



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos dez e onze dias de julho 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 Sexta Reunião Ordinária do CNS. Os objetivos da 356ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Socializar e apreciar os itens do expediente. **2)** Conhecer e debater a Nova Política Industrial do Brasil e a estratégia de ciência, tecnologia e inovação para a nova industrialização nacional. **3)** Compartilhar 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 e deliberar a respeito. **4)** Apreciar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT e deliberar. **5)** Socializar e debater iniciativas que intensifiquem a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **6)** Debater sobre os 18 anos de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **7)** Conhecer e debater as ações desenvolvidas pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES, visando aprimorar a relação entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde para fortalecimento da Atenção Especializada do país. **8)** Apresentar e deliberar acerca do processo da eleição do CNS – triênio 2024/2027. **9)** 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** – conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS. Às 9h10, o Presidente do CNS abriu os trabalhos cumprimentando o Plenário do Conselho e os internautas que acompanhavam a reunião em tempo real. Também justificou a ausência da Ministra de Estado da Saúde e do Secretário Executivo do Ministério da Saúde. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** também fez uma fala de boas-vindas, desejando uma boa reunião para todos. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 356ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA ATA DA 353ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 356ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** A mesa colocou em apreciação a pauta da reunião, enviada previamente. **Deliberação: a pauta da 356ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada. APROVAÇÃO DA ATA DA 353ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação: a ata da 353ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada. APRESENTAÇÃO DO RESULTADO DO CICLO DE SEMINÁRIOS REALIZADOS PELA ABRASCO E A ENSP/FIOCRUZ - Apresentação: Rosana Onocko**, presidenta da ABRASCO; e **Marco Menezes**, diretor da ENSP/FIOCRUZ. Apresentação do resultado do ciclo de seminários com o objetivo de atualizar as análises sobre desafios estruturais do SUS e formular proposições e alternativas. Os três seminários abordaram os seguintes temas: financiamento, regionalização, e carreiras no SUS. **Encaminhamento: o material do ciclo dos seminários será distribuído e as comissões deverão aprofundar o debate nos seus temas afins. ITEM 2 – EXPEDIENTE – Informes. Justificativa de ausências. Apresentação de novos (as) Conselheiros (as) Nacionais de Saúde e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de julho. Indicações. Relatório da Mesa Diretora. Apresentação: Ana Carolina Dantas**, Secretária Executiva do CNS. **Coordenação: conselheiro Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES – 1)** Informes diversos. **Apresentação: conselheiro Cledson Fonseca** (RNP+ Brasil). a) Participação na 2ª Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde de Rondônia. b) Mês de Alusão ao Combate às Hepatites Virais. **2)** Informe sobre "Regulação da Anvisa sobre Bula Digital". **Apresentação: conselheiro Neilton Oliveira** (Ministério da Saúde). **3)** Informe sobre o observatório nacional de assistência farmacêutica em Hanseníase do MORHAN. **Apresentação: conselheiro Francisco Faustino Pinto** (MOHRAN). **4)** Informe sobre os encaminhamentos do último Grupo da Terra e sobre o 1º Encontro de Observatórios de Saúde nas Periferias. **Apresentação: conselheiro**

58 **Valcler Rangel** (Ministério da Saúde). **5)** Informe sobre a participação, representando o CNS,  
59 na cerimônia de abertura e no Seminário dos 20 anos do Brasil Sorridente. *Apresentação:*  
60 conselheiro **Anselmo Dantas** (FIO), coordenador da CISB/CNS. **6)** Informe sobre a realização  
61 do primeiro seminário “Equidade em Pauta”, da CIPPE. O seminário teve como  
62 objetivo: estabelecer o diálogo sobre a desigualdade que existe no Brasil, garantindo o debate  
63 e a construção das diretrizes comuns sobre a equidade nas instâncias do CNS e MS.  
64 Intervindo nos rumos das políticas de equidade em saúde, garantindo o acesso integral,  
65 humanizado e de qualidade em todos os níveis da rede de atenção à saúde no SUS para as  
66 pessoas que são colocadas em situações de vulnerabilidade. Desse seminário saímos com um  
67 documento síntese. *Apresentação:* conselheiro **José Ramix Júnior** (CONTAG). **7)** Informe  
68 sobre o lançamento de atividades do Projeto Integra. *Apresentação:* Conselheira **Silvana Nair**  
69 **Leite** (ENFAR). **8)** Informe sobre a 1ª conferência livre de Equidade, sobre o encontro nacional  
70 LGBT de terreiro da RENAFO no mês de agosto e o encontro de planejamento nacional da  
71 RENAFO para 2024/ 2025. *Apresentação:* conselheiro **Doté Thiago Soares** (RENAFO). **9)**  
72 Informe sobre a PEC da morte 48 – apoio contra a Proposta que será votada hoje no Senado  
73 Federal. *Apresentação:* conselheiro **Rildo Mendes** (ARPIN-SUL). **10)** Informe sobre I  
74 Conferência Livre Nacional de Pessoas Cuidadoras de Pessoas Idosas – etapa preparatória da  
75 4ª CNGTES – 3 de agosto de 2024. Virtual. Sancionada Lei Cuidado integral de pessoas com  
76 Alzheimer e solicitação de apoio à implementação. Convite para divulgação da campanha da  
77 ACBG sobre câncer de pescoço e cabeça. *Apresentação:* conselheira **Walquiria Alves**  
78 (ABRAZ). **11)** Informe sobre a realização do Encontro Nacional de Hepatites virais e do julho  
79 Amarelo de Combate as Hepatites Virais. Coletiva com a ministra às 16h sobre cenário  
80 epidemiológico, hoje. Dia 8 representou CNS no seminário para eliminação das hepatites B e  
81 C. Atividades em comemoração ao julho amarelo ENONG. *Apresentação:* conselheira **Neide**  
82 **Barros** (MBHV). **12)** Encontro de ouvidoria no Pará. Heliana Hemetério. Viu falta de suporte  
83 para funcionários da ouvidoria. **JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA** – Titular: **Alex Gomes da**  
84 **Motta**. Pastoral da Saúde Nacional. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Carlos**  
85 **Augusto Grabois Gadelha**. Ministério da Saúde (MS). Gestor. Motivo: agenda trabalho.  
86 Titular: **Clóvis Alberto Pereira**. Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB). Usuário.  
87 Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Felipe Proença de Oliveira**. Ministério da Saúde (MS).  
88 Gestor. Motivo: agenda trabalho. Titular: **Francisco Faustino Pinto**. Movimento de  
89 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). Usuário. Motivo: rodízio de  
90 titularidade. Titular: **Helena Ferreira Magalhães**. União Brasileira de Mulheres (UBM). Usuário.  
91 Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **José Eri Borges de Medeiros**. Conselho Nacional de  
92 Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Gestor. Motivo: não informado. Titular: **José**  
93 **Ramix de Melo Pontes Junior**. Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores  
94 e Agricultoras Familiares (CONTAG). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **José**  
95 **Vanilson Torres da Silva**. Movimento Nacional População de Rua (MNPR). Usuário. Motivo:  
96 rodízio de titularidade. Titular: **Luiz Alberto Catanoso**. Sindicato Nacional dos Aposentados,  
97 Pensionistas e Idosos da Força Sindical (SINDNAPI). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade.  
98 Titular: **Rosa Maria Anacleto**. União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO). Usuário.  
99 Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Sueli Terezinha Goi Barrios**. Associação Brasileira da  
100 Rede Unida (REDEUNIDA), Profissional de Saúde. Motivo: razões pessoais. Titular:  
101 **Swedenberger do Nascimento Barbosa**. Ministério da Saúde (MS). Gestor. Motivo: férias.  
