes na mesma UBS até 22h; e diminuição de espera, com monitoramento das
1637 ações. Em suma, a meta 2024-2026 é 80% de cobertura, com atendimento de qualidade.

1638 **Manifestações.** Conselheira **Elaine Junger Pelaez** agradeceu a apresentação do assessor da
1639 SAPS e reafirmou algumas das preocupações, apresentadas pela representante do CFESS
1640 que compõe a COFIN, durante a oficina sobre novo financiamento da APS. As principais são: a
1641 Política de Atenção Básica deve ser submetida a debate e aprovação do CNS; preocupação
1642 com aspectos relativos a Equipes Multidisciplinares, como práticas a serem realizadas e
1643 composição das equipes; e atendimento remoto mediado por tecnologias de informação e
1644 comunicação. Conselheira **Vitória Bernardes Ferreira** sentiu falta de informações sobre o
1645 novo modelo de atenção básica e justificou que a CIASPD/CNS não pode participar da oficina
1646 que debateu o tema. De todo modo, destacou que o Conselho precisa de tempo hábil para
1647 debater a proposta e apresentar contribuições. Solicitou maiores esclarecimentos sobre
1648 critérios de vulnerabilidade, o Programa Requalifica UBS que prevê adequação arquitetônicas
1649 para garantir acessibilidade; articulação entre a política do Brasil Sorridente e a Política
1650 Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência; e papel das equipes
1651 multiprofissionais - EMulti. Por fim, disse que é preciso enfrentar a barreira de acesso das
1652 pessoas com deficiência às ações e serviços de saúde e definir o papel da atenção básica
1653 diante de desastres, a exemplo do ocorrido no Rio Grande do Sul. Conselheira **Helenice Yeme**
1654 **Nakamura** também agradeceu a presença do assessor da SAPS/MS e reiterou que a PNAB
1655 precisa ser debatida e aprovada neste espaço. Ponderou que é preciso considerar que nem
1656 todas as pessoas tem acesso às tecnologias e as unidades também enfrentam problema na
1657 conexão. No mais, salientou que é preciso garantir que as Emultis sejam adequadas à
1658 realidade do território e, sobre a revisão cadastro, sentiu falta de campos que ajudassem as
1659 unidades na definição das ações. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** saudou a SAPS/MS
1660 pela realização da oficina nacional com o CNS (participação da COFIN e CIASB), pois atingiu
1661 seu objetivo de esclarecer sobre as diretrizes da Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de
1662 2024, que estabelece uma nova regra para o cofinanciamento das ações e serviços relativos à
1663 Atenção Primária à Saúde. Destacou três pontos que merecem maior atenção: necessidade de
1664 revisão do *per capita*; rediscussão da metodologia de avaliação da atenção primária; e revisão
1665 da PNAB, com contribuição do CNS. Inclusive, perguntou se serão realizadas oficinas
1666 macrorregionais sobre a PNAB. Conselheiro **Mauri Bezerra Filho** também reconheceu a
1667 importância da oficina, mesmo depois da publicação da Portaria. Reconheceu pontos positivos
1668 da proposta, mas colocou preocupações ainda sem respostas: ausência de incentivo aos
1669 municípios para realização de concurso público; manutenção dos recursos da saúde; maior
1670 dependência das emendas parlamentares - ampliação de recursos; e pagamento por
1671 desempenho e qualidade. Por fim, perguntou se o Ministério da Saúde atendeu a
1672 Recomendação CNS nº. 12, de maio de 2024, que, entre outros aspectos, recomenda que a
1673 SAPS apresente ao CNS, no prazo de até 30 dias, os estudos realizados sobre os novos
1674 critérios de participação federal no cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde, definidos na
1675 Portaria nº 3.493/2024, já pactuados pela CIT, para devida análise e deliberação do Conselho.
1676 Conselheiro **Elídio Ferreira de Moura Filho** também agradeceu o assessor da SAPS/MS pela

1677 explanação e, em nome do CONASEMS, reconheceu a importância que a Política de Atenção
1678 Básica vem assumindo nos últimos dois anos. Sobre a Portaria nº 3.493/2024, disse que o
1679 financiamento voltado aos procedimentos facilita o desenvolvimento das ações no território.
1680 Destacou que a Política é construída de forma tripartite, e a contribuição do controle social é
1681 importante neste processo. Lembrou, inclusive, que muitos Estados não possuem
1682 cofinanciamento adequado e outros sequer dispõem de recursos. Conselheira **Lúcia Regina**
1683 **Florentino Souto** também cumprimentou a apresentação e manifestou satisfação para a
1684 retomada da Estratégia da Saúde da Família, com reorientação do modelo. Também
1685 manifestou satisfação com a meta de 80% de cobertura e perguntou qual é o índice atual.
1686 Também solicitou maiores informações sobre o Programa Mais Acesso a Especialistas.
1687 **Retorno da mesa.** O assessor institucional da SAPS/MS, **Marcos Pedrosa**, agradeceu as
1688 manifestações e fez as seguintes ponderações: o momento é de ampliação do debate com o
1689 Conselho e a oficina foi uma etapa importante de aproximação; é importante garantir espaço
1690 para apresentação do relatório da oficina sobre a PNAB no Pleno do Conselho; o Ministério da
1691 Saúde possui clareza sobre os dispositivos da Lei nº. 141, no que diz respeito ao debate da
1692 Política no Conselho para contribuições; as EMulti possuem escopo de prática ampliado,
1693 justamente para dialogar com as necessidades locais - envolve 22 profissões; é preciso
1694 garantir atendimento ambulatorial próximo aos territórios, o que não significa abrir mão do
1695 cuidado integral; os atendimentos mediados pela tecnologia da informação são possibilidade
1696 de atenção, todavia, as ferramentas não devem ser utilizadas para segmentar; a SAPS/MS
1697 está debatendo o papel da atenção primária à saúde em situações de desastres; para
1698 ampliação de horários de atendimento, são necessários mais profissionais de saúde, portanto,
1699 é preciso debater a situação de cada local para garantia do cuidado integral; critérios de
1700 vulnerabilidade para divisão dos recursos – dois critérios para municípios e Distrito Federal,
1701 com corte populacional; avaliação e pagamento por desempenho – a intenção é avaliação por
1702 equipe e não individual (por trabalhador); a construção dos indicadores é tripartite; e Programa
1703 Mais Acesso a Especialistas visa ampliar e qualificar o cuidado e o acesso à Atenção
1704 Especializada em Saúde – AES, garantindo acesso do paciente às consultas e aos exames
1705 especializados o mais rápido possível e com menos burocracia, a partir do encaminhamento
1706 realizado pelas equipes de Atenção Primária. Por fim, agradeceu a oportunidade e colocou-se
1707 à disposição para aprofundar o debate das demais ações da SAPS/MS no Conselho. Após
1708 esse retorno, a mesa sintetizou os encaminhamentos que surgiram do debate. Conselheiro
1709 **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, sugeriu que a Nota Técnica nº 10/2023, que
1710 define diretrizes para reorganização das equipes multiprofissionais na atenção primária à
1711 saúde – EMUT, seja debatida na CIASB/CNS e, posteriormente, trazida ao Pleno do Conselho.
1712 Conselheira **Elaine Junger Pelaez** registrou que a CIASB já está debatendo o tema, portanto,
1713 é preciso aprofundar as discussões, com a participação do Ministério da Saúde. O Presidente
1714 do CNS sugeriu aguardar o envio do relatório da oficina sobre a PNAB e o debate na CIASB
1715 para definir sobre a necessidade de pautar este tema novamente no Pleno do Conselho,
1716 inclusive para debate específico da Nota Técnica nº 10/2023. O assessor da SAPS/MS pontuou
1717 que a Portaria GM/MS nº 3.493/2024 foi o ponto central da oficina e colocou-se à disposição
1718 para debater a Nota Técnica nº 10/2023 e outros temas. Feitas essas ponderações, a mesa
1719 passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno do CNS decidiu: 1) solicitar ao**
1720 **Ministério da Saúde que a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB seja debatida e**
1721 **aprovada no Pleno do CNS; 2) solicitar à SAPS/MS e à Comissão de Atenção a Saúde**
1722 **das Pessoas com Deficiência – CIASPD/CNS que promovam debate sobre a Política**
1723 **Nacional de Atenção Básica; e 3) aguardar o envio do relatório da oficina sobre a PNAB e**
1724 **o debate na Comissão Intersetorial de Atenção Básica à Saúde - CIASB para definição**
1725 **sobre a necessidade de pautar este tema novamente no Pleno do Conselho, com debate**
1726 **específico da Nota Técnica nº 10/2023, que define diretrizes para reorganização das**
1727 **equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde – EMUT.** Finalizando, conselheira
1728 **Francisca Valda Silva** informou que a Mesa Diretora do CNS acatou a proposta, encaminhada
1729 pela CIASB/CNS, de realização de sete oficinas macrorregionais sobre a Política Nacional de
1730 Atenção Básica – PNAB e a SAPS/MS, em acordo com a proposição, já iniciou o processo de
1731 preparação. O Presidente do CNS informou que todas as comissões do Conselho serão
1732 envolvidas nesse processo. **ITEM 7 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E**
1733 **FINANCIAMENTO – COFIN - Apresentação das Planilhas de Execução Orçamentária e**
1734 **Financeira - 12/2023. 3º Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas – RQPC 3º/2023.**
1735 **Relatório Anual de Gestão MS – RAG 2023 - Apresentação:** conselheiro **André Luiz de**
1736 **Oliveira**, coordenador da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento - COFIN; e

1737 **Francisco Funcia**, assessor da COFIN. *Coordenação:* conselheira **Heliana Neves Hemetério**
1738 **dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa
1739 Diretora do CNS. Iniciando, o coordenador da COFIN/CNS cumprimentou todas as pessoas e
1740 citou os temas que seriam tratados neste ponto: informe; compilado das respostas do
1741 Ministério da Saúde às sugestões e às perguntas do CNS sobre o Plano Nacional de Saúde
1742 2024-2027; minuta de recomendação voltada à manutenção da regra constitucional vigente do
1743 piso federal do SUS, por conta de notícias veiculadas na imprensa a esse respeito; e
1744 apresentação sobre o processo de análise do Relatório Anual de Gestão 2023. Primeiro,
1745 informou o encerramento do ciclo de oficinas macrorregionais sobre financiamento no SUS,
1746 realizadas pela COFIN/CNS, com o objetivo de qualificar conselheiras e conselheiros de saúde
1747 de todo o país para analisar a execução orçamentária e os relatórios de gestão do Ministério da
1748 Saúde, com destaque para o histórico desfinanciamento do SUS, e aprofundar o debate sobre
1749 o piso federal constitucional e o limite de despesas do novo arcabouço fiscal. A intenção é
1750 apresentar o compilado das avaliações das oficinas no próximo Pleno do Conselho. Feitas
1751 essas considerações, o assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, apresentou a consolidação
1752 das respostas do MS para as sugestões e as perguntas do CNS sobre o PNS 2024-2027
1753 (revisado em 16/05/2024 após as contribuições dos integrantes da Cofin/CNS e revisado em
1754 06/06/2024 após contribuições dos integrantes da Cofin/CNS). Lembrou que os itens a serem
1755 analisados pela COFIN estavam definidos na Resolução nº 741, de 22 de fevereiro de 2024,
1756 que aprovou o Plano Nacional de Saúde - PNS 2024-2027 e decidiu encaminhar as
1757 proposições e sugestões apresentadas pelas Comissões Intersectoriais do CNS ao Ministério da
1758 Saúde. Além disso, a partir do compromisso assumido pelo Ministério da Saúde, o CNS
1759 sugeriu a análise das sugestões referidas no *caput*, bem como a apresentação do resultado
1760 dessa análise até 30 de abril de 2024 e recomendou a incorporação das sugestões. Explicou
1761 que a metodologia de análise da COFIN/CNS às respostas do MS é a seguinte: a) quanto à
1762 incorporação das sugestões do CNS: a classificação da Cofin/CNS foi realizada a partir da
1763 análise do texto das justificativas do MS para cada meta: não Incorporada; incorporada; e
1764 incorporada parcialmente (essa classificação da COFIN/CNS pode ser diferente da
1765 classificação dada pelo MS em coluna separada da justificativa, sempre que o texto desta
1766 tivesse referências para se concluir pela incorporação ou não das sugestões do CNS para cada
1767 meta); e b) quanto à resposta das perguntas formuladas pelo CNS: a classificação da
1768 COFIN/CNS foi realizada a partir da análise do texto das justificativas do MS para as metas em
1769 que havia somente respostas do MS às perguntas formuladas pelo CNS, e também pode diferir
1770 da classificação do MS em coluna separada da justificativa. Detalhou a classificação da
1771 COFIN/CNS às respostas do MS para as contribuições ao PNS 2024-2027: 220 sugestões
1772 (61,8%) e 136 respostas às perguntas do CNS (38,2%); em termos de incidência de respostas,
1773 destaque para: 66 respostas relativas ao objetivo 1 – APS; e 34 para objetivo 7-SDIG; e 59
1774 respostas às perguntas do CNS relativas ao objetivo 5 – assistência farmacêutica. Também
1775 apresentou quadro com os resultados da análise das sugestões, nos termos do requerido pela
1776 Resolução nº. 741/2024: não incorporadas; incorporadas parcialmente; e incorporadas. Das
1777 220 sugestões, 134 não incorporadas (maior índice na APS); 59 incorporadas parcialmente
1778 (maior índice na Assistência Farmacêutica); e 27 incorporadas (maior índice na APS). Maior
1779 índice de sugestões na APS - 66, 30%; e SDIG - 40 - 18,2%. Sobre a Classificação da
1780 Cofin/CNS às respostas do MS para as sugestões ao PNS 2024-2027, detalhou: não
1781 incorporadas - 60,9%; incorporadas parcialmente - 26,8%; e incorporadas - 12,3%. Na
1782 sequência, foi aberta a palavra para considerações. Nas falas, foram pontuados os seguintes
1783 aspectos: comissões devem aprofundar o debate sobre as respostas do Ministério da Saúde às
1784 sugestões do Conselho; esse processo foi de extrema importância, pois possibilitou construção
1785 coletiva e inovadora; a SPO/MS enviou as sugestões do Conselho às devidas áreas técnicas, o
1786 que gera um trabalho mais colaborativo entre MS e CNS; é preciso avançar na relação entre os
1787 conselhos de saúde, o MS, o CONASS e o CONASEMS no debate desta temática e de outras
1788 questões; o Plano foi aprovado pelo CNS, mas é preciso registrar que a pessoa com
1789 deficiência foi invisibilizada no documento; solicitação de envio das respostas do MS às
1790 sugestões e às perguntas do CNS sobre o PNS 2024-2027 para debate nas comissões do
1791 Conselho; o Plano traduz as deliberações da 17ª Conferência Nacional de Saúde e os debates
1792 das comissões podem contribuir para a melhoria do que for preciso; questionamento se as
1793 sugestões feitas durante o debate do Plano no Pleno do CNS foram incorporadas no
1794 documento, especialmente sobre a participação social; destaque para a não incorporação das
1795 sugestões relativas à saúde indígena; e questionamento sobre o que foi incorporado no PNS
1796 sobre participação social, educação em saúde, formação para o controle social. Conselheiro