102 Titular: **Vitória Davi Marzola**. União Nacional dos Estudantes (UNE). Usuário. Motivo: agenda  
103 de trabalho. **COORDENADORES DE PLENÁRIA** – **Américo de Jesus Soares Araújo** –  
104 Maranhão – Norte. **Geiza Pinheiro Quaresma** – Espírito Santo – Sudeste. **Jefferson de**  
105 **Sousa Bulhosa Júnior** – Distrito Federal – Centro-Oeste. **Jose Nazareno Lima Tavares** –  
106 Amapá – Norte. **Joselene Gomes de Souza** – Amazonas – Norte. **Maria Izabel Giroto** -  
107 Santa Catarina – Sul. **DATAS REPRESENTATIVAS** - Julho amarelo - combate às hepatites  
108 virais. 1º/jul. - Dia da Vacina BCG. 1º/jul. - Dia do Enfermeiro de Saneamento. 5/jul. - Dia do  
109 Hospital. 5/jul. - Dia Mundial da Alergia. 6/jul. - Dia Mundial das Zoonoses. 8/jul. - Dia Nacional  
110 da Ciência. 8/jul. - Dia Nacional do Pesquisador Científico. 10/jul. - Dia da Saúde Ocular. 11/jul.  
111 - Dia Mundial da população. 13/jul. - Dia do Estatuto da Criança e do Adolescente. 15/jul. - Dia  
112 Nacional do Homem. 20/jul. - Dia do Amigo e Internacional da Amizade. 25/jul. - Aniversário de  
113 Criação do Ministério da Saúde. 25/jul. - Dia da Agricultura Familiar. 25/jul. - Dia Internacional  
114 da Mulher Negra Latino Americana e Caribenha. 25/jul. - Dia do Motorista. 26/jul. - Dia dos  
115 Avós. 27/jul. - Dia Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho. 27/jul. - Dia Mundial de  
116 Conscientização e Enfrentamento ao Câncer de Cabeça e Pescoço. 27/jul. - Dia do Pediatra.  
117 28/jul. - Dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais. *Incluir:* 25 de julho – dia internacional

118 das mulheres negras afrodescendentes latino-americanas. **INDICAÇÕES – 1)** Convite da  
119 Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, do Departamento de Gestão  
120 ao Cuidado Integral, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (CACRIAD/DGCI/SAPS/MS),  
121 para participar na Oficina de Escuta Participativa, voltada para a construção da Política  
122 Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ), no dia 13 de  
123 junho de 2024. (Plataforma Zoom). *Indicação (referendar):* Conselheira Vânia Leite (CNBB),  
124 coordenadora CIASCV. **2)** Convite da Reitora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
125 para participar da Cerimônia de concessão de Título de Doutor Honoris Causa a Gilberto Gil,  
126 no dia 18 de junho de 2024 no RJ. (*Reside no Rio de Janeiro*). *Indicação (referendar):*  
127 conselheira **Regina Bueno** (ANAIDS). **3)** Convite da Ministra de Estado da Saúde, Nísia  
128 Trindade Lima, para participar da Reunião Plenária do Grupo Executivo do Complexo  
129 Econômico-Industrial da Saúde – GECEIS, dia 18 de junho de 2024, CICB Brasília. (*Estava em*  
130 *Brasília*). *Indicação (Referendar):* Conselheira **Ana Lúcia Paduello** (SUPERANDO), Integrante  
131 Mesa Diretora. **4)** Convite do Conselho Nacional de Assistência Social-CNAS, para participar  
132 da Cerimônia de Posse dos Conselheiros e das Conselheiras que comporão a Gestão 2024-  
133 2026, a ser realizada no dia 19 de junho de 2024, Brasília. (*Estava em Brasília*). *Indicação*  
134 *(referendar):* Conselheira **Fernanda Magano** (FENAPSI), integrante Mesa Diretora. **5)** Convite  
135 da Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, para participar  
136 no Seminário - Brasil contra o Câncer Infanto-juvenil: Perspectivas no aprimoramento das  
137 políticas públicas e implantação do CURE ALL e da Oficina Presencial de Trabalho para  
138 Estruturação do Plano CURE ALL Brasil nos eixos do Diagnóstico Precoce, Tratamento e  
139 Registro Hospitalar, para os cânceres infanto-juvenis: **24 e 25 de junho de 2024, OPAS.**  
140 (*Reside em Brasília*). *Indicação (Referendar):* conselheira **Vânia Leite** (CNBB), e coordenadora  
141 CIASCV. **6)** Convite da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, para compor a Mesa de  
142 Abertura e participar da Oficina do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em  
143 Saúde (PQA-VS), dia 26 de junho de 2024, Brasília. (Custeio MS). *Indicação (Referendar):*  
144 conselheiro **Roberto Portela** (Serviço Pastoral dos Migrantes), integrante da CIVS. **7)** Convite  
145 do Conselho Municipal de Saúde de Catalão, para participar da 2ª Mostra em Saúde de  
146 Catalão, no dia 29 de junho de 2024. Catalão. (CMS Catalão). *Indicação (referendar):*  
147 conselheiro **Roberto Portela** (Serviço Pastoral dos Migrantes), Integrante da CIVS. **8)** Convite  
148 da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, na Mesa de Abertura das Ações alusivas ao  
149 julho Amarelo 2024 e ao 2º Seminário diálogos para eliminação das hepatites B e C, no dia 08  
150 de julho de 2024, na OPAS. (*Já estava no evento*). *Indicação (Referendar):* conselheira **Neide**  
151 **Barros** (MBHV). **9)** Convite da Frente Parlamentar, para participar do lançamento da Frente  
152 Parlamentar Mista pela Valorização do Serviço Social, no dia 10 de julho de 2024, em Brasília.  
153 (*Já estava em Brasília*). *Indicação (referendar):* conselheira **Elaine Pelaez** (CFESS). **10)**  
154 Convite da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em parceria com o MS, MEC e  
155 OPAS, participar da 2ª Oficina Regional do Projeto Formação Médica para o Brasil: onde  
156 estamos e para onde vamos? Um olhar comprometido com a responsabilidade social do século  
157 XXI com o objetivo de apresentar o Projeto e promover o consenso sobre sugestões para o  
158 aprimoramento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e aos critérios de avaliação da  
159 qualidade dos cursos, nos dias 12 e 13 de julho de 2024, Brasília. (*Já estava em Brasília*).  
160 *Indicação (Referendar):* Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, integrante da Mesa  
161 Diretora do CNS. **11)** Convite da Associação Nacional de Pós-graduandos (ANPG), para  
162 participar do grupo de trabalho: Residências em saúde, no 29º Congresso Nacional de Pós-  
163 graduandos (CNPGE) da ANPG, no dia 12 de julho de 2024, Minas Gerais. (*Já estava no*  
164 *evento*). *Indicação (referendar):* conselheiro **João Pedro Santos da Silva** (ANPG). **12)** Convite  
165 do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE, para participar  
166 da 5ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – 5ª CNDPD, 14 a 17 de  
167 julho de 2024, em Brasília. (**Custeio CNS**). *Indicação (Referendar):* Conselheira **Vitória**  
168 **Bernardes** (AME) (Representa o CNS na Solenidade de abertura). Conselheira **Melissa do**  
169 **Amaral Ribeiro** (ACBG); e Conselheira **Sylvia Elizabeth** (Retina Brasil). **13)** Convite do Grupo  
170 Hospitalar Conceição (GHC), para participar da comemoração de vinte anos de criação dos  
171 conselhos gestores do GHC e posse dos novos conselheiros, no dia 16 de julho de 2024, Porto  
172 Alegre. (**Reside em POA**). *Indicação (Referendar):* Conselheiro Eder Pereira da Silva  
173 (CTB/CGTB). **14)** Convite da ABEM Associação Brasileira Esclerose Múltipla, para participar da  
174 Sessão Solene Especial em comemoração aos 40 anos da ABEM, a realizar-se no dia 17 de  
175 julho de 2024, São Paulo. (*Reside em SP*). *Indicação (Referendar):* Conselheira **Priscila**  
176 **Torres** (Biored Brasil). **15)** Convite da Direção da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
177 Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Programa Institucional para a

178 Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente - Proqualis, da ENSP/Fiocruz, para compor a  
179 mesa de abertura do Evento Comemorativo dos 15 anos do Proqualis, no dia 17 de julho de  
180 2024, FIOCRUZ/RJ. (Reside no Rio). *Indicação (Referendar):* Conselheira Regina Célia de  
181 Oliveira Bueno (ANAIDS). **16)** Convite da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, para  
182 compor a Mesa de abertura e participar das atividades da 2ª Oficina Técnico-Científica sobre  
183 Mudanças Climáticas, Saúde e Equidade, nos dias 23 e 24 e 25 de julho, Brasília/DF. (Custeio  
184 SVSA). *Indicação (Referendar):* Conselheira **Madalena Margarida** (CUT), integrante da Mesa  
185 Diretora do CNS. **17)** Indicação de representante para a Coordenação adjunta da Comissão  
186 Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência – CIASPD, em substituição a  
187 senhora Marisa Helena (CFP) – segmento de profissionais de saúde. *Indicação. (Referendar):*  
188 conselheiro **Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo** (CFP). **INDICAÇÃO EM GRUPOS DE**  
189 **TRABALHO E COMISSÕES EXTERNAS – 18)** Em atenção ao Ofício da Agência Nacional de  
190 Vigilância Sanitária, acerca da Resolução RDC nº 786, de 05 de maio de 2023, que dispõe  
191 sobre requisitos técnico-sanitários para o funcionamento de Laboratórios Clínicos, de  
192 Laboratórios de Anatomia Patológica e de outros Serviços que executam as atividades  
193 relacionadas aos Exames de Análises Clínicas, representantes do Conselho Nacional de  
194 Saúde (CNS), com disponibilidade de participar de reuniões virtuais, periódicas para a  
195 elaboração da proposta regulatória. *Indicação (Referendar): Titular: Maria Laura Carvalho*  
196 **Bicca. Suplente: João Alves Do Nascimento Júnior.** **19)** Participação do CNS nas atividades  
197 do 16º Congresso da Rede Unida, a realizar-se de 31 de julho a 3 de agosto de 2024, em  
198 Santa Maria/RS. *Indicação (Referendar): Altamira Simões dos Santos de Sousa,*  
199 *Coordenadora da CIASB; Camila Dias de Aragão,* integrante da CIASPD; **Eduardo Maércio**  
200 **Fróes,** Coordenador Adjunto da CICTAF; **Elaine Junger Pelaez,** integrante da CIRHRT;  
201 **Fernando Zasso Pigatto,** Presidente do CNS; **Francisca Valda da Silva,** integrante da Mesa  
202 Diretora; **Helena Ferreira Magalhães,** coordenadora da CISMU; **Heliana Hemetério,**  
203 **Coordenadora Adjunta da CIPPE; Inara Beatriz Amaral Ruas,** Presidente do CES RS  
204 (indicação da Mesa Diretora); e **João Pedro Santos Da Silva** - Coordenador Adjunto da  
205 CIRHRT. Mesa Diretora do CNS: **Ana Lúcia Paduello** e **Fernanda Lou Sans Magano**  
206 (participação virtual). **20)** Indicação de conselheiros (as) para instituição de Grupo de Trabalho  
207 com o objetivo de revisar e atualizar o Regimento Interno do CNS, Resolução nº 407, de 12 de  
208 setembro de 2008. Após amplo debate, considerando a relevância e a necessidade de maior  
209 acúmulo acerca da temática, a mesa diretora deste Conselho sugere que o referido grupo seja  
210 composto por integrantes da mesa diretora atual e/ou mesa diretora do mandato anterior.  
211 *Indicações:* segmento de usuários - **Ana Lúcia Paduello; André Luiz de Oliveira;** segmento  
212 de profissionais de saúde - **Elaine Junger Pelaez;** e segmento gestor/prestador de serviços -  
213 **Neilton Araújo de Oliveira.** **21)** Indicação de representantes para composição da Comissão  
214 Eleitoral do CNS, a fim de darmos início ao processo eleitoral para o triênio 2024/2027. Seis  
215 representantes do segmento de usuários: **Altamira Simões dos Santos de Sousa; Ana Lúcia**  
216 **Paduello; Madalena Margarida da Silva Teixeira;** Vanja Andreia; e Vânia Lúcia Ferreira Leite.  
217 Três representantes do segmento de profissionais de saúde: **Fábio Basílio; Ruth Ribeiro**  
218 **Bittencourt;** e **João Alves do Nascimento.** Três representantes do segmento  
219 gestor/prestador de serviços: **Haroldo de Carvalho Pontes; Adriano Borges;** e **Rafael de**  
220 **Azevedo.** **22)** Convite “Coletiva de imprensa “Atualização do cenário epidemiológico das  
221 hepatites virais no Brasil. *Indicação: Madalena Margarida.* **Deliberação: as indicações**  
222 **foram aprovadas por unanimidade. RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA MESA DIRETORA**  
223 **DO CNS** - O documento foi enviado com antecedência e disponibilizado, mas não foi lido por  
224 conta da exiguidade de tempo. **ITEM 3 - NOVA POLÍTICA INDUSTRIAL DO BRASIL E A**  
225 **ESTRATÉGIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO PARA A NOVA**  
226 **INDUSTRIALIZAÇÃO NACIONAL** - *Apresentação: Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira*  
227 **Falcão e Sá,** Diretor de Saúde da Associação Nacional de Pós-Graduandos - ANPG; **Leandro**  
228 **Safatle,** Secretário Adjunto de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-  
229 Industrial da Saúde-SECTICS/MS; **Constance Marie Chabin,** coordenadora de indústria de  
230 fármacos, biotecnologias e nanotecnologias do Ministério de Desenvolvimento, Indústria,  
231 Comércio e Serviços – MDIC; e conselheira **Débora Melecci,** coordenadora da Comissão  
232 Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF/CNS. *Coordenação:*  
233 conselheiro **Fernando Zasso Pigatto,** Presidente do CNS; e conselheira **Heliana Hemetério,**  