1797 **Neilton Araújo de Oliveira** ponderou que as sugestões do CNS podem ser consideradas no
1798 debate da PAS. Nesse sentido, conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** reiterou a
1799 importância de manter a articulação entre comissões do CNS e áreas técnicas do Ministério da
1800 Saúde. O coordenador da COFIN/CNS explicou que o compilado da devolutiva do MS será
1801 enviado às comissões, inclusive para contribuir na avaliação do RAG. Na sua avaliação, não
1802 havia necessidade de novo posicionamento do Conselho sobre essa devolutiva. O assessor
1803 técnico da COFIN reiterou que o material será enviado às comissões temáticas para avaliação
1804 do que foi incorporado ou não e também contribuirá na análise da PAS 2024 em execução,
1805 bem como servirá de referência para análise dos relatórios quadrimestrais do Ministério da
1806 Saúde. Também respondeu que a metodologia utilizada foi a que serviu de base para
1807 elaboração do PNS (análise das metas de cada objetivo). Sobre outras áreas não explicitadas
1808 nos objetivos, como participação social, explicou que integram as metas dos objetivos.
1809 **Encaminhamento: enviar o material compilado das Respostas do MS para as sugestões**
1810 **e as perguntas do CNS sobre o PNS 2024-2027 às comissões para apreciação sobre o**
1811 **que foi incorporado ou não e utilização como subsídio para debate.** Seguindo, o
1812 coordenador da COFIN/CNS fez a leitura da minuta de recomendação sobre regra
1813 constitucional vigente do piso federal do SUS. O texto é o seguinte: “Recomendação CNS. (...).
1814 E considerando que a imprensa tem noticiado recentemente a realização de estudos pela área
1815 econômica do governo federal para revisar os pisos federais do Sistema Único de Saúde (SUS)
1816 com o objetivo de reduzir seu valor nos próximos anos para se cumprir a meta fiscal do
1817 superavit primário a partir de 2025 e, com isso, pagar mais de R\$ 700 bilhões de juros da
1818 dívida (quase 4 vezes mais que o SUS federal aplicou em 2023); considerando que a Emenda
1819 Constitucional nº 95 suspendeu a regra de cálculo do piso federal da saúde da EC 86/2015 e
1820 substituiu por outra que congelou o valor desse piso do ano de 2017 por 20 anos, o que fez o
1821 SUS perder em torno de R\$ 70 bilhões no período 2018-2022, conforme estudos do IPEA
1822 (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) e da ABrES (Associação Brasileira de Economia da
1823 Saúde); considerando que, infelizmente, foi preciso ocorrer os efeitos negativos da Covid-19 na
1824 vida das pessoas para comprovar que o aumento dos gastos públicos deficitários com o auxílio
1825 emergencial e com a saúde para enfrentar a pandemia não “quebrou” financeiramente o estado
1826 brasileiro, nem acabou com as finanças públicas nacionais; considerando que a vinculação
1827 constitucional dos pisos foi uma conquista histórica de garantia dos direitos de saúde e de
1828 educação, portanto, não deveria ser mudada a Constituição Cidadã, mas sim deveria ser
1829 mudada a meta fiscal e o critério de apuração dessa meta estabelecida pela Lei Complementar
1830 200/2023,; considerando que a ênfase dada pela área econômica do governo federal e pela
1831 maioria da imprensa é promover o ajuste fiscal somente pela redução das despesas com a
1832 prestação de serviços públicos, sem enfatizar igualmente o aumento da receita pública, como
1833 (i) a receita da dívida ativa (que é trilionária, decorrente de tributos não pagos especialmente
1834 por grandes devedores), (ii) a tributação sobre grandes fortunas (que tramita há décadas no
1835 Congresso Nacional) e/ou (iii) a tributação sobre dividendos (o Brasil é um dos poucos países
1836 que não tributa dividendos); considerando que a necessidade de reduzir o valor do piso federal
1837 do SUS anunciado pela maioria da imprensa sugere que há “sobra” de recurso, quando na
1838 verdade o SUS enfrenta há 36 anos um processo de subfinanciamento, e de desfinanciamento
1839 no período recente (conforme estudos do IPEA e da ABrES citados anteriormente), sendo que
1840 esse desfinanciamento foi interrompido a partir de 2023, com cerca de R\$ 30 bilhões de
1841 aplicação adicional comparado ao que seria o valor do piso calculado pela regra da EC 95
1842 (revogada por ação do atual governo em 2023) e com cerca de R\$ 68 bilhões a mais em 2024
1843 em relação a esse valor anterior; considerando que é estranha essa proposta de “redução” do
1844 piso federal do SUS, na medida que esse o valor já é baixo (o SUS custa R\$ 4,00 per capita
1845 por dia, sendo por volta de R\$ 1,60/R\$ 1,70 o gasto público federal), inclusive se comparado
1846 internacionalmente (conforme dados da Organização Mundial de Saúde, o gasto total público
1847 mais privado em saúde no Brasil é de 9,6% do PIB (2021), similar aos dos países
1848 desenvolvidos, mas o gasto público total em saúde no Brasil representa cerca de 40% do total,
1849 enquanto os gastos públicos em saúde nos demais países representam acima de 60%/70% do
1850 total; considerando que as matérias recentemente veiculadas na imprensa indicam que a área
1851 econômica estuda a mudança da regra de cálculo do piso federal do SUS, de modo a deduzir
1852 da Receita Corrente Líquida as receitas excluídas para cálculo da meta fiscal na Lei
1853 Complementar 200/2023, mudança essa que resultaria na perda anual estimada (a preços de
1854 2024) em torno de R\$ 30 bilhões; considerando que, contraditoriamente a essa proposta de
1855 redução de recursos federais para o SUS, há diretrizes aprovadas pela 17ª Conferência
1856 Nacional de Saúde pela necessidade de ampliação dos recursos para o SUS, para se cumprir

1857 o artigo 196 da Constituição Federal (a saúde é direito de todos e dever do Estado) – nos
1858 termos da Lei 8.142/90, a Conferência de Saúde é um dos órgãos que viabilizam o
1859 cumprimento do princípio constitucional da participação da comunidade no SUS; e
1860 considerando que o Ministério da Fazenda (MF) informou, em audiência com o CNS e com
1861 representantes das entidades que integram a Frente pela Vida, que não há nenhuma intenção
1862 para desvinculação do piso federal do SUS, nem para mudar a base de cálculo ou reduzir o
1863 valor comparativamente à regra atual definida pela EC 86/2015, bem como que foi aberto um
1864 canal de comunicação com o MF para se tratar deste tema. Recomenda: ao governo federal e
1865 ao Congresso Nacional: que seja mantida a regra constitucional vigente do piso federal do SUS
1866 em 15% da Receita Corrente Líquida da União efetivamente arrecadada no exercício, sem
1867 nenhuma dedução dessa base de cálculo.” Após a leitura, foram apresentadas as seguintes
1868 sugestões: incluir no texto o adendo “considerando o programa eleitoral de 2022, eleito nas
1869 urnas” (sugestão de incluir na recomendação e em outros documentos do CNS) e “as diretrizes
1870 do Presidente da República para a saúde”; dar ampla divulgação à recomendação, inclusive ao
1871 Parlamento e à população, com o apoio de parlamentares parceiros do controle social; rever o
1872 trecho “desfinanciamento interrompido”, porque não houve interrupção. Em contrapartida, foi
1873 esclarecido que a tendência de desfinanciamento foi interrompida, portanto, deve-se manter a
1874 expressão; sugestão às entidades integrantes do CNS que promovam mobilização de suas
1875 bases para dar ampla divulgação a esta recomendação; dúvidas sobre o direcionamento da
1876 recomendação ao governo federal, pois este já se comprometeu; incluir nos considerando as
1877 deliberações da 17ª Conferência Nacional de Saúde; sugestão de estimular o debate sobre o
1878 piso constitucional nos conselhos de saúde; e além do trabalho da COFIN, reconhecimento da
1879 iniciativa da Frente pela Vida que convidou o Presidente do CNS a participar da visita ao
1880 Ministério da Fazenda para buscar posição oficial da pasta. **Retorno da mesa.** O coordenador
1881 da COFIN/CNS agradeceu as sugestões, avaliando que poderiam ser acatadas: contemplar o
1882 plano de governo; incluir falas do Presidente da República reafirmando o compromisso com a
1883 saúde “saúde não é gasto e sim investimento”; envolver os parlamentares na ação estratégica
1884 para divulgação da recomendação, com a participação da Rede Conselhos; reforçar as
1885 diretrizes da 17ª Conferência na parte dos considerandos; sugerir aos conselhos estaduais,
1886 municipais e locais que promovam debate sobre piso constitucional; direcionar a
1887 recomendação ao governo federal; e incluir o trecho “tendência de desfinanciamento foi
1888 interrompida”. O assessor da COFIN, em pese não discordar das contribuições, ponderou que
1889 a recomendação teria mais força se o texto fosse mais objetivo e sucinto. Após essas
1890 ponderações, a mesa colocou o mérito de recomendação com os acréscimos ao texto.
1891 **Deliberação: o Pleno aprovou, por maioria (uma abstenção), com acréscimos ao texto, o**
1892 **mérito de recomendação que recomenda ao governo federal e ao Congresso Nacional**
1893 **que seja mantida a regra constitucional vigente do piso federal do SUS em 15% da**
1894 **Receita Corrente Líquida da União efetivamente arrecadada no exercício, sem nenhuma**
1895 **dedução dessa base de cálculo.** Na sequência, o assessor da COFIN/CNS, **Francisco**
1896 **Funcia**, apresentou os documentos para subsidiar a análise do Relatório Anual de Gestão do
1897 Ministério da Saúde 2023. Essa documentação será enviada às comissões do Conselho para
1898 análise e contribuições, com prazo de 30 dias para retorno. Começou explicando que a análise
1899 do Relatório é feita em quatro etapas: Etapa 1: Análise Sintética da execução orçamentária e
1900 financeira de 2023 (Reunião Cofin/CNS -21/03/2024); Etapas 2 e 3: Análise do RQPC-3º/2023
1901 e do RAG 2023 (Reuniões Cofin/CNS -18/04, 16/05 e 06/06/2024); e Etapa 4: Apresentação no
1902 Pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e envio para as Comissões Intersetoriais do CNS
1903 (programada para 13/06/2024). Apresentou o resumo executivo que contempla o conjunto das
1904 análises feitas pela COFIN: 1) Cumprimento da Aplicação ASPS Mínima (Piso) – critérios:
1905 Despesa empenhada líquida – conceito que deduz os restos a pagar cancelados em 2022 do
1906 valor total empenhado ASPS (Critério de análise: LC 141/2012, ajustado pela interpretação da
1907 AGU de considerar nessa compensação somente os RP cancelados de empenhos posteriores
1908 a 2012); e 15% da Receita Corrente Líquida arrecadada no exercício (Critério de análise:
1909 Constituição Federal/EC 86 e Recomendação 016/2023 do CNS). Detalhou o valor Empenhado
1910 ASPS Líquido 2023, Piso ASPS 2023 e Avaliação do Cumprimento Piso. Valor Empenhado
1911 Líquido*(a) ASPS (VE) – dois valores: R\$ 179,8 bilhões - Inclui R\$ 7,3 bi das desp. transf. piso
1912 enfermagem (Conforme Portaria SOF/MPO nº 394, de 22/12/2023); e R\$ 172,5 bilhões - Exclui
1913 R\$ 7,3 bi das desp. transf. piso enfermagem (Conforme Lei nº 14.581, de 11/05/2023). Valor do
1914 Piso**ASPS (VP) (com as fontes das respectivas regras de cálculo para apuração desse valor):
1915 R\$ 185,1 bilhões (CF/EC86** e CNS Rec016) – diferença de menos R\$ 5,3 bilhões; R\$ 172,6
1916 bilhões (LC201/23 (RCL estimada) – diferença: mais R\$ 7,2 bilhões e R\$ 147,9 bilhões (EC95

1917 e MS/RAG2023) – diferença: mais R\$ 31,9 bilhões; e, ao considerar o valor de R\$ 172,5
1918 bilhões: menos R\$ 12,6 bilhões; menos R\$ 0,1 bilhão; e mais R\$ 24,6 bilhões. 2.
1919 Compensação integral dos restos a pagar cancelados em 2022 e apresentação da análise de
1920 viabilidade técnica e financeira da execução financeira em 2024 dos restos a pagar de
1921 empenhos de 2022 e anos anteriores pelo gestor (Critério de análise: LC 141 e deliberações do
1922 CNS em anos anteriores). Total de Restos a Pagar Cancelados em 2022: R\$ 2,7bilhões. Valor
1923 da Compensação como aplicação adicional ao piso em 2023: R\$ 2,6 bilhões. a) Houve
1924 cumprimento “formal-legal” em 2023 da compensação acumulada dos Restos a Pagar
1925 cancelados em 2022? Não (Insuficiência de R\$ 0,1 bilhão). b) Houve cumprimento “de fato”
1926 em 2023 da compensação acumulada do valor total dos Restos a Pagar cancelados em 2022
1927 (adotando como critério de análise o valor aplicado acima do piso ASPSP)? Não (se for
1928 considerado o piso ASPSP de R\$ 185,1 bilhões independentemente da inclusão ou não das
1929 despesas com o piso da enfermagem nas despesas empenhadas); Sim (se for considerado o
1930 piso ASPSP de R\$ 172,6 bilhões, incluindo as despesas com o piso da enfermagem nas
1931 despesas empenhadas); Não (se for considerado o piso ASPSP de R\$ 172,6 bilhões, excluindo
1932 as despesas com o piso da enfermagem nas despesas empenhadas); Sim (se for considerado
1933 o piso ASPSP de R\$ 147,9 bilhões, independentemente da inclusão ou não das despesas com o
1934 piso da enfermagem nas despesas empenhadas); c) Houve a apresentação da análise de
1935 viabilidade técnica e financeira da execução financeira em 2024 dos RP dos empenhos de
1936 2022e anos anteriores? Não. 3. Empenhos ASPSP a pagar do exercício (inscrição restos a
1937 pagar) – Máximo de 5% (Critério de análise: Resolução CNS 505/2015). Proporção de
1938 Empenhos 2023 a Pagar (ou inscrição em restos a pagar) em relação ao valor empenhado
1939 bruto ASPSP: Acima do limite de referência de 5,00% da Resolução do CNS 505/2015; Maior
1940 que os 11,4% de 2022; Maior que os 7,30% de 2016 (ano do menor índice do período 2004-
1941 2022). A. Valor Empenhado ASPSP Bruto 2023(sem excluir as despesas que servem de
1942 compensação dos restos a pagar cancelados): R\$ 182,4 bi. B. Valor dos Empenhos 2023 a
1943 Pagar (Saldo a Pagar): R\$ 23 bi. C. Proporção (=B/A): 12,61%. 4. Estoque total de Restos a
1944 Pagar ASPSP e Não ASPSP (inscrição e reinscrição). Critério de análise: definições do CNS em
1945 anos anteriores: situação em 2023 (para execução em 2024 de R\$ 31,5 bilhões) é maior que a
1946 situação em 2022(para execução em 2023 de R\$ 27,5bilhões): Aumento nominal em 14,5%
1947 (acima da variação do IPCA). Observação: Situação de 2023 (para execução em 2024) dos
1948 Restos a Pagar inscritos e reinscritos está acima da situação de 2017 (para execução de
1949 2018), assim como ocorreu em 2022 (para execução em 2023). 5.Critérios de escolha do
1950 gestor para a execução parcial ou total da despesa orçada: Não informado. Fundo para
1951 Estados e Municípios e avaliação dos impactos nas condições de saúde da população pelo
1952 gestor (Critério de análise: Resolução do CNS nº 505 e outras deliberações); Avaliação de
1953 impacto das despesas com transferências para Estados, DF e Municípios nas condições de
1954 saúde da população: Não informado; Nível de liquidação (%) das despesas com transferências
1955 para Estados, DF e Municípios (Fundo a Fundo): adequado (em termos consolidado);
1956 adequado (transferências para Municípios); regular (transferências para Estados). Empenhos
1957 2023 a pagar (fundo a fundo) como proporção do valor empenhado= 6,5%: acima de 5% da
1958 Resolução do CNS 505. 7. Comprovação de disponibilidade financeira para os empenhos a
1959 pagar do exercício, bem como para o total após somar o valor do estoque de restos a pagar
1960 (Critério de análise: LC 141): disponibilidade financeira em caixa comprovada em 31/12/2023:
1961 insuficiente para o total de Restos a Pagar inscritos e reinscritos de R\$ 31,5 bilhões para
1962 execução em 2024; insuficiente para os empenhos 2023 a pagar de R\$ 23 bilhões; e
1963 Comprovação da disponibilidade financeira por outra forma que não dinheiro em caixa: não. 8.
1964 Nível de execução das despesas liquidadas (Critério de análise: LC 141 e definições do CNS
1965 em anos anteriores). Quantidade de itens de despesas classificados com nível de liquidação: a)
1966 FNS: Adequado: 11; Regular: 6; Inadequado: 6 (Instituto Cardiológico, Farmácia Básica,
1967 Programa Sangue e Hemoderivados, Aquisição e Distribuição Medicamentos DST-AIDS,
1968 Manutenção e Emendas); Intolerável: 2 (Publicidade Utilidade Pública e Vigilância
1969 Epidemiológica); Inaceitável: 9 (Datusus, Atenção à Saúde Primária e Especializada, Aquisição
1970 e Distribuição de Medicamentos Estratégicos, Medicamentos Componente Especializado,
1971 Pesquisa em Ciência e Tecnologia, Outros Programas, Vacinas e Vacinação, Incremento MAC-
1972 PABe Reaparelhamento Unidades do SUS); b) FIOCRUZ: Adequado: 2; Inadequado: 3 (Outros
1973 Programas, Manutenção Unidade Pesquisa e Manutenção); Intolerável: 2 (Covid e Vacinas e
1974 Vacinação); e Inaceitável: 3 (Modernização de Unidades de Pesquisa, Estudos e Pesquisas e
1975 Emendas); c) GHC: Adequado: 1; Inadequado: 1 (Atenção Hospitalar); Inaceitável: 2 (Sentença
1976 Judicial –Custeio e Emendas). 9. Emendas Parlamentares - Emendas Parlamentares ASPSP:

1977 R\$ 15,4 bilhões (8,4% do valor total empenhado bruto de R\$ 182,4 bilhões): 72,5% Emendas
1978 Individuais; e 27,5% Emendas Coletivas (bancadas, etc). 10. Cumprimento das metas da
1979 Programação Anual de Saúde (PAS) 2023 - percentual de alcance das Metas de 2023 - Até
1980 50%: 9 (8,74%); Acima de 50% até 75%: 9 (8,74%); Acima de 75% até 100%: 44 (42,72%);
1981 Acima de 100%: 41 (39,81%); Total: 103. Ou seja, 82,5% das metas de 2023 tiveram um índice
1982 de realização acima de 75% da previsão. Por fim, apresentou os apontamentos e indicações de
1983 Medidas Corretivas de Gestão (parcial): 1) Foi apurada uma aplicação ASPS em 2023 inferior a
1984 15% da Receita Corrente Líquida da União estabelecido na Constituição Federal, o que está
1985 em desacordo também com a Recomendação nº 016/2023 do Conselho Nacional de Saúde. É
1986 preciso que a diferença negativa apurada (no valor de R\$ 5,3 bilhões ou de R\$ 12,6 bilhões,
1987 cujo valor a ser considerado dependerá da classificação “extrapiso” para a despesa fundo a
1988 fundo do piso nacional da enfermagem) seja aplicada adicionalmente ao valor do piso de 2024
1989 para compensar essa aplicação insuficiente em 2023, conforme determina a Lei Complementar
1990 nº 141/2023; 2) Os valores empenhados das Emendas Parlamentares integram o cômputo do
1991 piso federal do SUS, mas não são submetidas necessariamente às diretrizes da Conferência
1992 Nacional de Saúde e ao processo de planejamento ascendente do SUS, em desacordo ao
1993 marco legal-normativo do SUS. É preciso propor no Projeto de Lei Orçamentária de 2025 que
1994 essas despesas obrigatoriamente respeitem as diretrizes aprovadas na 17ª Conferência
1995 Nacional de Saúde e os Objetivos e Metas estabelecidos no Plano Nacional de Saúde 2024-
1996 2027; 3) Houve aumento do percentual de empenhos a pagar em 2023 comparativamente a
1997 2022. É preciso que: 3.1) Esses valores inscritos (referentes a empenhos de 2023 não pagos),
1998 somados aos reinscritos (referentes a empenhos de 2022 e anos anteriores não pagos), de
1999 restos a pagar sejam executados preferencialmente em 2024; e 3.2) O Ministério da Saúde
2000 proponha um projeto de lei complementar estabelecendo o prazo máximo de 5 anos (contados
2001 a partir do ano da inscrição) para a execução dos restos a pagar –passado o prazo sem
2002 execução, deverá ser realizado o cancelamento, bem como que o respectivo valor cancelado
2003 seja compensado como aplicação adicional ao piso no ano subsequente ao do cancelamento,
2004 devidamente atualizado pela variação do IPCA calculado desde a data do empenho da
2005 despesa; 4) Inexistência de critérios para a escolha das despesas não executadas ou
2006 executadas parcialmente (abaixo da dotação atualizada em termos de empenhos e/ou com
2007 baixos níveis de liquidação de despesa) em 2023, sem justificativa para essa ocorrência, em
2008 desacordo aos apontamentos anteriormente feitos pelo CNS. É preciso que o Ministério da
2009 Saúde apresente os critérios adotados para a escolha de despesas não executadas ou
2010 executadas parcialmente em 2023 (com níveis de classificação inadequado, intolerável e
2011 inaceitável) e os que adotará para 2024, inclusive com a justificativa dessa baixa execução nos
2012 Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas a partir de 2024; 5) Não demonstração e
2013 não comprovação pelo Ministério da Saúde da alocação de recursos adequados e suficientes
2014 em 2023 para promover a mudança de modelo de atenção à saúde para priorizar a atenção
2015 básica como a ordenadora da rede de cuidados em saúde, em desacordo às deliberações do
2016 Conselho Nacional de Saúde, especialmente nas diretrizes para o estabelecimento de
2017 prioridades para 2023, nos termos da LC 141/2012: proporcionalmente, as despesas com a
2018 subfunção 302 Atenção Hospitalar e Ambulatorial (AHA) cresceram mais que as despesas com
2019 Atenção Básica (AB), bem como o crescimento em R\$ da subfunção AHA foi mais de três
2020 vezes maior que o da subfunção AB; houve também queda no indicador AB/AHA em 2023
2021 comparado a 2022; e os valores transferidos para Estados e Municípios no componente
2022 “Atenção Básica” é menor que o do componente “Média e Alta Complexidade”. É preciso alocar
2023 proporcionalmente mais recursos para a subfunção AB em comparação aos recursos alocados
2024 para a subfunção AHA a partir de 2024; 6) Execução das despesas de 2023 sem incorporar as
2025 indicações de medidas corretivas de gestão deliberadas pelo CNS a partir da avaliação dos
2026 Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas, em desacordo com o marco legal-
2027 normativo do SUS. É preciso incorporar essas medidas corretivas no exercício de 2024; 7) Os
2028 valores empenhados, liquidados e pagos das transferências fundo a fundo para estados,
2029 Distrito Federal e municípios em 2023 continuaram ocorrendo em desacordo com a Lei
2030 Complementar nº 141/2012, como tem ocorrido desde 2012 – os critérios de transferência
2031 pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) não foram submetidos para a aprovação
2032 do Conselho Nacional de Saúde. É preciso submeter os critérios de rateio pactuados na CIT
2033 para aprovação do CNS em 2024; 8) Inexistência de monitoramento e avaliação dos impactos
2034 nas condições de saúde da população dos recursos transferidos para estados e municípios. É
2035 preciso que o Ministério da Saúde apresente em 2024 os resultados do monitoramento e
2036 avaliação das ações de saúde realizadas com os recursos de transferências fundo a fundo nos

2037 Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas; 9) Não comprovação da existência de
2038 recursos financeiros vinculados às contas do Fundo Nacional de Saúde e das demais unidades
2039 da administração indireta do MS, nem mesmo na Conta Única do Tesouro Nacional,
2040 correspondentes aos valores dos empenhos a pagar e dos saldos dos restos a pagar em
2041 31/12/2023, para que se comprove a efetiva aplicação mínima legalmente estabelecida para
2042 2023 nos termos da LC 141/2012. É preciso que o Ministério da Saúde apresente pelo menos
2043 uma declaração da Secretaria do Tesouro Nacional de que o valor do saldo a pagar dos restos
2044 a pagar (processados e não processados) do Ministério da Saúde estão depositados na Conta
2045 Única do Tesouro Nacional e disponíveis para pagamentos em 2024; e 10) Não atendimento à
2046 solicitação do CNS de apresentação da análise de viabilidade técnica e financeira para a
2047 execução dos restos a pagar, nem dos efeitos para o atendimento às necessidades de saúde
2048 da população decorrentes dessas despesas que tem sido reinscritas anualmente em restos a
2049 pagar. É preciso que o Ministério da Saúde apresente até 31/12/2024 a análise de viabilidade
2050 técnica e financeira para execução dos restos a pagar inscritos e reinscritos, de modo que
2051 justifique o não cancelamento deles até 31/12/2024; em caso contrário, é preciso que o
2052 Ministério da Saúde cancele em 31/12/2024, para compensação como aplicação adicional ao
2053 piso de 2025, cujo valor deve ser devidamente atualizado pela variação do IPCA calculado
2054 desde a data do empenho da despesa. O coordenador da COFIN explicou que o Relatório
2055 Final do RAG possui 300 páginas e, após a análise quantitativa, feita pela COFIN, será
2056 necessária análise qualitativa por parte das demais comissões do Conselho. A proposta é que
2057 as sugestões sejam enviadas ao Conselho até 14 de julho de 2024 e que a apreciação final do
2058 RAG ocorra na reunião ordinária do CNS do mês de agosto. Salientou ainda que será
2059 necessário debater se o Piso da Enfermagem deverá compor o piso mínimo (Portaria da SOF,
2060 no final de 2023, definiu que o Piso da Enfermagem, inclusive retroativamente ao mês de maio,
2061 deveria ser computado no mínimo constitucional). Ou seja, a decisão de incluir no mínimo
2062 constitucional não foi da SPO/MS). Conselheira **Shirley Marshall Dias Morales** explicou que a
2063 Emenda Constitucional nº. 127, que dispõe sobre o Piso da Enfermagem, determina que os
2064 recursos do Piso da Enfermagem não serão computados para recursos mínimos. O
2065 coordenador da Comissão também fez um destaque sobre a situação dos Restos a Pagar e
2066 citou a proposta, já apresentada, sugerida nas medidas corretivas: “O Ministério da Saúde
2067 proponha um projeto de lei complementar estabelecendo o prazo máximo de 5 anos (contados
2068 a partir do ano da inscrição) para a execução dos restos a pagar –passado o prazo sem
2069 execução, deverá ser realizado o cancelamento, bem como que o respectivo valor cancelado
2070 seja compensado como aplicação adicional ao piso no ano subsequente ao do cancelamento”.
2071 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, sobre o piso da Enfermagem, explicou que cabia ao
2072 Ministério da Saúde cumprir as determinações, mesmo sem concordar com a incorporação. **Os**
2073 **documentos relativos às respostas do Ministério da Saúde para as sugestões e as**
2074 **perguntas do CNS sobre o PNS 2024-2027 serão enviados às comissões do Conselho**
2075 **para análise e contribuições. As sugestões deverão ser enviadas ao Conselho até 14 de**
2076 **julho de 2024.** Definido esse ponto, a mesa agradeceu a apresentação e, às 12h40, encerrou
2077 a manhã do segundo dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e
2078 conselheiras: Titulares - **Alex Gomes da Motta**, Pastoral da Saúde Nacional; **Ana Lúcia da**
2079 **Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e
2080 Doenças Raras – SUPERANDO; **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de
2081 Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Carlos Fidelis da Ponte**, Centro
2082 Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Clóvis Alberto Pereira**, Organização Nacional de
2083 Cegos do Brasil (ONCB); **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos
2084 Farmacêuticos (FENAFAR); **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH);
2085 **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Fernanda Lou Sans**
2086 **Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Zasso Pigatto**,
2087 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisca Valda da Silva**,
2088 Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo**,
2089 Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Helena Ferreira Magalhães**, União Brasileira de
2090 Mulheres (UBM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa);
2091 **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras
2092 Feministas (REDE CANDACES BR); **José Ramix de Melo Pontes Junior**, Confederação
2093 Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Rafaela**
2094 **Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
2095 (ABEPSS); **Lucia Regina Florentino Souto**, Ministério da Saúde (MS); **Luiz Alberto**
2096 **Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical -

2097 SINDNAPI); **Luiz Carlos Ferreira Penha**, Coordenação das Organizações Indígenas da
2098 Amazônia Brasileira (COIAB); **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, Central Unica dos
2099 Trabalhadores (CUT); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos
2100 Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**,
2101 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Neilton Araújo de**
2102 **Oliveira**, Ministério da Saúde (MS); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da
2103 Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Bioed Brasil; **Rosa Maria Anacleto**, União de
2104 Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação
2105 Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede
2106 Unida (REDEUNIDA); e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
2107 (CNBB). *Suplentes* – **Aila Vanessa David de Oliveira Sousa**, Ministério da Saúde (MS); **Ana**
2108 **Clebea Nogueira Pinto de Medeiros**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de
2109 Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Andréa Graciano dos Santos Figueiredo**, Conselho
2110 Federal de Biologia (Cfbio); **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
2111 (CNBB); **Camila Sarmento**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação
2112 Popular em Saúde (ANEPS); **Conceição Aparecida Pereira Rezende**, Ministério da Saúde
2113 (MS); **Eder Pereira da Silva**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil -
2114 CTB/CGTB; **Eliane Maria Nogueira de Paiva**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional
2115 de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL); **Elidio Ferreira de Moura Filho**, Conselho
2116 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Erika Santos de Aragão**,
2117 Ministério da Saúde (MS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de
2118 Secretários de Saúde (CONASS); **Helena Neves Esteves**, ONCOGUIA; **João Donizeti**
2119 **Scaboli**, Força Sindical (FS); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de
2120 Medicina Veterinária – CFMV; **Marcos Vinícius Soares Pedrosa**, Ministério da Saúde; **Maria**
2121 **Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Paulo**
2122 **Henrique Scrivano Garrido**, Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e
2123 Inovação em Saúde Pública (ASFOC-SN); **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato
2124 Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-
2125 CUT); **Renata Soares de Souza**, Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP);
2126 **Renato de Jesus Padilha**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil
2127 (FENAPAR); **Ricardo Lotif Araujo**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
2128 (COFFITO); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Talita**
2129 **Garrido de Araújo**, Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Thereza de Lamare**
2130 **Franco Netto**, Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); e **Vitória Bernardes Ferreira**,
2131 Associação Amigos Múltiplos Pela Esclerose (AME). Retomando, às 14h10, a mesa foi
2132 composta para o item 8 da pauta. **ITEM 8 – CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - 4ª Conferência**
2133 **Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – Informes. 5ª Conferência**
2134 **Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – Informes - Composição da mesa:**
2135 conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Madalena**
2136 **Margarida da Silva Teixeira**, da Mesa Diretora do CNS. **4ª Conferência Nacional de Gestão**
2137 **do Trabalho e Educação em Saúde - Conselheira Francisca Valda da Silva**, da Mesa
2138 Diretora do CNS, apresentou os resultados das reuniões da comissão organizadora (remotas e
2139 presenciais). Lembrou que, na 354ª Reunião Ordinária do Conselho, foi aprovado o
2140 Regulamento da Conferência, que define as regras de funcionamento para a Etapa Nacional da
2141 Conferência. O documento ficou disponível para contribuições via consulta virtual entre os dias
2142 28 de março e 27 de abril de 2024. Também disse que a comissão organizadora abriu
2143 chamamento para seleção das atividades autogestionadas, espaço de compartilhamento de
2144 experiências nacionais e internacionais sobre democracia, trabalho e educação na saúde para
2145 o desenvolvimento: gente que faz o SUS acontecer. Essas atividades estão agendadas para o
2146 primeiro dia da Conferência (10/12). As pessoas interessadas em participar devem submeter a
2147 proposta, por meio do link formulário online, disponível no site do CNS, até o dia 30 de
2148 setembro de 2024. O resultado das atividades selecionadas será divulgado até o dia 14 de
2149 outubro de 2024. Também detalhou agenda das atividades programadas da 4ª CNGTES. Citou
2150 a Live “4ª CNGTES – O Brasil quer cuidar de quem cuida das pessoas”, realizada pelo CNS,
2151 em parceria com a SGTES, no dia 21 de maio, com transmissão pelo Youtube do CNS. A
2152 atividade teve por objetivo ampliar a discussão em torno da educação e do trabalho em saúde
2153 voltados para as necessidades do SUS e da população, debatendo o papel da participação
2154 social e da construção coletiva na promoção do cuidado. A live buscou pautar como os
2155 usuários do SUS podem contribuir com a Conferência, compartilhando suas experiências,
2156 demandas e sugestões para melhoria do sistema. Participaram do debate a Secretaria da

2157 SGTES, Isabela Cardoso, as conselheiras Fernanda Magano e Francisca Valda e o
2158 Coordenador do Movimento Nacional da População de Rua do Distrito Federal (MNPR),
2159 Kleidson Oliveira. Também informou que o Conselho lançou pesquisa para ouvir trabalhadoras
2160 e trabalhadores da Saúde, ou seja, trata-se de um instrumento que busca entender as
2161 condições de trabalho e identificar os temas prioritários para discussão na 4ª CNGTES. Esta
2162 consulta, em parceria com o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos
2163 Socioeconômicos - Dieese, faz parte das ações de mobilização para a conferência. O
2164 questionário é anônimo, ou seja, não é necessário fornecer informações de identificação
2165 pessoal. A pesquisa contém 36 questões rápidas e objetivas, com o foco de caracterizar o perfil
2166 dos profissionais de saúde, entender as condições de trabalho e identificar os principais temas
2167 de interesse. Para participar, é preciso acessar o link no site do CNS e preencher o formulário
2168 até o dia 5 de julho de 2024. No acompanhamento do cenário das Etapas da 4ª CNGTES,
2169 disse que todas as etapas poderão ser antecedidas de atividades preparatórias, que devem
2170 definir modos de monitoramento e acompanhamento das deliberações de diretrizes e
2171 propostas aprovadas, em cada esfera de gestão. Mostrou quadros com Conferências
2172 Municipais/Regionais previstas, calendário de Conferências Estaduais e Conferências Livres
2173 Nacionais. Sobre as Conferências Livres, recordou que devem atender aos critérios
2174 estabelecidos no artigo 8º do referido regimento, bem como aos requisitos estabelecidos no
2175 Documento de Orientações das Conferências Livres Nacionais, disponível no site do CNS.
2176 Além disso, devem: ser de âmbito nacional, ou seja, deve abranger pelo menos nove Unidades
2177 da Federação distribuídas em 03 (três) regiões geográficas do País; ser realizada em um dos
2178 seguintes formatos: presencialmente, virtualmente ou de forma híbrida (presencial e virtual,
2179 simultaneamente); ser organizada por: instituições, entidades e movimentos populares e
2180 sociais que tenham em sua agenda de debate e ação a defesa dos direitos sociais, da
2181 democracia e da participação popular de qualquer um dos segmentos que compõem os
2182 conselhos de saúde, quais sejam: de usuárias (os), de profissionais de saúde e de gestoras
2183 (es)/ prestadoras (es) de serviços de saúde; e ter como objetivo: debater o tema da 4ª
2184 CNGTES “Democracia, Trabalho e Educação na Saúde para o Desenvolvimento: Gente que
2185 faz o SUS acontecer”, ou um, ou mais de um dos eixos temáticos; e ser realizada no período
2186 de 1º de fevereiro de 2024 a 31 de agosto de 2024. Para conhecimento, apresentou o
2187 calendário de Reuniões presenciais da Comissão Organizadora da 4ª CNGTES: 17 de junho –
2188 reunião de alinhamento entre Coordenações das Comissões da 4ª CNGTES; e 18 de junho –
2189 5ª reunião da Comissão Organizadora da 4ª CNGTES; e 12 de julho – 6ª reunião da Comissão
2190 Organizadora da 4ª CNGTES. Acrescentou que, no site do CNS, na aba “documentos” é
2191 possível acessar documentos e apresentações referentes aos Eixos Temáticos da 4ª CNGTES.
2192 Seguindo, apresentou minuta de resolução, que acrescenta dispositivo ao art. 9º da Resolução
2193 CNS nº. 732/2024, que trata do período de realização das etapas da 4ª Conferência Nacional
2194 de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - 4ª CNGTES. O texto é o seguinte: “O
2195 Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Quinquagésima Quinta
2196 Reunião Ordinária, realizada nos dias 12 e 13 de junho de 2024, e no uso de suas
2197 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de
2198 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de
2199 janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da
2200 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e
2201 considerando que as Conferências Nacionais de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
2202 (CNGTES) têm papel de contribuir com a construção social de uma Política Pública de Estado
2203 para a valorização do Trabalho e da Educação na Saúde e com a implementação dessas
2204 políticas para o trabalho em saúde em todos os entes federados, em consonância com os
2205 princípios e diretrizes do SUS público, universal, descentralizado e integrado de saúde,
2206 compreendida esta como direito humano, visando a produção de serviços de qualidade e
2207 resolutivos para a população; considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que
2208 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, definindo os Conselhos de
2209 Saúde e as Conferências de Saúde como instâncias colegiadas do SUS, sendo o conselho de
2210 saúde órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, que detém em sua composição
2211 representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando
2212 na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, bem como nas
2213 estratégias e na promoção do processo de controle social; considerando que as conferências
2214 de saúde e as conferências temáticas consistem em espaços importantes para discussões e
2215 tomadas de decisão relacionadas à saúde, onde se orienta, discute e decide as diretrizes e
2216 propostas para a elaboração e execução dos planos de saúde em cada esfera de governo;

2217 considerando a necessidade de promover a participação ampla e democrática de
2218 representantes da sociedade civil, gestores, profissionais da saúde, usuários e demais atores
2219 envolvidos no sistema de saúde brasileiro, bem como a importância do diálogo, da troca de
2220 experiências e da construção coletiva de diretrizes e propostas para o aprimoramento do
2221 sistema de saúde, especialmente no que tange à gestão do trabalho e à formação profissional
2222 na área da saúde; considerando que embora a Resolução CNS nº 732, de 01 de fevereiro de
2223 2024, que dispõe sobre as regras e as diretrizes metodológicas da 4ª CNGTES, não trate
2224 explicitamente sobre a modalidade das etapas da 4ª CNGTES, é importante observar que a
2225 realização de conferências na modalidade presencial garante uma efetiva participação social,
2226 ampla e irrestrita, para realização das etapas municipais, regionais, estaduais e distrital,
2227 promovendo, desta forma, coletar contribuições dos mais diversos grupos sociais, de modo a
2228 refletir uma democracia ainda mais participativa; e considerando a realidade nacional acerca do
2229 acesso e qualidade da internet, bem como a educação digital, que podem impactar na efetiva
2230 participação social em conferências realizadas em formato virtual, tais como limitações de
2231 acesso à internet e dificuldades de uso da tecnologia. Resolve: Art. 1º Acrescentar dispositivo
2232 ao art. 9º da Resolução CNS nº 732, de 1º de fevereiro de 2024, que trata do período de
2233 realização das etapas da 4ª CNGTES, que passa a vigorar com a seguinte redação: “Art. 9º [...]
2234 §10 - Nas etapas da 4ª CNGTES previstas nos incisos I e II, orienta-se a realização de
2235 conferências na modalidade presencial, tendo em vista ser fundamental garantir a ampla e
2236 irrestrita participação social e a representatividade dos diversos segmentos da sociedade
2237 brasileira, assegurando o debate democrático, a troca de experiências e a construção coletiva
2238 de diretrizes e propostas no âmbito da gestão do trabalho e da educação na saúde, por meio
2239 do acesso equitativo às discussões aos mais diversos grupos, especialmente aqueles
2240 excluídos digitalmente; §11 - A modalidade virtual ou híbrida de conferências poderá ser
2241 realizada em âmbito nacional, conforme o inciso III (Conferências Nacionais Livres),
2242 assegurado o fornecimento técnico adequado para amparo às discussões, bem como ações de
2243 inclusão digital, visando minimizar as barreiras de acesso à internet e garantir a participação
2244 efetiva de todos os atores envolvidos nos processos deliberativos e participativos do SUS; §12
2245 - Nas etapas municipais/regionais, estaduais/distritais (incisos I e II), a modalidade virtual
2246 poderá ser realizada em casos excepcionais, justificados por eventos como calamidade pública
2247 ou outras emergências que impeçam a realização de eventos presenciais, desde que se
2248 assegure o fornecimento técnico adequado para amparo às discussões, bem como ações de
2249 inclusão digital, visando minimizar as barreiras de acesso à internet e garantir a participação
2250 efetiva de todos os atores envolvidos, especialmente àqueles mais afetados, a fim de garantir a
2251 continuidade dos processos deliberativos e participativos do SUS.” Não havendo
2252 manifestações, a mesa colocou a minuta em votação. **Deliberação: neste item, o Pleno
2253 aprovou resolução que acrescenta dispositivo ao art. 9º da Resolução CNS 732/2024, que
2254 trata do período de realização das etapas da 4ª Conferência Nacional de Gestão do
2255 Trabalho e da Educação na Saúde - 4ª CNGTES. No documento, o CNS resolve: Art. 1º
2256 Acrescentar dispositivo ao art. 9º da Resolução CNS nº 732, de 1º de fevereiro de 2024,
2257 que trata do período de realização das etapas da 4ª CNGTES, que passa a vigorar com a
2258 seguinte redação: “Art. 9º [...] §10 Nas etapas da 4ª CNGTES previstas nos incisos I e II,
2259 orienta-se a realização de conferências na modalidade presencial, tendo em vista ser
2260 fundamental garantir a ampla e irrestrita participação social e a representatividade dos
2261 diversos segmentos da sociedade brasileira, assegurando o debate democrático, a troca
2262 de experiências e a construção coletiva de diretrizes e propostas no âmbito da gestão do
2263 trabalho e da educação na saúde, por meio do acesso equitativo às discussões aos mais
2264 diversos grupos, especialmente aqueles excluídos digitalmente; §11 A modalidade
2265 virtual ou híbrida de conferências poderá ser realizada em âmbito nacional, conforme o
2266 inciso III (Conferências Nacionais Livres), assegurado o fornecimento técnico adequado
2267 para amparo às discussões, bem como ações de inclusão digital, visando minimizar as
2268 barreiras de acesso à internet e garantir a participação efetiva de todos os atores
2269 envolvidos nos processos deliberativos e participativos do SUS; §12 Nas etapas
2270 municipais/regionais, estaduais/distritais (incisos I e II), a modalidade virtual poderá ser
2271 realizada em casos excepcionais, justificados por eventos como calamidade pública ou
2272 outras emergências que impeçam a realização de eventos presenciais, desde que se
2273 assegure o fornecimento técnico adequado para amparo às discussões, bem como
2274 ações de inclusão digital, visando minimizar as barreiras de acesso à internet e garantir
2275 a participação efetiva de todos os atores envolvidos, especialmente àqueles mais
2276 afetados, a fim de garantir a continuidade dos processos deliberativos e participativos**