234 da Mesa Diretora do CNS. Nas considerações iniciais, conselheira **Débora Melecci,**  
235 coordenadora da CICTAF/CNS, explicou que a Comissão vem debatendo no sentido de  
236 contribuir com o Pleno do Conselho na discussão acerca retomada do complexo industrial da  
237 saúde na perspectiva do atendimento às necessidades sociais, do fortalecimento do SUS e da

238 autossuficiência nacional. Manifestou satisfação com a retomada do complexo econômico  
239 produtivo neste governo como política estratégica, sendo agenda constante no G20. Nessa  
240 linha, manifestou satisfação com a priorização da ciência como norte do processo de  
241 reindustrialização no país. Assim, citou como desafios a garantia do financiamento para dar  
242 sustentabilidade ao complexo econômico industrial da saúde. Neste cenário, frisou que é  
243 preciso definir ações para valorização dos pós-graduandos, das pesquisas e dos  
244 pesquisadores para o país, assegurando que o complexo atenda as necessidades sociais do  
245 país e fortaleça o SUS. Após essas ponderações, foi aberta a palavra às pessoas convidadas  
246 para explanação. O Secretário Adjunto da SECTICS/MS, **Leandro Safatle**, foi o primeiro  
247 expositor a tratar do tema, iniciando com detalhamento do Complexo Econômico Industrial da  
248 Saúde – CEIS, definido em 2023. Explicou que todas as bases estão interligadas e foram  
249 desenvolvidas uma série de políticas. Ou seja, trata-se de um sistema integrado que atinge  
250 10% do PIB; gera 9 milhões empregos diretos e 25 milhões de empregos diretos e indiretos;  
251 possui alto potencial para estimular a economia; e consiste em área chave para a 4ª Revolução  
252 Industrial. Disse que as estruturas da Política Industrial e de Inovação foram criadas de modo  
253 incremental para fazer avançar as políticas públicas. Salientou que o contexto é difícil haja vista  
254 o déficit comercial de US\$ 20 bilhões, ou seja, 45% da demanda do país é atendida com  
255 importações. Detalhou as importações em 2023: US\$ 22,3 bilhões: 1º - IFAs US\$ 7,2 bi; 2º -  
256 Medicamentos US\$ 5,2 bi; 3º Outros Biotecnológicos – US\$ 2,9 bi; 4º - Vacinas US\$ 1,7 bi;  
257 US\$ 19,8 bilhões em importações de alta ou média - alta intensidade tecnológica (89% do total  
258 CEIS). Sobre a dependência do país, detalhou: Fármacos: 88; Medicamentos: 29; e Base  
259 biotecnológica (Vacinas Hemoderivados Outros biotecnológicos): 84. Inclusive, recordou que  
260 na pandemia COVID-19, mais grave e desafiadora crise de saúde pública do século, a  
261 capacidade e a efetividade do sistema de saúde brasileiro evidenciaram fragilidades. Nesse  
262 momento, evidenciou-se ausência de base produtiva forte, falta de medicamentos,  
263 equipamentos e insumos e vulnerabilidade na assistência à saúde. Diante desse cenário, foi  
264 iniciado processo de reconstrução com criação do Departamento do Complexo Econômico  
265 Industrial da Saúde e de Inovação para o SUS, em janeiro de 2023. Ainda na linha do  
266 fortalecimento institucional, citou a reconstrução do Grupo Executivo do Complexo Econômico  
267 Industrial da Saúde – GECEIS, com articulação governamental e formulação de medidas para  
268 fortalecer a produção e a inovação para atender SUS. Composto por vinte órgãos públicos,  
269 sendo onze ministérios e nove órgãos governamentais, sob a coordenação do Ministério da  
270 Saúde. Além disso, destacou a instituição do Fórum de Articulação com a Sociedade Civil FAS,  
271 nos termos da Portaria GM/MS nº 900/2023, com o objetivo de assessorar o Geceis em  
272 propostas de iniciativas e ações voltadas ao fortalecimento do CEIS. A instituição do Fórum  
273 fortaleceu e ampliou a participação social na agenda CEIS. Também foi instituída a Comissão  
274 Consultiva Permanente para o Complexo Econômico Industrial da Saúde CPCEIS, Portaria  
275 GM/MS nº 50/2023, composta por todas as Secretarias do Ministério da Saúde, visando  
276 colaborar na identificação de demandas prioritárias do SUS e subsidiar a atuação do  
277 representante do Ministério da Saúde no Geceis. Na sequência, disse que foi lançada a  
278 Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do CEIS, Decreto nº. 11/2023, considerando as  
279 demandas do SUS como orientadora do processo. Detalhou que essas demandas do Sistema  
280 foram orientadas por matriz de desafios e soluções, construída no âmbito do Ministério da  
281 Saúde. Além dessas iniciativas, destacou o relançamento de Programas: PDP - Programa de  
282 Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, Portaria GM/MS nº 4.472 (20/06/2024); PDIL -  
283 Programa de Desenvolvimento e Inovação Local, Portaria GM/MS nº 4.473 (20/06/2024);  
284 PPDN - Programa de Incentivo à Produção Nacional de Tecnologias em Saúde voltada para  
285 Populações e Doenças Negligenciadas, Portaria GM/MS nº 2.259 (8/12/2023); PPVACSH -  
286 Programa para Preparação em Vacinas, Soros e Hemoderivados, Portaria GM/MS nº 2.260  
287 (8/12/2023); PMIA - Programa de Modernização e Inovação na Assistência, Portaria em  
288 construção; e PDCEIS - Programa para Ampliação e Modernização de Infraestrutura do  
289 Complexo Econômico Industrial da Saúde, Portaria GM/MS nº. 2.262 (8/12/2023). Citou ainda a  
290 reconstrução dos produtos objetos de PDP vigente para evolução de novas bases. Neste  
291 ponto, fez referência aos avanços alcançados com as PDPS, lembrando que são 57 produtos  
292 estratégicos para atender diversas doenças. Destacou a abordagem sistêmica dos projetos de  
293 PDP e PDIL para avançar no poder de compra. Também citou os novos marcos regulatórios:  
294 PDP - matriz de Desafios Tecnológicos: a missão de reduzir a vulnerabilidade do SUS guia o  
295 programa; Regulamentação da Fase IV (verificação da internalização da tecnologia); maior  
296 alinhamento com órgãos de controle; PDLI – uso do poder de compra para estimular  
297 desenvolvimento e inovação local; promoção de alianças estratégicas entre ECTs e empresas;

298 e capacitação das instituições participantes do registro à incorporação e disponibilização de  
299 produtos para o SUS. Também destacou PDP e PDIL: possibilidade de parcerias internacionais  
300 para o objetivo de contribuição para saúde global: América Latina e África; políticas de  
301 igualdade de gênero, antirracistas e de promoção da diversidade; e promoção da  
302 transformação ecológica e digital no CEIS. Também citou as seguintes áreas que terão  
303 atenção especial na priorização das análises: demandas estratégicas do SUS: preparação para  
304 emergências sanitárias (ex.: produtos e tecnologias para dengue); contribuição para o  
305 Programa Mais Acesso a Especialistas e Programa Nacional de Redução de Filas (oncologia,  
306 cardiologia, ortopedia e oftalmologia); produtos com risco estrutural de desabastecimento; e  
307 Saúde digital, informação e conectividade. Mostrou quadro com síntese do processo de  
308 reconstrução institucional do CEIS – 2023-2024, destacando criação do DECEIS, pelo Decreto  
309 nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023; recriação do Grupo Executivo do Complexo Econômico  
310 Industrial da Saúde Geceis, pelo Decreto nº 11.464, 03/04/2023; Complexo Econômico  
311 Industrial da Saúde alçado a uma das seis missões da nova Política Industrial pela Resolução  
312 CNDI nº 1, 06/07/2023; o Novo PAC, o Comitê Gestor e o Grupo Executivo do PAC, pelo  
313 Decreto nº 11. 632, 11/08/2023; instituição do Comitê Deliberativo e da Comissão Técnica de  
314 Avaliação no âmbito do CEIS pelo Decreto nº 11. 714, 26/09/2023; instituição da Estratégia  
315 Nacional para o Desenvolvimento do CEIS, pelo Decreto nº 11.715, 26/09/2023, com os  
316 Programas Estruturantes (PPDN, PDCEIS); instituição da Matriz de Desafios Produtivos e  
317 Tecnológicos em Saúde, pela Portaria nº 2.261, 08/12/2023; e lançamento do Programa de  
318 PDP pela Portaria nº 4. 4472 e do Programa de PDIL pela Portaria nº 4.473, 20/06/2024.  
319 Destacou que esse processo de reconstrução considerou o poder de compra do SUS como  
320 grande indutor da política industrial na área da saúde, com vistas a cuidar das pessoas, gerar  
321 renda, emprego e desenvolvimento e assegurar sustentabilidade do SUS. Assim, foram cinco  
322 Decretos, sete Portarias, duas Consultas Públicas e uma Resolução, com definição de ações  
323 que contribuirão para nortear os investimentos públicos e privados nos próximos anos. Disse  
324 que a Política Nacional de CT&I em Saúde está intimamente relacionada com a estratégia do  
325 complexo econômico industrial de saúde e está ligada à Estratégia Nacional para o  
326 Desenvolvimento do CEIS; Novo PAC; Nova Indústria Brasil; e Aliança para Produção Regional  
327 e Local, Inovação e Acesso. Também falou sobre o CEIS alçado a uma das seis missões da  
328 Nova Indústria Brasil NIB, Resolução CNDI nº 1, de 06/07/2023, citando a missão de CEIS  
329 resiliente para reduzir as vulnerabilidades do SUS e ampliar o acesso à saúde e meta  
330 aspiracional de produzir no país 70% das necessidades nacionais em medicamentos, vacinas,  
331 equipamentos e dispositivos médicos, materiais e outros insumos e tecnologias em saúde.  
332 Detalhou o CEIS no novo PAC, explicando que serão R\$ 8,9 bilhões em investimento com os  
333 principais objetivos de: incrementar os investimentos; garantir a infraestrutura econômica,  
334 social e urbana; melhorar a competitividade; e gerar emprego de qualidade. Destacou os  
335 Projetos apoiados: terapias avançadas células CAR T; vacinas mRNA; hemoderivados; soros;  
336 e medicamentos para doenças negligenciadas. Em suma, disse que se trata de uma política  
337 que possui a saúde como novo vetor do desenvolvimento e o CEIS como prioridade de Estado,  
338 com envolvimento de diversos setores, para entender as necessidades do SUS. Fechou sua  
339 apresentação com fala do Presidente Lula no discurso de lançamento Estratégia Nacional para  
340 o desenvolvimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde, em 26 setembro de 2023: “O  
341 que nós estamos fazendo hoje com esse ato é mais do que um programa de criação de uma  
342 indústria na área da saúde, nós estamos criando um país. Um país soberano, um país que tem  
343 cabeça, tronco e membro. Um país que é autoridade pra pensar, pra inovar, um país que não  
344 vai jogar fora a oportunidade nesse primeiro quarto do século 21. Esse país nós vamos  
345 construir e eu espero que a gente construa juntos”. Seguindo, expôs o diretor de Saúde da  
346 ANPG, **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Falcão e Sá**, que começou cumprimentando  
347 todas as pessoas e manifestando sua satisfação em retornar ao CNS, do qual fez parte, em  
348 2014, representado a ANPG. Explanou sobre o tema, na perspectiva de quem produz inovação  
349 e dos gargalos que impedem a produção de mais inovação. Nessa linha, disse que as PDPs  
350 são importantes, mas o SUS precisa ser o local de produção para dar as respostas de acordo  
351 com a realidade brasileira. Explicou que o Brasil possui um Plano Nacional de Pós-Graduação  
352 – PNPG e é preciso olhar os resultados das metas. Detalhou o resultado dos objetivos da meta  
353 14: Objetivo 1 – até 2024, aumentar para 60 mil o número de pessoas tituladas em mestrado –  
354 resultado parcial – 68.887 mestres titulados em 2019; e objetivo 2 da meta - Objetivo 1 – até  
355 2024, aumentar para 25 mil o número de pessoas tituladas em doutorado – resultado parcial:  
356 24.290 novos doutores titulados em 2019. Mostrou panorama de quantas pessoas ingressam e  
357 se formam no doutorado no Brasil, demonstrando abismo entre o número de pessoas que

358 começam e que titulam. Sobre o panorama da pós-graduação no Brasil, disse que o País  
359 ocupava a última posição em 2005 e, em 2017, avançou um pouco, mas segue com média  
360 muito abaixo de países que não são centrais. Sobre investimentos na formação de recursos  
361 humanos, disse que o país precisa expandir a pós-graduação e aumentar o número de  
362 doutores. Na pós-graduação, a média do Brasil é 0,8% e a meta da OCDE é 12,7%. No caso  
363 do doutorado, a média do Brasil é 0,2% e a média da OCDE é 1,1%. Ou seja, o Brasil precisa  
364 formar 1,5 milhões de doutores para atingir média da OCDE, o que significa impacto financeiro  
365 de R\$ 112 bilhões de reais ao longo de um período de tempo. Nesse contexto, disse que essa  
366 força é essencial para produzir ciência/conhecimento. Assim, frisou que é preciso enfrentar a  
367 crise sistêmica de formação de quadros técnicos de alto nível. Destacou que os gargalos desse  
368 processo são: ausência de direitos dos pós-graduandos; falta de perspectiva; evasão; e  
369 engessamento da pós-graduação. Inclusive, lembrou que os pós-graduandos possuem direitos  
370 de estudantes e de trabalhadores. Recordou que os pós-graduandos não têm direito à  
371 previdência (negada a possibilidade de adocimento; somente há pouco tempo foi aprovado  
372 que as mulheres pós-graduandas tenham acesso à licença maternidade). Também falou sobre  
373 a desvalorização das bolsas de estudos, explicando que há defasagem histórica desde 1995,  
374 menos 563% (mestrado – R\$ 4.624,00; e doutorado – R\$ 7.116,00); e defasagem histórica  
375 desde 2013, menos 86,5% (mestrado – R\$ 2.800,00; e doutorado – R\$ 4.833,00). Abordou  
376 ainda o desemprego entre jovens cientistas, explicando que a empregabilidade vem caindo ao  
377 longo dos anos e a maior parte dos empregos está no setor da educação. Assim, destacou que  
378 é preciso garantir que setores da economia como indústria e gestão também absorvam  
379 mestres e doutores, para assegurar inovação brasileira de ponta. Frisou que as consequências  
380 das condições adversas - processos sociais – é crise sistêmica de formação de quadros  
381 técnicos de alto nível do país, com aumento da evasão na pós-graduação; falta de procura;  
382 aumento da evasão na graduação (o país deixa de formar 30 mil mestres e 9 mil doutores);  
383 falta de perspectiva; e fechamento da janela demográfica. Ainda no âmbito dos processos,  
384 sociais, citou como consequência a perda de talentos: internacional (“Fuga de Cérebros”);  
385 regional (“Fuga de Cérebros regional”); e migração para o mercado informal e outras profissões  
386 (“trituração de diplomas”). Diante desse cenário, explicou que as propostas da ANPG são: a)  
387 reajuste das bolsas, em especial as que não foram reajustadas, a exemplo do PDSE; nova lista  
388 de cidades de alto custo; b) implementação de um mecanismo anual de reajuste de bolsas de  
389 estudos; c) universalização da oferta de bolsas; d) fim da devolução das bolsas em caso de  
390 afastamento ou desistência dos cursos de pós-graduação; e) 2,5% PIB para Ciência e  
391 Tecnologia; f) Mais editais que possam absorver profissionais com elevada mão de obra pelos  
392 ministérios; e g) editais de incorporação de mestres e doutores ao SUS para efetivação de  
393 pesquisas no SUS e para o SUS a partir da vivência prática. Reiterou que é preciso valorizar  
394 jovens pesquisadores, com cesta de direitos básicos – previdenciários, trabalhistas; e  
395 estudantis. Na linha de investimentos na formação de recursos humanos, destacou que a Nova  
396 Indústria Brasil possuiu como uma das linhas estratégicas políticas de formação e fixação de  
397 profissionais de nível superior e pós-graduandos nas empresas industriais. Além disso, é  
398 preciso transformar a relação pós-graduação e setor produtivo econômico, garantindo que o  
399 país seja produtor de inovação. Na linha dessa transformação, citou o Programa Pesquisa para  
400 o SUS como uma importância iniciativa de fomento à pesquisa. Em relação aos avanços,  
401 destacou que o Brasil retomou a produção de insulina capaz de suprir a demanda nacional.  