2277 do SUS.". Conselheiro **Mauri Bezerra** perguntou se a comissão organizadora tomou
2278 ciência de proposta de realização de conferências estaduais fora do calendário previamente
2279 definido pelo CNS. Conselheira **Francisca Valda da Silva** informou que os Estados do Ceará e
2280 de Alagoas sinalizaram a realização da Conferência fora do calendário definido e a comissão
2281 organizadora está trabalhando caso a caso para tentar resolver. **5ª Conferência Nacional de**
2282 **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 5ª CNSTT Informes -** Conselheira **Madalena**
2283 **Margarida da Silva Teixeira**, da Mesa Diretora do CNS, fez um breve informe sobre o
2284 processo preparatório da 5ª CNSTT. Lembrou a Resolução nº 736, de 1º de fevereiro de 2024,
2285 já homologada, prorrogou o cronograma de realização das etapas regional e/ou macrorregional
2286 e conferências livre da 5ª Conferência: I - Etapa Regional e/ou Macrorregional: 30 de março a
2287 30 de dezembro de 2024; II - Conferências Livres: a partir de 30 março até 30 de abril de
2288 2025. Conforme prevê a Resolução CNS nº 723, de 9 de novembro de 2023, o cronograma de
2289 realização das etapas Estadual e Distrital e Nacional permanece inalterado, ou seja: I - Etapa
2290 Estadual e Distrital: até 30 de maio de 2025; e II - Etapa Nacional: 22 a 25 de julho de
2291 2025. (Sugestão da Comissão Organizadora) ao invés de 8 a 11 de julho de 2025. Além disso,
2292 informou a realização do CISTTÃO nos dias 16 a 18 de julho de 2024, etapa preparatória da
2293 Conferência. Por fim, comunicou que a próxima reunião da Comissão Organizadora será nos
2294 dias 12 e 13 de agosto de 2024. Entre os itens da pauta, destacou a aprovação da logomarca e
2295 a construção do Regulamento da etapa nacional da 5ª CNSTT. **Não houve deliberação. Para**
2296 **conhecimento. ITEM 9 – ATUAÇÃO DO SUS DIANTE DA CALAMIDADE NO RIO GRANDE**
2297 **DO SUL - Apresentação: Inara Beatriz Amaral Ruas**, Presidente do Conselho Estadual de
2298 Saúde do Rio Grande do Sul - CES/RS (*participação virtual*); e **Márcio Garcia**, Diretor do
2299 Departamento de Emergências em Saúde Pública - DEMS/SVSA/MS (*participação virtual*).
2300 *Coordenação:* conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Ana**
2301 **Lúcia Marçal Paduello**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, conselheiro
2302 **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, saudou a Presidente do CES/RS e o Diretor do
2303 DEMS/SVSA/MS e agradeceu o esforço de ambos diante da situação de calamidade no Rio
2304 Grande do Sul. Após a leitura dos currículos, foi aberta a palavra para explanação. O diretor do
2305 DEMS/SVSA/MS, **Márcio Garcia**, primeiro expositor, iniciou manifestando sua solidariedade ao
2306 povo gaúcho diante da Emergência de Saúde Pública e agradecendo trabalhadores e
2307 voluntários pela ajuda no local. Para ilustrar a gravidade da situação, apresentou fotos do
2308 alagamento da cidade de Porto Alegre, às margens do rio Guaíba e da destruição após o recuo
2309 das águas, em decorrência das chuvas intensas e inundações. Para melhor entendimento,
2310 apresentou dados da situação, nas datas de 1º/5; 12/05; e 11/06, respectivamente: a)
2311 municípios afetados: 114; 447; e 478; Abrigados: 1.072; 81.200; e 12.660; c) Desalojados:
2312 3.416; 538.743; e 422.753; d) Óbitos: 10; 145; e 175; e e) Desaparecidos: 21; 132; e 38. Disse
2313 que a situação demandou uma resposta coordenada e, neste aspecto, manifestou satisfação
2314 com a participação de representante do CNS e do CES/RS no Centro de Operação de
2315 Emergência – COE. Disse que o Centro utiliza o Sistema de Comando de Operações – SCO,
2316 que garante resposta coordenada, baseado em princípios fundamentais de gestão de
2317 emergência. Destacou a capacidade do Sistema de facilitar uma resposta mais organizada
2318 durante uma ESP, sendo utilizado como método para funcionamento e gerenciamento do COE,
2319 com estrutura flexível e adaptável. Também detalhou a organização do Centro de Operações
2320 de Emergência de Chuvas Fortes e Inundações, que possui quatro grandes eixos:
2321 comunicação, planejamento, operações e logística e conta com um porta-voz e um comando
2322 (no caso do RS, foram designados o Secretário da SAPS/MS, Felipe Proenço, para as
2323 operações locais; e ele como diretor de Departamento, além de outras duas pessoas).
2324 Detalhou as atribuições do COE: organizar a coordenação da resposta no âmbito do SUS;
2325 subsidiar a tomada de decisão dos gestores; proporcionar um espaço de tomada de decisões
2326 operacionais oportunas para o manejo da ESP; e promover a articulação dos atores-chave
2327 envolvidos na resposta, sejam eles áreas técnicas ou outros setores. Disse que todo Centro de
2328 Operações possui matriz de responsabilidade e plano de ação, contemplando planejamento,
2329 monitoramento e avaliação. Na linha da intersetorialidade, detalhou que COE é composto por:
2330 Ministério do Meio Ambiente; Ministério do Desenvolvimento Social; IBAMA; INMET; OMS,
2331 OPAS, Fiocruz; IEC; Rede Laboratorial; Vigilância em Saúde; Atenção Primária; Atenção
2332 Especializada; Rede de Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar; Saúde Indígena;
2333 Vigilância Sanitária; Casa Civil da Presidência da República, Defesa Civil; Desenvolvimento
2334 Regional; Segurança Pública; COSEMS/RS; Conselho Estadual de Saúde (COE Local); e
2335 Conselho Nacional de Saúde (COE Nacional). Mostrou linha do tempo com ações locais: 26/04
2336 - início do monitoramento dos alertas do CENAD pelo Vigidesastres(DEMSP); 27/04 - início das

2337 chuvas intensas no RS; 28/04 - estabelecimento de contato com a referência técnica estadual
2338 do Vigidesastres/RS; 30/04 – deslocamento de equipe Vigidesastres(DEMSP) e FN-SUS para
2339 diagnóstico situacional; 02/05 – realização de Avaliação de Risco pelo DEMSP; 03/05 - 1º envio
2340 de 10 kits de emergência e insumos; 04/05 - instituição do Centro de Operações de
2341 Emergências; 05/05 - instalação do 1º HCAMP da FN-SUS em Canoas e 2º envio de 10 kits de
2342 emergência e insumos; 06/05 - início das operações de aeromédico pela FN-SUS; 07/05 -
2343 chegada de voluntários da FN-SUS; 09/05 - instituição da Coordenação Operacional Local;
2344 10/05 - 3º envio de 30 kits emergenciais de medicamentos e insumos estratégicos; 11/05 -
2345 início do diagnóstico vivo e 4º envio de 50 kits emergenciais de medicamentos e insumos
2346 estratégicos; 15/05 - instalação do 2º HCAMP da FN-SUS em Porto Alegre e publicação do
2347 plano de resposta dos 30 dias de Saúde Mental; 17/05 - estruturação do Plano de Trabalho de
2348 Saúde Mental com os gestores estaduais; 18/05 - instalação do 3º HCAMP da FN-SUS em São
2349 Leopoldo; 19/05 - instalação do 4º HCAMP da FN-SUS em Novo Hamburgo e 5º envio de 30
2350 kits emergenciais de medicamentos e insumos estratégicos; 23/05 - envio de 10.000
2351 cadernetas de saúde da criança ao RS e publicação da cartilha Perdas e Lutos para Crianças e
2352 Adolescentes; 1º/06 - publicação da Cartilha de Saúde Mental para Adolescentes; e 3/06 -
2353 início da abertura de 120 leitos no GHC. Apresentou imagem ilustrando que quase todo o
2354 Estado foi afetado, e também os estabelecimentos de saúde afetados. Sobre os atendimentos
2355 da FN-SUS, explicou que foram 13.850 nos hospitais de campanha, equipes volante, operação
2356 aeromédica, atendimento indígena. Detalhou o perfil dos atendimentos realizados pela FN-SUS
2357 no local, de 6/5 a 11/06 de 2024, destacando os principais: afecções respiratórias,
2358 atendimentos de rotina, diarreias, dengue, traumas, leptospirose, problemas de pele e saúde
2359 mental (2,66%). Detalhou as ações locais no Rio Grande do Sul: Força de Trabalho em campo
2360 – Ministério da Saúde – 246; e voluntários pela FN-SUS – 339 profissionais (troca de
2361 profissionais a cada 15 dias para preservar a saúde mental dos trabalhadores). Detalhou
2362 também os recursos financeiros emergenciais, R\$ 1,8 bilhão considerando o total já alocado no
2363 orçamento do Ministério da Saúde. Sobre os kits emergenciais de medicamentos e insumos
2364 estratégicos, salientou que foram 32 toneladas de medicamentos e insumos. No que diz
2365 respeito à saúde mental e atenção psicossocial, disse que foram produzidas seis cartilhas e
2366 seis vídeos sobre saúde mental e atenção psicossocial em desastres, com 14 mil pessoas
2367 capacitadas. Por fim, falou sobre a operação aeromédico, destacando a primeira equipe
2368 especializada exclusiva aeromédica da FN-SUS e os seguintes dados: 35 dias de operação; 43
2369 profissionais de 12 Estados da federação; e 132 atendimentos. Na sequência, expôs a
2370 Presidente do CES/RS, **Inara Beatriz Amaral Ruas**, que iniciou lendo um texto, de sua autoria,
2371 que explica a situação do Rio Grande do Sul “O Estado do Rio Grande do Sul está em
2372 calamidade. Em 1º de maio, o governador decretou a calamidade. As nossas estradas viraram
2373 farinha. Nossas pontes e viadutos tiveram suas estruturas comprometidas. E muitos caíram
2374 como um castelo de cartas. O aeroporto Internacional Salgado Filho está interditado. A
2375 princípio, só retorna em meados de dezembro, mas já ouvi boatos que mais adiante, talvez só
2376 o ano que vem. A Rodoviária de Porto Alegre estava funcionando. Abriu agora, dia 6 de junho,
2377 de forma precária. Ainda sem ônibus interestaduais, só intermunicipais. O Rio Grande Sul, 497
2378 municípios, 11 milhões de habitantes. Atualmente, 478 municípios afetados, isso é quase 100%
2379 do território.” Também mostrou imagens de emergências climáticas, incêndios na Amazônia e
2380 as inundações em diversos pontos do Estado. Explicou que ocorrido no Estado foi uma
2381 situação anunciada e o governo local sabia que aconteceria, mas decidiu priorizar outras
2382 pautas. Afirmou que governador de Porto Alegre tinha conhecimento da precariedade do muro
2383 da Mauá, barreira física que protegeria Porto Alegre, da falta de manutenção das bombas de
2384 drenagem de águas (das 27, apenas três funcionando, e situação de perigo dos diques,
2385 inclusive dentro de Porto Alegre. Inclusive, disse que veículos de comunicação afirmaram que
2386 os gestores do Estado foram alertados e não tomaram providências. Disse que a população
2387 gaúcha está em choque e assusta com a situação, pois muitos perderam suas memórias, seus
2388 bens, suas casas, e outros perderam a vida. Explicou que, atualmente, 78 municípios estão em
2389 estado de calamidade e cerca de 400 em estado de emergência e vive-se no Estado uma
2390 insegurança alimentar, habitacional e nos campos da saúde, educação e segurança pública.
2391 Disse que o governador do Estado resolveu fazer um Pix para ajudar as vítimas das enchentes,
2392 mas delegou a administração deste fundo a entidades privadas (Associação de Bancos do RS,
2393 Federação da Indústria e Comércio, Federação da Agricultura, Fecomércio, Sebrae). Também
2394 mostrou imagens da situação do Município de Eldorado do Sul/RS, em maio de
2395 2024, destacando que a água tomou conta de quase 100%, da sede do município. Em relação
2396 aos estabelecimento de saúde, disse que cerca de 760 foram destruídos no Estado (UBSs,

2397 hospitais). Relatou que, neste momento, observa-se aumento no número de óbitos por
2398 leptospirose e dengue no Estado. Diante da situação, disse que as vigilâncias federal, estadual
2399 e municipal, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, COSEMS, coordenações de
2400 atenção primárias das três esferas, ABRASCO, e especialistas de infectologistas, nefrologistas,
2401 intencionistas e medicina comunitária se dedicaram durante 10 dias para construir uma nota
2402 técnica sobre diagnóstico e tratamento para leptospirose, dengue, hepatite A e E, diarreias.
2403 Todavia, a nota ainda não foi publicada, dificultando a realização de diagnósticos diferenciais, o
2404 início do tratamento e evitando mortes. Citou a importância de leitos disponibilizados e
2405 salientou que o GHC tem sido um parceiro do governo federal e do Estado, absorvendo grande
2406 parte das demandas. Relatou que o Estado do Rio Grande do Sul publica “Boletim diário de
2407 enchentes” e citou que, em 11 de junho, 476 municípios haviam sido afetados. Atualmente, são
2408 478 afetados. Sobre o número de óbitos, eram 172 e hoje 175. Em relação aos abrigamentos,
2409 disse que há uma série de abrigos na região metropolitana, em Porto Alegre, todavia,
2410 observou-se que Estado e Município não estavam controlando esses locais (profissionais
2411 voluntários estavam nesses abrigos; não havia referência nem contra referência; e nem fluxo
2412 de trabalho). Além disso, muitos desses abrigos foram tomados por facções criminosas,
2413 causando disputas internas. Relatou que a situação melhorou quando a polícia militar começou
2414 a participar do salvamento das pessoas, utilizando barcos. Além disso, houve alerta sobre
2415 tentativas de suicídio em abrigos (profissionais de saúde e abrigados). Neste ponto, registrou o
2416 reconhecimento ao importante trabalho de voluntários nesses abrigos e em outros pontos do
2417 Estado. Também destacou que a sede do Conselho ficou fechada por dez dias por falta de
2418 condições de trabalho. Ainda sobre estruturas de apoio, destacou onze hospitais de campanha
2419 em funcionamento; Unidades Móveis de Saúde SESI; e COE Estadual (CES/RS tem
2420 enfrentado dificuldade para participar das reuniões). Além disso, citou que mais de 10 mil
2421 atendimentos foram realizados pela Força Nacional do SUS no Rio Grande do Sul. Inclusive,
2422 agradeceu o apoio do Conselho, na pessoa do Presidente Fernando Pigatto, neste momento
2423 crítico. Seguindo, detalhou as ações do conselho estadual de saúde do Rio Grande Sul: apoio
2424 na divulgação das ações das entidades, órgãos e movimentos sociais que compõem o
2425 CES/RS; apoio às Cozinhas Solidárias da Juventude (três em Porto Alegre, uma em Viamão,
2426 duas em Santa Maria, duas em Pelotas, uma em Rio Pardo e uma em Sobradinho); elaboração
2427 da Recomendação nº 02/2024; apoio aos conselhos municipais de saúde; criação do Grupo de
2428 Trabalho de Emergência Climática; participação no COE estadual e outras agendas;
2429 participação na reunião de criação do Movimento Atingidos pelas Enchentes no RS; e definição
2430 da “situação de calamidade do RS” como pauta permanente das plenárias do CES/RS.
2431 Inclusive, disse que naquele dia estava ocorrendo reunião plenária do CES/RS, realizadas
2432 semanalmente para debater ações de enfrentamento. Também destacou que neste momento
2433 de calamidade social a saúde assumiu a assistência social no Estado, por conta de lacuna
2434 neste ponto. Por fim, frisou que é preciso ter atenção às sequelas decorrentes da situação,
2435 com priorização das ações de saúde mental, pois muitas pessoas precisarão mudar de local
2436 (área geográfica), porque perderam tudo e a tendência é que essas emergências continuem a
2437 assolar o Estado. **Manifestações.** Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** saudou todas as
2438 pessoas e manifestou sua solidariedade à população do Rio Grande do Sul pelo ocorrido.
2439 Reconheceu a importância de debater essa situação, inclusive porque pode acontecer em
2440 outros Estados, por conta da questão climática. Destacou o apoio do setor privado ao Estado e
2441 citou alguns números sobre as doações da indústria farmacêutica privada do país nos
2442 primeiros 15 dias: mais de 3,5 milhões de unidades de medicamentos; mais de R\$ 4,5 milhões
2443 em dinheiro; mais de 142 mil quilos de alimento; 250 mil litros de água; mais de 5000
2444 cobertores. Na área de medicamentos, disse que trabalhou muito perto com a equipe do
2445 Ministério da Saúde, e relatou que houve problema com a lista de produtos para envio ao
2446 Estado. Inclusive, foi necessário retirar do Estado alguns produtos que haviam sido doados e
2447 que não eram necessários. Salientou que houve uma série de problemas nas ações e, assim
2448 como aconteceu na pandemia da COVID-19, frisou que é preciso aprender e garantir que as
2449 coisas funcionem de forma melhor em situações semelhantes. Conselheiro **Maurício**
2450 **Cavalcante Filizola** também destacou a de ajuda ao Estado do Rio Grande do Sul, por parte
2451 da Confederação Nacional do Comércio, envolvendo federações, o SESC nacional e os
2452 estaduais. Explicou que na primeira semana após o ocorrido, as farmácias do Ceará fizeram a
2453 doação de mais de 8 mil apresentações de medicamentos, com logística de envio e
2454 recebimento, em colaboração com hospitais em Canoas e Eldorado do Sul. Salientou que
2455 foram envidados esforços para garantir a doação de produtos que eram necessários visando o
2456 máximo aproveitamento. Nas suas palavras, esse tipo de ação estimula outras categorias a