402 Além disso, citou a inauguração da primeira unidade da Hemobrás de produção de  
403 medicamento recombinante utilizado para hemofilia A. Por fim, convidou todas as pessoas a  
404 participarem do 29º Congresso Nacional de Pós-Graduandos da ANPG, que seria realizado de  
405 11 a 14 de julho de 2024. Na sequência, expôs a coordenadora de indústria de fármacos,  
406 biotecnologias e nanotecnologias do MDIC, **Constance Marie Chabin**, que iniciou  
407 agradecendo o convite e justificando a ausência do secretário do Ministério do  
408 Desenvolvimento, Uallace Moreira. Na sua fala, falou sobre a Nova Indústria Brasil, política  
409 industrial que visa impulsionar o desenvolvimento nacional, com sustentabilidade e inovação,  
410 em um horizonte de anos. Explicou que a política visa o aumento da produtividade e o  
411 adensamento tecnológico, com viés na inovação em ciência e tecnologia em todas as áreas.  
412 Detalhou que os instrumentos da nova política buscam o financiamento (investimento de R\$  
413 300 bilhões de reais até 2026 para diferentes áreas, sendo R\$ 21 bilhões não reembolsáveis;  
414 R\$ 71 bilhões reembolsáveis; e R\$ 8 bilhões de participação acionária, *equity*). Disse que a  
415 iniciativa prevê a utilização de outros instrumentos como incentivos fiscais, poder de compra  
416 do Estado, melhorias regulatórias e fortalecimento institucional. Detalhou as missões da  
417 Política: Missão 1 – Cadeias agroindustriais sustentáveis e digitais para a segurança alimentar,



418 nutricional e energética; Missão 2 - Complexo econômico industrial da saúde resiliente para  
419 reduzir as vulnerabilidades do SUS e ampliar o acesso à saúde; Missão 3 – Infraestrutura,  
420 saneamento, moradia e mobilidade sustentáveis para a integração produtiva e bem-estar nas  
421 cidades; Missão 4 - Transformação digital da indústria para ampliar a produtividade; missão 5 -  
422 Bioeconomia, descarbonização e transição e segurança energéticas para garantir os recursos  
423 para as futuras gerações; e Missão 6 - Tecnologias de interesse para a soberania e a defesa  
424 nacionais. Salientou que a pandemia da COVID-19 apontou a necessidade de fortalecer ainda  
425 os Sistemas de Saúde para garantir a soberania dos países. Ou seja, é preciso investir e  
426 fortalecer ainda mais o SUS, além de priorizar a inovação. Recordou que o Brasil possui forte  
427 dependência externa na questão de insumos e, para resolver essa situação, estão sendo  
428 empregadas diferentes estratégias para fortalecer a transferência de tecnologia e  
429 desenvolvimento no âmbito do país. Em termos gerais, disse que está previsto o aporte de R\$  
430 66 bilhões até o final deste mandato, com recursos do Banco Nacional de Desenvolvimento  
431 Econômico e Social - BNDES, da Financiadora de Estudos e Projetos -FINEP e da Empresa  
432 Brasileira de Pesquisa e Inovação Industrial – Embrapii. Destacou que esses recursos são  
433 destinados a projetos que se enquadram na matriz de desafios produtivos, publicados pelo  
434 Ministério da saúde no ano passado. Frisou que o Ministério do desenvolvimento, Indústria,  
435 Comércio e Serviço compõe o Geceis, como coordenador adjunto, e os recursos destinados à  
436 missão 2 são direcionados ao fortalecimento da estratégia para o fortalecimento do complexo  
437 econômico industrial da saúde. Citou, por exemplo, a destinação de R\$ 45 milhões ao Butantã  
438 para o desenvolvimento da vacina tetravalente contra a influenza. Citou que outro componente  
439 importante é o PAC Saúde, com recursos na ordem de R\$ 31 bilhões voltados para o  
440 reaparelhamento do SUS – UPAs, complexo econômico industrial. Inclusive, disse que uma  
441 comissão, da qual o MDIC é integrante, define margem de preferências, com discussão de  
442 meios para promover o fortalecimento industrial e a inovação a partir de demandas.  
443 Acrescentou que outro ponto importante refere-se à reforma tributária, com o objetivo de  
444 garantir a desoneração de insumos críticos para a saúde e a isonomia tributária especialmente  
445 na área de dispositivos médicos. Falou ainda da melhoria do ambiente de negócios e  
446 regulatória que visa diminuir barreiras e simplificar procedimentos de forma a agilizar processos  
447 internos. Além disso, no âmbito do fortalecimento institucional, citou o apoio à ANVISA e ao  
448 INPI para realização de concursos, fortalecimento dos sistemas e agilidade ao processo de  
449 registro e também aprovação de pedidos de patentes no país. Por fim, disse que o MDIC e o  
450 Ministério da Saúde compõem a Câmara Nacional de Regulação dos medicamentos, espaço  
451 de debate de uma série de reformas relativas à precificação, buscando tornar mais ágil os  
452 procedimentos e o processo de diversificação de medicamentos no país. **Manifestações.**  
453 Conselheira **Débora Melecci**, coordenadora da CICTAF, agradeceu as exposições das  
454 pessoas convidadas e lembrou que naquele momento estava ocorrendo reunião da Sociedade  
455 Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC, com avaliação dos resultados da estratégia do  
456 complexo econômico. Reconheceu o avanço do complexo industrial como componente da  
457 Política industrial brasileira, mas ponderou que é preciso enfrentar os desafios. Entre eles,  
458 garantir articulação do complexo produtivo com diferentes políticas públicas. Também solicitou  
459 comentários sobre a política de precificação de medicamentos, lembrando, inclusive, termo de  
460 cooperação do Brasil com Cuba, sobre impostos. Destacou ainda o papel importante da  
461 Hemobrás na produção de hemoderivados e recombinantes. Além dessas questões,  
462 agradeceu o apoio do governo brasileiro ao Estado do Rio Grande do Sul e perguntou como  
463 garantir apoio para reconstrução das indústrias gaúchas, com definição de programa de  
464 desenvolvimento para o Estado. Por fim, reafirmou o apoio aos pós-graduandos, reiterando a  
465 importância de garantir os direitos e reconhecer essa força de trabalho. Conselheira **Shirley**  
466 **Marshal Díaz Morales** saudou as pessoas convidadas e reconheceu o esforço do governo  
467 federal para mitigar os danos que o Brasil vem sofrendo, inclusive em relação à ciência e  
468 tecnologia, com enfrentamento de iniciativas que prejudicam o desenvolvimento do complexo  
469 econômico (*fake news*, por exemplo). Também perguntou quais as ações adotadas pelo  
470 Ministério da Saúde e pelo MDIC para valorização das pessoas que realizam pesquisa no país,  
471 de modo a evitar a ida de pesquisadores para outros países, por falta de valorização e  
472 investimento. Nas suas palavras, é preciso entender a Política de Ciência e Tecnologia  
473 considerando as pessoas pesquisadoras como ponto central. Conselheiro **Neilton Araújo de**  
474 **Oliveira** salientou que este é um tema oportuno e estratégico e lembrou que saúde é também  
475 direito, política e fator de desenvolvimento. Em relação ao complexo industrial e de inovação,  
476 salientou que é preciso mudar a lógica e pensar no trabalhador e as pessoas que são  
477 beneficiadas com o produto novo e não apenas no recurso que será investido neste processo.