2457 ajudar o povo do Rio Grande do Sul, fortalecendo a ideia de uma só nação. Conselheira **Lúcia**
2458 **Regina Florentino Souto** registrou que o ocorrido no Rio Grande do Sul foi um crime
2459 ambiental e situações semelhantes acontecerão Brasil afora. Portanto, defendeu que o
2460 Conselho lidere processo de construção de um plano nacional de adaptação participativo e de
2461 um plano nacional de mitigação participativo. Conselheira **Sueli Terezinha Goi** frisou que a
2462 situação do Rio Grande do Sul foi um crime, lembrando inclusive a alteração de 480 artigos do
2463 Código Ambiental, e não se restringe ao Rio Grande do Sul. Salientou que é preciso reconstruir
2464 o Estado, mas repensando as cidades, porque do jeito que está não pode continuar. Por fim,
2465 agradeceu o governo federal e sua equipe pela ajuda, pelo compromisso e pela defesa
2466 prioritária da vida da população. Conselheira **Vitória Davi Marzola**, por conta do tempo cedido
2467 por outros conselheiros e conselheiras, fez uma fala aprofundada sobre a situação no Estado e
2468 aspectos que envolvem a situação. Iniciou agradecendo a solidariedade e a ajuda de todo o
2469 país ao povo gaúcho. Para entender a complexidade da situação do país, explicou que 1/3 dos
2470 municípios brasileiros possuem moradores em áreas de risco e mais de 9 milhões de pessoas
2471 vivem em áreas nessa situação. Ou seja, não se trata de uma situação específica do Rio
2472 Grande do Sul. Em março de 2024, quinze pessoas morreram em Mimoso do Sul, no Espírito
2473 Santo, em decorrência de enchente, cinco delas pessoas com deficiência que viviam em
2474 residência inclusiva. Disse que não há registro sobre o nome dessas pessoas cinco pessoas,
2475 reflexo do processo de “apagamento” das pessoas com deficiência no país. Lembrou que
2476 assim também ocorreu na pandemia da COVID-19 e provavelmente continuará a acontecer até
2477 que haja compromisso de todos para romper com essa invisibilidade estrutural. Com forma de
2478 romper com essa lógica, fez referência a Deolandina Ana Barthes, idosa com deficiência que
2479 morreu afogada em Candelária. Salientou que mapeamento prévio no Estado do Rio Grande
2480 do Sul para identificar onde estavam as pessoas com deficiência não foi efetivo e não resposta
2481 a cobrança de nomes de pessoas com deficiência e não houve resposta. Destacou as
2482 dificuldades enfrentadas para resgate da população com deficiência e lembrou que as
2483 necessidades se mantêm mesmo diante das dificuldades (pessoas precisam de respiradores e
2484 estão em regiões sem energia, por exemplo). Avaliou que faltou ação coordenada e esse
2485 problema se mantém e citou a dificuldade de mapear as pessoas com deficiência abrigadas.
2486 Em relação ao Programa Nacional de Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos
2487 Desastres, disse que prevê ações de monitoramento, alerta e comunicação e identificação de
2488 populações vulneráveis. Todavia, na sua cidade, Eldorado do Sul, não houve a identificação
2489 das populações em situação de vulnerabilidade. Citou ainda que o Programa prevê a formação
2490 em emergência de saúde pública e frisou que é preciso incluir a pessoa com deficiência.
2491 Aproveitou para lembrar que a pessoa com deficiência foi invisibilizada no Plano Nacional da
2492 Saúde e que a maior parte da população com deficiência é negra, periférica, pobre e não há
2493 esse mapeamento. Explicou que um dos objetivos do Protocolo Nacional Conjunto para
2494 Proteção Integral a Crianças e Adolescentes, Pessoas Idosas, Pessoas com Deficiência em
2495 Situação de Riscos, de 2012, é ativar comitês em situações como a que ocorreu no Grande do
2496 Sul, mas isso não ocorreu (se tivesse acontecido, vidas poderiam ter sido salvas). Também
2497 destacou a importância da participação das pessoas com deficiência no processo de decisão,
2498 para tratar das especificidades desse segmento, considerando a base legal (Convenção sobre
2499 Direitos das Pessoas com Deficiência, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência,
2500 Constituição Federal). Reconheceu as ações do governo federal, mas sentiu falta de olhar
2501 específico para as pessoas com deficiência. Neste momento, disse que é preciso tratar sobre:
2502 distribuição de produtos e equipamentos IPIS para limpeza das casas; remoção de entulho;
2503 articulação da saúde com a defesa civil para reconhecer o mapeamento da prioridade das
2504 pessoas com deficiência nos resgates; manutenção da assistência farmacêutica (insulina e
2505 outros insumos); distribuição de equipamentos para pessoas com deficiência de acordo com as
2506 especificidades; e garantia de ações e serviços de saúde para as mais 2 mil pessoas com
2507 deficiência abrigadas. Também informou que a CIASPD realizará roda de conversa
2508 “Emergência e desastres ambientais, onde ficam as pessoas com deficiência?”, no dia 9 de
2509 julho, para aprofundar o debate. Por fim, disse que é preciso defender acesso à saúde de
2510 qualidade e à moradia digna para toda a população que está ainda desabrigada. Conselheiro
2511 **Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo**, com muita emoção, saudou os trabalhadores e as
2512 trabalhadoras do SUS do Estado do Rio Grande do Sul, especialmente os que atuam na área
2513 de saúde mental, por conta da gravidade da situação local (preocupação com o volume de
2514 demandas nesta área e o índice de tentativa de suicídio). Informou que recebera documento do
2515 Fórum Gaúcho de Saúde Mental relatando as condições da política de saúde mental do Estado
2516 do Rio Grande do Sul. Assim, afirmou ser evidente que essa tragédia era evitável e que os

2517 impactos sobre a saúde mental da população são incalculáveis a curto, médio e longo prazo.
2518 Somou-se à fala da conselheira Vitória Bernardes e reiterou a importância de construir um
2519 plano de ação para ampliar os serviços de saúde mental no âmbito do Estado Rio Grande do
2520 Sul (CAPS, CAPSad - álcool e drogas e CAPSi - infanto-juvenil). Por fim, fez os seguintes
2521 questionamentos: foi garantido cuidado contínuo às pessoas vivendo com HIV durante essa
2522 tragédia?; como ficou o cuidado às pessoas em situação de rua?; e foram implantados serviços
2523 de urgência em saúde mental? Conselheiro **Eder Pereira da Silva** começou agradecendo o
2524 CNS por pautar a situação do Rio Grande do Sul e saudando os dois convidados para este
2525 ponto. Na condição de morador do Estado, relatou que houve falhas no início do atendimento
2526 às pessoas, porque o Estado não estava preparado. Afirmou que esta é uma tragédia
2527 anunciada, decorrente da falta de gestão do Estado e de desapareço da legislação ambiental.
2528 Além disso, frisou que o descaso, por parte da prefeitura de Porto Alegre, em relação às
2529 defesas do município ampliou a tragédia. Disse que há previsão de novas chuvas, o que pode
2530 alagar novamente a Cidade, pois o entulho está prejudicando o sistema de escoamento de
2531 água. Além dessas questões, sugeriu a definição de plataforma de transparência para
2532 acompanhar a aplicação dos recursos recebidos pelo Estado do Rio Grande do Sul. Por fim,
2533 destacou a importância de conhecer a situação dos asilos atingidos e perguntou se há projeto
2534 para reconstrução dos que foram destruídos. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**
2535 saudou as pessoas convidadas e reconheceu a ação de apoio do Ministério da saúde e do
2536 governo federal ao povo gaúcho. Além disso, agradeceu o povo brasileiro e a outras nações
2537 pela ajuda às pessoas afetadas por esta tragédia. Disse que todo o Estado teve prejuízos com
2538 o ocorrido e a recuperação levará muito tempo. Fez um agradecimento especial à Ministra de
2539 Estado da Saúde e à conselheira Débora Melecci que abdicaram de participar da Assembleia
2540 para ONU para cuidar da situação do Rio Grande do Sul. Também destacou o apoio do Grupo
2541 Hospital Conceição neste processo e solicitou olhar mais atento para esta importante
2542 instituição. Na condição de moradora do RS, agradeceu colegas, voluntários, profissionais de
2543 saúde, enfim, todos os que estão apoiando o povo gaúcho. Conselheira **Elaine Junger Pelaez**
2544 expressou sua solidariedade à população gaúcha pelo ocorrido, destacando que o ocorrido se
2545 reflete em outros espaços do Brasil. Todavia, avaliou que é preciso combater o discurso de
2546 naturalização e culpabilização da natureza/clima por esta tragédia. No caso do Rio Grande do
2547 Sul, as fortes chuvas “encontraram-se” com a ganância e sede de lucro, por parte dos
2548 empresários, expressa na alteração “dolosa” da legislação ambiental. Salientou que situações
2549 desse tipo têm acontecido em outros lugares, há muito tempo, com sérias consequências.
2550 Como encaminhamento, sugeriu a elaboração de plano nacional permanente para situações de
2551 desastres ambientais sanitários, contemplando força de trabalho (local e que possa ser
2552 remanejada), e a definição de ações pós-tragédia. Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales**
2553 começou saudando também a Presidenta do CES/RS e o Diretor do DEMS pelo trabalho e
2554 reconhecendo a ajuda e a solidariedade do povo brasileiro, principalmente do Nordeste ao
2555 povo gaúcho. Em primeiro lugar, disse que é preciso cobrar justiça sobre o ocorrido no Rio
2556 Grande do Sul, porque os governos locais sabiam que poderia acontecer e nada fizeram para
2557 evitar. Além disso, o governo estadual permitiu a alteração de 480 itens da Legislação
2558 Ambiental, colocando em risco a população do Estado. Nas suas palavras, é preciso ter justiça,
2559 inclusive para evitar que situações como essa voltem a acontecer em outros Estados. Além
2560 disso, salientou que é essencial impulsionar a definição de políticas de Estado sobre a questão
2561 climática. Destacou cada uma das vidas perdidas na tragédia são importantes, lembrando que
2562 muitas dessas pessoas não tiveram a mínima condição de fugir, entre elas, pessoas com
2563 deficiência. Afirmou que a realidade do Rio Grande do Sul não pode ser a do País e, portanto,
2564 apoiou a proposta de elaboração de um plano de contingência, com medidas em longo prazo e
2565 que haja justiça em relação aos governantes responsáveis pela situação e suas
2566 consequências. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, associando-se às falas anteriores,
2567 cumprimentou o povo gaúcho pela resistência neste momento tão difícil e saudou o CES e o
2568 DEMS/MS pelas ações. Explicou que, diante do ocorrido no RS, a comissão organizadora da 4ª
2569 CNGTES inclui anexo ao documento orientador da Conferência para suscitar debates que
2570 contribuam para mudar a realidade. Salientou que o controle social da saúde está ao lado do
2571 povo gaúcho para definir diretrizes e propostas que contribuam com a definição de política
2572 nacional de Estado para enfrentar esse tipo de situação. Conselheiro **José Ramix de Melo**
2573 **Pontes Junior**, além de manifestar solidariedade ao povo gaúcho, ressaltou que é preciso
2574 adotar medidas de planejamento para enfrentar situações relativas a mudanças climáticas, não
2575 apenas para o Rio Grande do Sul, mas para todo o Brasil. Disse que no meio rural, por
2576 exemplo, foram mais de 20.6000 propriedades atingidas, afetando pessoas que produzem

2577 alimentos para auto sustentabilidade política e financeira. Afirmou que mais 19 mil famílias
2578 foram atingidas, com destruição de galpões, de plantações, o que aponta a necessidade de
2579 ações voltadas a esses sujeitos. Destacou que é essencial reconstruir o Estado, assegurando,
2580 inclusive medidas de cuidado na área de saúde mental, de forma contínua, e também
2581 denunciar a situação de crime ambiental e cobrar as devidas medidas. Por fim, solicitou aos
2582 governantes do Estado do Rio Grande do Sul que as falas bonitas na mídia também sejam
2583 implementadas na prática, pois, como ensina Paulo Freire, “é fundamental diminuir a distância
2584 entre o que se diz e o que se faz”. Conselheiro **Clóvis Alberto Pereira**, em primeiro lugar,
2585 registrou sua solidariedade ao povo gaúcho e reafirmou que essa situação não é fruto do
2586 acaso, mas sim da exploração, do capitalismo e da má-política. Inclusive, disse que o ocorrido
2587 serve de alerta para a escolha de governantes na eleição de outubro, porque isso faz toda a
2588 diferença. Também destacou que a solidariedade e a ajuda de todos os locais do país mostram
2589 que todos são um só povo. Por outro lado, destacou que as pessoas com deficiência lutam
2590 pela garantia de direitos garantidos, mas nem mesmo em situações de catástrofes são
2591 lembradas e/ou priorizadas, conforme preconiza a Convenção sobre os Direitos das Pessoas
2592 com Deficiência. Disse que as organizações de pessoas cegas e com baixa visão e as
2593 entidades de pessoas com deficiência têm doado insumos (bengalas), medicamentos e têm
2594 acolhido pessoas com deficiência. Por fim, informou sobre parceria da UCB com entidade
2595 espanhola, que além de doação de bengalas e outros insumos e de recursos financeiros,
2596 possibilitou repasse de valor para organização de cegos que foi totalmente destruída. Com
2597 uma parte do valor repassado, será possível alugar um espaço para voltar a atender pessoas
2598 cegas, com baixa visão. A outra metade desse recurso será repassada para compra de cesta
2599 básica, materiais de limpeza e de higiene pessoal. Conselheira **Melissa do Amaral Ribeiro de**
2600 **Medeiros** também registrou sua solidariedade ao Rio Grande do Sul e, no caso da oncologia,
2601 disse que houve força tarefa, que agiu com rapidez para reunir os pacientes com câncer do
2602 Estado, evitando prejuízos ao tratamento. Disse que uma série de entidades da área oncologia,
2603 entre elas o Instituto Todos Juntos contra o Câncer, instituto Camaleão, montaram abrigo,
2604 inclusive para evitar contaminação de pacientes. Por fim, destacou que o movimento
2605 oncológico foi protagonista nesse processo de busca do bem comum. Conselheira **Helenice**
2606 **Yeme Nakamura** também deixou seu carinho e sua solidariedade ao povo gaúcho por conta
2607 do crime que ocorreu no Estado e fez os seguintes questionamentos: há plano de trabalho com
2608 indígenas e quilombolas?; e como estão sendo tratadas as demandas das pessoas
2609 dependentes de sangue e hemoderivados?. Além disso, solicitou maiores esclarecimentos
2610 sobre o levantamento das demandas de saúde mental, tanto da população quanto dos
2611 profissionais de saúde, considerando o percentual baixo de pessoas atendidas por questão de
2612 saúde mental (22,6%), diante da magnitude da tragédia. Por fim, sugeriu que o CNS
2613 denunciasse o crime praticado no Rio Grande do Sul em outros espaços, além do Conselho.
2614 **Retorno da mesa.** O diretor do Departamento de Emergências em Saúde Pública -
2615 DEMS/SVSA/MS (*participação virtual*), **Márcio Garcia**, foi o primeiro a comentar as
2616 intervenções, desculpando-se por não comentar cada uma das falas, por conta do tempo. De
2617 todo modo, disse que fizera a escuta atenta das manifestações e que concordava com
2618 praticamente tudo o que foi dito. Inclusive, informou que duas pessoas da equipe do
2619 Departamento acompanhavam o debate presencialmente e tomaram nota das sugestões do
2620 Conselho. Dito isso, fez os seguintes comentários: o Departamento de Emergências em Saúde
2621 Pública é recente e as ações estão em construção; está em fase final o ciclo de 27 oficinas de
2622 preparação de vigilância e respostas emergenciais em saúde pública, em todo o Brasil, em
2623 parceria com as secretarias estadual e municipal de saúde, com participação dos conselhos de
2624 saúde em muitas delas; é preciso aprofundar o debate com o CNS e com os conselhos
2625 estaduais de saúde (webinar, oficina), na linha de apoiar a formação de conselheiros para
2626 atuação em áreas de emergência; somou-se às falas relativas às populações em situação de
2627 maior vulnerabilidade (pessoa com deficiência, idosa, com doenças crônicas), reconhecendo a
2628 necessidade de avançar e melhorar no cuidado a esse grupo; um integrante do Departamento
2629 buscaria a conselheira Vitória Bernardes para tratar das demandas específicas; o Programa
2630 Brasileiro de Epidemiologia de Campo, de forma inédita, abriu vagas afirmativas (indígenas,
2631 quilombolas, pessoas trans); os problemas de saúde mental são um dos maiores problemas
2632 em situações de desastre, de epidemias, de desassistência (o percentual de 2,66% refere-se
2633 aos atendimentos da força nacional do SUS na área de saúde mental); o povo gaúcho perdeu
2634 muito com essa situação (terra, casa, família) e esse é um problema a ser enfrentado;
2635 concordou que houve vários erros, mas frisou que é preciso reconhecer a resposta do
2636 Ministério da saúde, com integração das áreas internas e de todo o governo federal; o desastre