478 Nessa linha, disse que é desafio do CNS, do Ministério da Saúde, do governo e das entidades  
479 que compõem o Conselho levar este debate para a sociedade nesta linha de mudança de  
480 lógica (o fluxo é “discurso, norma e prática”). Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos Filho**  
481 reiterou o compromisso político do governo Lula com a inovação tecnológica em favor do Brasil  
482 e da sociedade, diferente do governo anterior que, entre outros retrocessos, fechou o Centro  
483 Nacional de Tecnologia Eletrônica Avançada – Ceitec, única fábrica de produção de chips da  
484 América Latina. Também concordou que é preciso formar e reter mestres e doutores no país e  
485 sugeriu substituir a palavra “missão” por compromissos ou metas, inclusive para evitar alusão  
486 ao governo anterior. Conselheira **Francisca Valda da Silva** saudou a mesa por pautar o tema  
487 e cumprimentou o governo pela ousadia de investir no complexo econômico da saúde, uma  
488 agenda estratégica para o futuro. Manifestou preocupação do Conselho com o “garrote” que  
489 impossibilita investimento e perguntou quanto seria necessário para esse projeto, considerando  
490 os anos de desmonte desta área. Inclusive, quis saber como agir diante das ameaças de  
491 contingenciamento do orçamento da saúde. Conselheiro **Carlos Fidelis da Ponte** salientou  
492 que o CEBES luta contra as políticas de austeridade e atividades que não contribuem para  
493 redistribuição de renda - juros, estrutura tributária, entre outros. Para melhor entendimento da  
494 situação, fez os seguintes questionamentos: como está a relação com o G20?; como o BRICS  
495 entra nessa história?; e como ficou a planta de Santa Cruz? Por fim, disse que esta é uma  
496 política importante, mas precisa articular-se com outras políticas para avançar. Conselheira  
497 **Helena Ferreira Magalhães** elogiou a Política e fez os seguintes questionamentos para  
498 suscitar reflexão: como a Política chegará à sociedade; e como se dará a divulgação desta  
499 iniciativa? **Retorno da mesa.** A coordenadora de indústria de fármacos, biotecnologias e  
500 nanotecnologias do Ministério MDIC, **Constance Marie Chabin**, agradeceu os comentários e  
501 fez as seguintes considerações: a retomada desta pauta é um desafio – estabelecer uma nova  
502 política industrial e reaparelhar a questão institucional; a utilização do termo “missão” busca  
503 trazer uma visão mais plural e abrangente, ou seja, política voltada à resolução de problemas;  
504 o governo federal anunciará a próxima etapa do Projeto no mês de agosto – refinamento das  
505 metas das missões; está previsto montante de quase R\$ 400 milhões para a Hemobrás  
506 visando a conclusão de fábrica para produção de imunoglobulina e outros derivados  
507 estratégicos; e há previsão de recurso para a Complexo de Santa Clara (recursos do PAC). O  
508 diretor de Saúde da ANPG, **Dalmare Anderson Bezerra de Oliveira Falcão e Sá**, também  
509 agradeceu as falas e pontuou as seguintes questões a partir das falas: é preciso priorizar o  
510 debate sobre valorização de cientistas, mestres, doutores, residentes (levar para debate na 4ª  
511 CNGTES e realizar conferência livre a respeito); é preciso pensar na inovação a partir do  
512 fortalecimento da indústria brasileira estatal - laboratórios oficiais; pandemia da COVID-19  
513 mudou a relação da sociedade com o SUS; é preciso divulgar à sociedade que a política  
514 industrial econômica da saúde possibilitará a diminuição do custo dos medicamentos e a  
515 ampliação do acesso a partir do SUS; a indústria brasileira fortalecida é essencial para  
516 desenvolvimento nacional forte e soberano; a Política gera renda e emprego para a população;  
517 os cortes financeiros afetam sempre os direitos e o desenvolvimento econômico do país; a  
518 ANPG é contra qualquer proposta que diminua direitos; é importante garantir PIB (pelo menos  
519 2,5%) para ciência e tecnologia; e é preciso reter os pesquisadores no país, com produção nas  
520 mais diversas regiões. O Secretário Adjunto/SECTICS/MS, **Leandro Safatle**, também  
521 agradeceu as falas e fez os seguintes comentários: a ideia é desenvolver o modelo de  
522 desenvolvimento nacional, considerando a saúde como motor de crescimento para o país; a  
523 saúde deve ser vista como porta de entrada para o desenvolvimento do país – “SUS é PIB”; a  
524 utilização do termo “missão” visa trazer a ideia de novas políticas para resolver problemas  
525 concretos; as necessidades do SUS são as orientadoras das políticas da área da saúde; a  
526 Política traz a possibilidade do poder de compra para desenvolver a inovação local (pesquisa,  
527 pesquisador, emprego, desenvolvimento de tecnologias para o país); serão destinados quase  
528 R\$ 9 milhões para investimento no complexo produtivo da saúde, via PAC (nunca houve); a  
529 capacidade produtiva irá mais que dobrar, com investimento em laboratórios públicos; avanço  
530 na produção de hemoderivados – é prioridade nacional avançar com a questão da Hemobrás e  
531 da fábrica de Santa Cruz; e uma série de investimentos está sendo feita para avançar, em  
532 articulação com várias políticas. Conselheira **Débora Melecci**, coordenadora da CICTAF,  
533 agradeceu as falas e aproveitou para lembrar que 95% da sua lista de medicamentos do  
534 Programa Farmácia Popular encontrava-se na gratuidade. Também informou que será  
535 realizado seminário conjunto (Comissões do CNS - Intersetorial de Ciência, Tecnologia e  
536 Assistência Farmacêutica – CICTAF; Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS e Intersetorial  
537 de Saúde da Pessoa com Patologia – CISPP) para debater precificação de medicamentos, no

538 dia 23 de julho de 2024 e os resultados serão apresentados pelo CNS. Por fim, afirmou que a  
539 mesa traduz o compromisso do governo federal, apoiado pelo controle social, para garantir  
540 suficiência nacional e um SUS que atenda as necessidades sociais, associado a programa de  
541 geração de renda e valorização da força de trabalho. O Presidente do CNS agradeceu as  
542 contribuições e passou aos encaminhamentos. **Encaminhamento: o Pleno decidiu aguardar**  
543 **os resultados do seminário que irá debater precificação de medicamentos, a ser**  
544 **realizado no dia 23 de julho de 2024, de forma conjunta pelas Comissões do CNS -**  
545 **Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF;**  
546 **Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS e Comissão Intersetorial de Saúde**  
547 **da Pessoa com Patologia – CISPP, para dar os encaminhamentos necessários a esta**  
548 **temática.** Com essa definição, a mesa agradeceu a presença das pessoas convidadas e, às  
549 12h45, encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes: *Titulares* - **Ana**  
550 **Lúcia da Silva Marçal Paduelo**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças  
551 Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Antônio Magno de Sousa Borba**,  
552 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Carlos**  
553 **Fidelis da Ponte**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Débora Raymundo**  
554 **Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR; **Dulcilene Silva Tiné**,  
555 Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço  
556 Social (CFESS); **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e  
557 Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB); **Ethel Leonor Noia Maciel**, Ministério da Saúde (MS);  
558 **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando**  
559 **Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisca**  
560 **Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Gabriel Henrique Pereira de**  
561 **Figueiredo**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Gilson Silva**, Força Sindical (FS);  
562 **Cledson Fonseca Sampaio**, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+  
563 BRASIL); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana**  
564 **Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas  
565 (REDE CANDACES BR); **José Ramix de Melo Pontes Junior**, Confederação Nacional dos  