2637 foi muito grande, gerando lixo nas ruas, e muito entulho (houve força tarefa de diversos setores
2638 para retirar esse material das cidades afetadas, mas ainda não foi possível retirar tudo);
2639 considerando que as mudanças climáticas, o aquecimento global e as ondas de calor estão
2640 cada vez mais intensos, o governo federal iniciou a elaboração de plano de adaptação às
2641 mudanças climáticas, coordenado Ministério do Meio Ambiente, com a participação do
2642 Ministério da saúde. Portanto, é preciso garantir a participação social nesse processo; os
2643 conselhos de saúde podem contribuir na elaboração de planos de emergência e de
2644 contingência (com testagem desses planos) e um programa de formação de emergência; é
2645 preciso incentivar a formação de mais epidemiologista de campo. Por fim, colocou-se à
2646 disposição para ir ao Conselho em outra oportunidade debater outras ações do Departamento.
2647 Também reiterou sua solidariedade ao povo gaúcho e sua homenagem e reconhecimento aos
2648 trabalhadores do Ministério da saúde e do SUS pelo trabalho realizado no Estado Rio Grande
2649 do Sul nessa emergência. O Presidente do CNS agradeceu a participação do Diretor do
2650 Departamento de Emergências em Saúde Pública, e explicou que após a fala da Presidenta do
2651 CES/RS daria encaminhamento às propostas, inclusive as que foram apresentadas por ele. Na
2652 sequência, a Presidenta do CES/CNS, **Inara Beatriz Amaral Ruas**, fez uso da palavra,
2653 agradecendo a solidariedade de todos ao povo gaúcho e manifestando sua emoção com o
2654 apoio do governo federal ao Estado. Relatou situações que demonstram ainda a precariedade
2655 da situação no Estado e resumiu que hoje a população gaúcha está com fome, com frio,
2656 doente, desempregada, sem referência e esperança. Mas, nas suas palavras, o povo do Rio
2657 Grande do Sul irá se reerguer, inclusive apoiando-se em todo o calor do País. O Presidente do
2658 CNS agradeceu o Conselho pelas manifestações de apoio ao povo do Rio Grande do Sul,
2659 lembrando que o colegiado atuou firmemente em outras situações de emergência que
2660 aconteceram no País. Inclusive, destacou que o CNS aprovou duas recomendações sobre a
2661 situação do Rio Grande do Sul e frisou que as ações têm sido construídas em parceria com o
2662 CES/RS e os conselhos municipais das áreas atingidas. Além disso, frisou que o controle
2663 social está cobrando do governo federal apuração de responsabilidades da gestão Estadual e
2664 municipal nesta situação do Rio Grande do Sul. Também recordou que a delegação do Brasil,
2665 que incluiu o Conselho, ajudou a construir, durante a Assembleia Mundial da Saúde, a
2666 resolução de enfrentamento das crises climáticas. Além disso, informou que, durante a
2667 Assembleia, compôs delegação de gaúchos que participou de reunião com equipe do auto
2668 comissário da ONU que está debatendo a questão climática. Na oportunidade, foi solicitado
2669 que a situação do Rio Grande do Sul seja incluída no relatório que será apresentado no mês de
2670 julho, para que esse tipo de situação que aconteceu no RS não volte a acontecer. Por fim,
2671 agradeceu a participação da Presidenta do CES/RS e passou aos encaminhamentos.
2672 **Deliberação: neste ponto, as decisões do Pleno do CNS foram as seguintes: 1) ampliar
2673 ainda mais o diálogo com os conselhos de saúde dos locais atingidos na linha de definir
2674 ações de apoio; 2) criar um plano nacional de adaptação e mitigação participativa; 3)
2675 solicitar a ampliação do plano de ação dos serviços de saúde mental, de apoio a
2676 pessoas dependentes de álcool e outras drogas e para crianças e adolescentes; 4)
2677 sugerir a criação de um plano nacional permanente para situações de desastres
2678 ambientais sanitários; 4) propor a definição de uma plataforma de transparência para
2679 acompanhar a aplicação dos recursos recebidos pelo Estado do Rio Grande do Sul; 5)
2680 realizar oficinas de emergência com os conselhos estaduais; e 6) pautar apresentação
2681 no CNS do plano setorial de mudanças climáticas, que está em construção pelo
2682 Ministério da Saúde.** Conselheira **Vitória Bernardes Ferreira** aproveitou para registrar a
2683 forma respeitosa, acolhedora e resolutiva que o Diretor do DEMS/SVSA/MS, Márcio Garcia,
2684 tem conduzido as ações e acolhido as demandas. Por fim, **Iara Ervilha**, representando o
2685 Diretor do DEMS/SVSA/MS, comprometeu-se a levar as questões relativas às pessoas com
2686 deficiência para o Departamento, inclusive com realização de oficina. Conselheira **Ana Lúcia
2687 Marçal Paduello**, da Mesa Diretora do CNS, agradeceu e solicitou que a representação das
2688 pessoas com patologias também seja envolvida neste debate. **ITEM 10 –
2689 ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos
2690 de Trabalho e Câmaras Técnicas - 1)** Recomendação nº 013, de 24 de maio de 2024.
2691 Recomenda ao Governo do Rio Grande do Sul a adoção de medidas relativas a um Plano de
2692 Contingência voltado à estruturação da rede de saúde nos locais atingidos pelas enchentes
2693 que afetaram o estado. *Ad referendum.* O texto é o seguinte: **“RECOMENDAÇÃO Nº 013, DE
2694 24 DE MAIO DE 2024. Recomenda ao Governo do Rio Grande do Sul a adoção de medidas
2695 relativas a um Plano de Contingência voltado à estruturação da rede de saúde nos locais
2696 atingidos pelas enchentes que afetaram o estado.** No documento, o CNS recomenda **ad**

2697 **referendum do Pleno do Conselho Nacional de Saúde: Ao Governo do Estado do Rio**
2698 **Grande do Sul, com vistas à Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS):** I - Que apresente um
2699 Plano de Contingência voltado à estruturação da rede de saúde nos locais atingidos, que
2700 contemple: a) ampliação da cobertura de atenção básica, investindo no desenvolvimento de
2701 uma linha de cuidado voltada para a recuperação emocional das pessoas atingidas (em menos
2702 de 12 meses o estado já vivenciou 4 situações catastróficas); b) apresentação de uma proposta
2703 de estruturação da Rede de Atenção Especializada e Hospitalar; c) envolvimento de outras
2704 áreas de governo na perspectiva da saúde única, como Ministério da Agricultura e Pecuária e
2705 secretarias congêneres, em face da possibilidade de haver problemas à saúde humana em
2706 decorrência dos impactos ambientais dos alagamentos; d) criação/adaptação de espaços
2707 seguros para acolher pessoas em convalescença por alta hospitalar, que estejam sem local
2708 para a devida recuperação, com estabelecimento de diretrizes para alta segura desses
2709 usuários, muitas vezes acamados ou pessoas com deficiência com demandas de cuidados
2710 especiais; e e) criação de referências em saúde mental para os abrigos e alojamentos, para
2711 atendimento tanto dos atingidos pela enchente, quanto dos abrigados e trabalhadores de
2712 saúde que estão trabalhando na linha de frente do enfrentamento da calamidade. II - Que
2713 sejam adotadas medidas de apoio financeiro para ampliar as ações de vigilância de saúde,
2714 com destaque para: a) intensificação das ações de vigilância de zoonoses e demais doenças
2715 transmissíveis para humanos, (leptospirose, raiva, cólera, entre outras), decorrentes da
2716 exposição a vetores durante as enchentes; b) intensificação das ações de vigilância sanitária
2717 sobre alimentos e produtos para consumo humano e animal, de todo tipo (criação, pesca etc.)
2718 de forma a ofertar gradativamente a liberação de alimentos seguros para a população, livres de
2719 patógenos e produtos químicos nocivos à saúde, como agrotóxicos presentes na água dos
2720 alagamentos; e c) intensificar a integração entre as vigilâncias, com destaque para a vigilância
2721 ambiental, neste momento específico, para verificar a ocorrência, manejo e tratamento de
2722 antropozoonoses – epizootias; III - Que seja realizada a contratação emergencial de
2723 profissionais para atendimento das necessidades imediatas; IV - Que sejam empenhados
2724 esforços para facilitar as doações nacionais e internacionais, bem como o acesso a produtos e
2725 serviços; V - Que sejam incluídos mecanismos robustos e automatizados de prevenção e
2726 adaptabilidade para a reconstrução das infraestruturas e para a preservação do suprimento de
2727 recursos essenciais e estratégicos, sobretudo em relação à: a) armazenagem, conservação e
2728 proteção de medicamentos, imunobiológicos, equipamento de diagnósticos de imagem e de
2729 laboratórios, kits de testes de diagnósticos; b) fornecimento e manutenção de água e energia
2730 elétrica em situações de emergências; e c) adoção de medidas que assegurem estoques
2731 estratégicos de medicamentos essenciais e de imunobiológicos, por meio de sistema logísticos
2732 regionalizados; VI - Que o serviço de saúde seja organizado junto aos locais que estão
2733 servindo de abrigo, inclusive as casas de familiares, no atendimento aos milhares de
2734 desabrigados (que ficarão muito tempo nessa condição), para que essas pessoas sejam
2735 cuidadas e acompanhadas por profissionais de saúde, tendo a oferta, entre outros, de
2736 medicamentos de uso contínuo; VII - Fiscalização imediata junto a população em situação de
2737 rua, ao Sistema Prisional, Quilombolas e Áreas indígenas para verificação da situação de
2738 saúde e acolhimento adequado aos afetados.” **Deliberação: a recomendação foi aprovada**
2739 **por unanimidade. 2) Recomendação nº 14, de 24 de maio de 2024.** Recomenda medidas
2740 relacionadas à atuação dos gestores e do controle social nos Centros de Operações de
2741 Emergências e outras medidas correlatas. *Ad referendum.* O texto é o seguinte:
2742 “Recomendação nº 14, de 24 de maio de 2024. Recomenda medidas relacionadas à atuação
2743 dos gestores e do controle social nos Centros de Operações de Emergências e outras medidas
2744 correlatas. No documento, o CNS recomenda ad referendum do Pleno do Conselho Nacional
2745 de Saúde. Ao Ministério da Saúde: I - Que publique uma atualização da portaria GM/MS nº
2746 3.697, de 3 de maio de 2024, que institui o Centro de Operações de Emergências (COE) para a
2747 situação de chuvas intensas e inundações na Região Sul, com a inclusão formal do Conselho
2748 Nacional de Saúde na sua composição, visto que a participação do mesmo junto ao COE está
2749 sendo efetiva desde o dia 10 de maio de 2024. II - Que dê continuidade às ações em
2750 desenvolvimento junto à população do Rio Grande do Sul, especialmente nas áreas atingidas
2751 pelas inundações, por meio da Força Nacional do Sistema Único de Saúde e outras áreas ou
2752 políticas temáticas do Ministério da Saúde; III - A adoção de medidas administrativas internas e
2753 em conjunto com as diferentes áreas do governo federal para agilizar a abertura de créditos
2754 extraordinários, tanto para as transferências financeiras do Fundo Nacional de Saúde aos
2755 fundos de saúde do Rio Grande do Sul (Estadual e municipais), como para as demais linhas de
2756 financiamento de outras áreas governamentais, como assistência social, saneamento,

2757 habitação, mobilidade urbana, entre outras; e IV - Que estude a viabilidade da antecipação dos
2758 repasses dos próximos meses ao Estado e aos municípios do Rio Grande do Sul dos
2759 diferentes tetos financeiros de todo o ano de 2024, para garantir o atendimento das situações
2760 emergenciais de saúde pública. Às Secretarias de Saúde do Estado e dos municípios do Rio
2761 Grande do Sul: I - Que garanta a participação dos respectivos Conselhos de Saúde no Centro
2762 de Operações de Emergência (COE) e em outros espaços constituídos para debater, definir
2763 ações e atuar na situação de calamidade; II - Que planeje e execute as ações necessárias para
2764 garantir o atendimento de saúde da população, especialmente, no curtíssimo prazo, daquela
2765 parcela que foi diretamente atingida pelas inundações e as pessoas que ficaram desabrigadas
2766 e desalojadas; e III - Que preste contas mensalmente junto aos conselhos estadual e
2767 municipais de saúde dos recursos públicos (federal, estadual e municipal, incluindo as
2768 emendas parlamentares) que estão sendo utilizados para o enfrentamento dessa tragédia,
2769 inclusive, daqueles recursos oriundos de doações físicas e financeiras recebidas da população
2770 e de diversos setores da sociedade, e que disponibilize essas prestações de contas e as
2771 avaliações feitas pelos respectivos conselhos de saúde nos respectivos sites oficiais. Aos
2772 Conselhos de Saúde do Estado e dos municípios do Rio Grande do Sul: I - Que participem
2773 ativamente do Centro de Operações de Emergência (COE) e de outros espaços constituídos
2774 para debater, definir e atuar na situação de calamidade; II - Que acompanhe sistematicamente
2775 a aplicação dos recursos federais (inclusive de emendas parlamentares) e de doações
2776 recebidas para o enfrentamento da tragédia decorrente das inundações em grande parte das
2777 cidades do Rio Grande do Sul e delibere sobre os prazos para a entrega da prestação de
2778 contas mensal pelos gestores do Sistema Único de Saúde em suas esferas de competência.
2779 **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. 3) Recomendação nº xxx,**
2780 **de xx de junho de 2024.** Recomenda a inclusão da Agência Nacional de Saúde Suplementar -
2781 ANS no Centro de Operações de Emergências - COE para Chuvas Intensas e Inundações na
2782 Região Sul e medidas de proteção aos beneficiários de Planos de Saúde Privados no Rio
2783 Grande do Sul. No documento, o CNS recomenda ao Ministério da Saúde: que a Agência
2784 Nacional de Saúde Suplementar (ANS) seja convocada a integrar o Centro de Operações de
2785 Emergências - COE para Chuvas Intensas e Inundações na Região Sul, a fim de prestar contas
2786 sobre as medidas até o momento adotadas para ao enfrentamento da crise sanitária e
2787 ambiental no Rio Grande do Sul, bem como possíveis outras medidas de cooperação com o
2788 SUS, em especial as que evitem que empresas de planos de saúde recusem o atendimento de
2789 seus beneficiários e os empurrem para o sistema público. À Agência Nacional de Saúde
2790 Suplementar: que apresente plano de contingência visando ampliar as medidas de proteção
2791 aos beneficiários de planos de saúde privados no Rio Grande do Sul, com contrapartida social,
2792 em especial: 1) Determinando a suspensão do cancelamento dos planos de saúde por motivo
2793 de inadimplência até o fim do estado de calamidade pública no Rio Grande do Sul; 2)
2794 Disponibilizando ao ministério da saúde, ao COE e à população informações assistenciais e
2795 financeiras relevantes sobre o impacto da emergência climática na rede de atendimento
2796 privada do estado do Rio Grande do Sul, tal como feito durante a pandemia; 3) Determinando a
2797 ampliação e divulgação dos canais de comunicação para garantia de acesso dos beneficiários
2798 à ouvidoria das operadoras e da própria ANS buscando aumentar a celeridade na apuração
2799 das denúncias realizadas; 4) Realizando estudo de avaliação sobre as cláusulas contratuais
2800 das operadoras que tratam de desastres naturais a fim de combater a violação do princípio da
2801 boa-fé objetiva.” **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. 4)**
2802 **Recomendação nº 015, de 11 de junho de 2024.** Recomenda o arquivamento do Projeto de
2803 Lei nº 1.904/2024, e afins, que tratam de alterações no Código Penal quanto ao excludente de
2804 punibilidade para os casos de aborto previstos em lei. *Ad referendum.* O texto é o seguinte:
2805 “Recomendação nº 015, de 11 de junho de 2024. Recomenda o arquivamento do Projeto de Lei
2806 nº 1904/2024, e afins, que tratam de alterações no Código Penal quanto ao excludente de
2807 punibilidade para os casos de aborto previstos em lei. O Presidente do Conselho Nacional de
2808 Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo
2809 Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei
2810 nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de
2811 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição
2812 da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando
2813 que a Constituição Federal de 1988, em seus artigos 196 e 198, prevê que “A saúde é direito
2814 de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à
2815 redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e
2816 serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e que “as ações e serviços públicos de

2817 saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”;
2818 considerando que a Constituição Federal de 1988 estabelece em seu Art. 1º, inciso III, que o
2819 Estado Democrático de Direito tem como fundamento o Princípio da Dignidade Humana,
2820 preconizado na Declaração Universal dos Direitos Humanos; considerando o Art. 5º da
2821 Constituição Federal, segundo o qual “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de
2822 qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a
2823 inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]”; e o
2824 inciso III que estabelece que ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou
2825 degradante; considerando que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, determina que “A
2826 saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições
2827 indispensáveis ao seu pleno exercício”; considerando que a Declaração Universal dos Direitos
2828 Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948,
2829 estabeleceu, em seu Art. 1º, que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade
2830 e direitos”, ou seja, o nascimento é o marco que confere o estatuto legal da pessoa humana;
2831 considerando que o Brasil é signatário da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência
2832 Mundial sobre a Mulher, se comprometendo a “Assegurar que as mulheres e meninas gozem
2833 plenamente de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais e tomar medidas eficazes
2834 contra as violações desses direitos e liberdades”; considerando que o Brasil tem compromisso
2835 internacional firmado na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, aprovado
2836 em 1994, e da IV Conferência Mundial de Mulheres, de 1995”; que “recomenda a prevenção de
2837 abortos inseguros, a revisão das leis punitivas e o pleno respeito pelo direito das mulheres à
2838 autonomia sexual e reprodutiva”; considerando que a Comissão sobre a Eliminação de todas
2839 as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), órgão da Organização das Nações
2840 Unidas (ONU), na 88ª sessão do comitê em Genebra, na Suíça, no dia 23 de maio,
2841 recomendou que o aborto seja legalizado e alertou sobre o avanço do fundamentalismo
2842 religioso no país, o Presidente da Câmara dos Deputados intensifica a misoginia e o machismo
2843 sobre os corpos das mulheres em situação de vulnerabilidade; considerando o Decreto nº
2844 1.973, de 1º de agosto de 1996, que promulgou a Convenção Interamericana para Prevenir,
2845 Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de
2846 1994; considerando que o Art. 3º do Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996, estabelece o
2847 direito da mulher ao respeito à sua integridade física, mental e moral; considerando o Art. 128
2848 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal Brasileiro), que exclui a
2849 punibilidade da prática de aborto nos casos de estupro e de risco à vida da gestante;
2850 considerando que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou aos governos que
2851 priorizem o acesso à contracepção, ao aborto dentro das possibilidades permitidas por lei e à
2852 prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis; considerando que a Política
2853 Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi idealizada para ações de saúde
2854 que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a
2855 morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis; considerando o objetivo 3 dos Objetivos
2856 de Desenvolvimento Sustentável (ODS), de assegurar uma vida saudável e promover o bem-
2857 estar para todos, em todas as idades, e a meta 3.7, de assegurar o acesso universal aos
2858 serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e
2859 educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas
2860 nacionais; considerando as diretrizes e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de
2861 Saúde, publicadas por meio da Resolução CNS nº 719, de 17 de agosto de 2023; considerando
2862 o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde acerca do tema, através das
2863 Recomendações (039/2020 e 064/2021), Nota Pública (19/08/2020,) Moção de Repúdio
2864 (03/04/2024) quanto à obstrução ao cumprimento do Art. 128 do Código Penal Brasileiro e
2865 quanto à premência de que os serviços do SUS ofereçam “serviços essenciais de saúde para
2866 mulheres e meninas, incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva, sobretudo acesso a
2867 contraceptivo e ao aborto seguro nas Unidades Básicas de Saúde e Centros de Referência em
2868 IST/AIDS”; considerando que os dados do Monitoramento da Violência de Gênero, publicado
2869 em julho de 2023, no 17ª Anuário Brasileiro de Segurança Pública, o Brasil registrou em 2022,
2870 o maior número de estupros de sua história (cerca de 205 por dia), sendo que 68,3%
2871 ocorreram dentro de casa e que esses crimes sexuais foram notificados por 74.930 vítimas
2872 (56,8% negras), entre as quais, 56.820 eram meninas menores de 14 anos, sendo 10%
2873 menores de 4 anos; considerando que o PL 1904/2024, cuja proposta altera o Código Penal,
2874 acrescentando dois parágrafos ao Art. 124, um parágrafo único ao Art. 125, um segundo parágrafo
2875 ao Art. 126, e um parágrafo único ao Art. 128 tem o objetivo principal de criminalizar meninas e
2876 mulheres, vítimas de violência sexual e estupros, gestantes em situação de risco de vida, e

2877 profissionais da saúde, impondo as penalidades do Art. 121 do Código Penal, ou seja,
2878 homicídio simples em regime de reclusão de 6 a 20 anos; considerando que o PL1904/2024
2879 configura uma reedição do PL 434/2021 (conhecido como Estatuto do Nascituro), que previa a
2880 obrigatoriedade de pessoas gestarem fruto do estupro sob pena de prisão; considerando
2881 que, conforme encontra-se no art. 217-A do Código Penal, o estupro de vulnerável a pena é de
2882 8 a 15 anos; considerando que a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº
2883 1.141, junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), obteve concessão de medida cautelar para
2884 suspensão da Resolução nº 2.378/2024, do Conselho Federal de Medicina (CFM), que estipula
2885 uma nova restrição a realização do aborto legal para vítimas de estupro; e considerando que
2886 milhares de cidadãs brasileiras perderão acesso à justiça e segurança jurídica, provenientes
2887 das taxativas e excepcionais hipóteses legais de aborto na legislação penal brasileira, o que
2888 ampliará os já alarmantes índices de morbimortalidade materna, sobretudo, de cidadãs pobres
2889 e negras. Recomenda *ad referendum* do Pleno do Conselho Nacional de Saúde: ao Presidente
2890 da Câmara dos Deputados: I - Que determine o arquivamento do Projeto de Lei nº 1904/2024,
2891 e afins, que tratam da alteração dos artigos 124, 125, 126 e 128 do Código Penal quanto ao
2892 excludente de punibilidade para os casos de aborto previstos em lei; e II - Que fomente a
2893 promoção do debate democrático do tema na Câmara dos Deputados através de audiências
2894 públicas com a participação da sociedade civil organizada.” Aberta a palavra, foram
2895 apresentadas as seguintes sugestões: unir os considerandos que falam do Decreto 1973/96;
2896 dividir o considerando em dois o considerando “considerando que a Comissão sobre a
2897 Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), órgão da
2898 Organização das Nações Unidas (ONU), na 88ª sessão do comitê em Genebra, na Suíça, no
2899 dia 23 de maio, recomendou que o aborto seja legalizado e alertou sobre o avanço do
2900 fundamentalismo religioso no país, o Presidente da Câmara dos Deputados intensifica a
2901 misoginia e o machismo sobre os corpos das mulheres em situação de vulnerabilidade religioso
2902 no país” (o primeiro ficaria do início até “fundamentalismo religioso no país” e o segundo
2903 “Presidente da Câmara dos Deputados (...);” e avaliar o Item II para definir se deve mantê-lo
2904 ou não (houve defesa da manutenção). Conselheira **Shirley Marshal Morales** agradeceu a
2905 Mesa Diretora do CNS por acolher a recomendação, com publicação *ad referendum*,
2906 entendendo a celeridade desta tratativa. Todavia, após a publicação, disse que houve
2907 mudança no cenário de tramitação, assim, seria necessário ajuste no texto para acompanhar
2908 os próximos passos. Sobre as sugestões, sugeriu manter o item II, ampliando para Câmara dos
2909 Deputados e Senado Federal. Disse que é possível fazer o arquivamento do Projeto, mesmo
2910 estando pronto para votação em Plenário, mas, caso não seja arquivado, seria preciso
2911 acrescentar trecho na recomendação solicitando a rejeição, no caso de ser pautado. As
2912 proposições foram acatadas. A seguir, a mesa colocou a minuta em votação. **Deliberação: a**
2913 **recomendação, com as alterações sugeridas pelo Plenário, foi aprovada por maioria.**
2914 **Seis abstenções, sendo três com declaração de voto (conselheiro Nelson Augusto**
2915 **Mussolini; conselheiro Alex Gomes da Motta; e conselheira Vânia Lúcia Ferreira Leite).**
2916 Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** declarou que se absteve da votação, por concordar
2917 com o mérito da recomendação, mas discordar dos considerandos. Conselheiro **Alex Gomes**
2918 **da Motta** declarou sua abstenção, por conta dos preceitos religiosos e eclesiais em defesa
2919 da vida humana, desde sua concepção até a morte natural. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira**
2920 **Leite** declarou sua abstenção na votação porque, apesar de respeitar o contraditório, segue os
2921 preceitos da entidade que representa no CNS. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a
2922 tratar, às 17h30, a mesa encerrou a 355ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os
2923 seguintes conselheiros: *Titulares* - **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira
2924 Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Antônio Magno**
2925 **de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
2926 (CNSaúde); **Carlos Fidelis da Ponte**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Clóvis**
2927 **Alberto Pereira**, Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB); **Débora Raymundo**
2928 **Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Dulcilene Silva Tiné**,
2929 Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço
2930 Social (CFESS); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos –
2931 FENAPSI; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores –
2932 CONAM; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Helena**
2933 **Ferreira Magalhães**, União Brasileira de Mulheres (UBM); **Helenice Yemi Nakamura**,
2934 Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede
2935 Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **José Ramix de**
2936 **Melo Pontes Junior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e

2937 Agricultoras Familiares (CONTAG); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de
2938 Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Lucia Regina Florentino Souto**, Ministério
2939 da Saúde (MS); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e
2940 Idosos da Força Sindical - SINDNAPI); **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, Central Única
2941 dos Trabalhadores (CUT); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos
2942 Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**,
2943 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Neilton Araújo de**
2944 **Oliveira**, Ministério da Saúde (MS); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da
2945 Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rosa Maria Anacleto**, União de
2946 Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação
2947 Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede
2948 Unida (REDEUNIDA); e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
2949 (CNBB). *Suplentes* – **Ana Clebea Nogueira Pinto de Medeiros**, Federação Brasileira de
2950 Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Andréa Graciano dos**
2951 **Santos Figueiredo**, Conselho Federal de Biologia (Cfbio); **Camila Sarmento**, Articulação
2952 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); **Conceição**
2953 **Aparecida Pereira Rezende**, Ministério da Saúde (MS); **Eder Pereira da Silva**, Central dos
2954 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil - CTB/CGTB; **Eliane Maria Nogueira de Paiva**,
2955 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL);
2956 **Erika Santos de Aragão**, Ministério da Saúde (MS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**,
2957 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **João Donizeti Scaboli**, Força
2958 Sindical (FS); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária –
2959 CFMV; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS);
2960 **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**, Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e
2961 Pescoço (ACBG Brasil); **Paulo Henrique Scrivano Garrido**, Sindicato dos Servidores de
2962 Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC-SN); **Raimundo Carlos**
2963 **Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos -
2964 Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Renata Soares de Souza**, Movimento Nacional das Cidadãs
2965 Positivas (MNCP); **Renato de Jesus Padilha**, Federação das Associações de Renais e
2966 Transplantados do Brasil (FENAPAR); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas Região
2967 Sul (ARPIN-SUL); **Talita Garrido de Araújo**, Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA);
2968 **Thereza de Lamare Franco Netto**, Confederação das Mulheres do Brasil (CMB).