566 Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Rafaela Bezerra**  
567 **Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Lucia**  
568 **Regina Florentino Souto**, Ministério da Saúde (MS); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato  
569 Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI); **Luiz Carlos**  
570 **Ferreira Penha**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB);  
571 **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Maria**  
572 **Thereza Almeida Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down  
573 (FBASD); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em  
574 Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho Federal de  
575 Nutricionistas (CFN); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde (MS); **Nelson Augusto**  
576 **Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Paula Johns**, Associação de Controle  
577 do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT); **Shirley Marshal Díaz**  
578 **Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência  
579 Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); e **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**,  
580 Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ). *Suplentes* – **Abraão**  
581 **Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Aila Vanessa David de Oliveira**  
582 **Sousa**, Ministério da Saúde (MS); **Altamira Simões dos Santos de Sousa**, Rede Nacional Lai  
583 Lai Apejo - Saúde da População Negra e AIDS; **Albanir Pereira Santana**, Federação Nacional  
584 das APAES – FENAPAES; **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas –  
585 FIO; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **Edna Maria dos**  
586 **Anjos Mota**, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); **Eliane Maria Nogueira de Paiva**,  
587 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL);  
588 **Elidio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
589 (CONASEMS); **Jacildo de Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e  
590 Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF); **Jonas Matos da Silva**,  
591 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **João Alves do**  
592 **Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Ligia Aparecida**  
593 **Correa Cardieri**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos  
594 (RNFS); **Neide Barros da Silva**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais  
595 (MBHV); **Paulo Henrique Scrivano Garrido**, Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia,  
596 Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC-SN); **Raimundo Carlos Moreira Costa**,  
597 Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT

598 (SINTAPI-CUT); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL);  
599 **Silvana Nair Leite Contezini**, Escola Nacional dos Farmacêuticos (ENFAR); **Silvia Cavalleire**  
600 **da Silva**, União Nacional LGBT (UNA-LGBT, **Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto**, Retina  
601 Brasil; **Thiago Soares Leitão**, Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde –  
602 RENAFRO; **Valcler Rangel Fernandes**, Ministério da Saúde – MS; e **Veridiana Ribeiro da**  
603 **Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF. Retomando, às 14h10, a mesa foi composta para  
604 o item 4 da pauta. **ITEM 4 – CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - 4ª Conferência Nacional de**  
605 **Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Informes. 5ª Conferência Nacional de Saúde**  
606 **do Trabalhador e da Trabalhadora – Informes - Composição da mesa:** conselheira  
607 **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Francisca**  
608 **Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho**  
609 **e Educação em Saúde – Informe.** Conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora  
610 do CNS, informou que o processo preparatório da 4ª CNGTES corria dentro do programado,  
611 com realização das etapas preparatórias. **Não houve deliberação. 5ª Conferência Nacional**  
612 **de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – a) Informe sobre o 10º Encontro Nacional**  
613 **das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CISTTÃO; b)**  
614 **apresentação da logomarca; e c) apreciação de minuta de resolução que altera as**  
615 **Resoluções CNS nºs 743/2024 e 744/2024.** Primeiro, conselheira **Madalena Margarida da**  
616 **Silva Teixeira**, da Mesa Diretora do CNS, fez um informe sobre o 10º Encontro Nacional das  
617 Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTTÃO, que seria  
618 realizado de 16 a 18 de julho, em Brasília, como etapa preparatória para a 4ª CNGTES e a 5ª  
619 CNSTT, com debate sobre os desafios e avanços sobre o tema na perspectiva de usuários e  
620 trabalhadores do SUS. Inclusive, recordou que o evento seria transmitido pelo Youtube,  
621 podendo ser acompanhado por aqueles que não conseguissem participar presencialmente. Em  
622 seguida, a coordenadora da ASCOM/CNS, **Viviane Claudino**, apresentou a logomarca da 5ª  
623 CNSTT, elaborada com base nas orientações da comissão organizadora: representar  
624 trabalhadores e trabalhadoras das mais diferentes identidades, origens, regiões e ocupações,  
625 fazendo todo o possível para não privilegiar nenhum tipo de trabalho; e ter como foco o ser  
626 humano, não uma ocupação ou algumas ocupações específicas, para não excluir nenhuma  
627 pessoa trabalhadora. Seguindo essas orientações, disse que a logomarca tem como referência  
628 o número cinco com uma figura humana sintetizada no seu centro. O número é formado por  
629 diferentes formas e cores que se apoiam e se complementam, representando a diversidade e a  
630 força da classe trabalhadora. Aberta a palavra ao Pleno, as manifestações foram de elogio à  
631 proposta elaborada pela equipe de comunicação do Conselho. A consultora técnica, **Olga de**  
632 **Oliveira Rios**, representando a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde do  
633 Trabalhador/MS, agradeceu o empenho do Conselho para realização da 5ª CNSTT e reforçou  
634 o compromisso da Coordenação neste processo. Inclusive, destacou a atuação da  
635 Coordenação nos territórios para estimular os debates para realização da Conferência. **Não**  
636 **houve deliberação.** Em seguida, conselheira **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, da  
637 Mesa Diretora do CNS, apresentou minuta de resolução, enviada com antecedência, que  
638 altera o inciso V do artigo 5º da Resolução CNS nº 743, de 14 de março de 2024. O texto é o  
639 seguinte: “Resolução nº 000, de 00 de julho de 2024. O Plenário do Conselho Nacional de  
640 Saúde (CNS), em sua Trecentésima Quinquagésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos  
641 dias 10 e 11 de julho de 2024, e no uso de suas competências regimentais e atribuições  
642 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro  
643 de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de  
644 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do  
645 Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e Considerando que a Constituição Federal  
646 de 1988 eleva a participação da comunidade ao status de diretriz do Sistema Único de Saúde,  
647 em seu Art. 198; considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe que a  
648 participação da comunidade na gestão do SUS é um requisito essencial à democracia  
649 brasileira e que a Conferência de Saúde é uma instância colegiada que conta com a  
650 representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as  
651 diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes; considerando a  
652 Resolução CNS nº 723, de 09 de novembro de 2023, que convocou a 5ª Conferência Nacional  
653 de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (5ª CNSTT); e considerando a Resolução CNS nº  
654 744, de 14 de março de 2024, que aprovou o Regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde  
655 do Trabalhador e da Trabalhadora - 5ª CNSTT. Resolve: Art. 1º Alterar o inciso V do artigo 5º  
656 da Resolução CNS nº 743, de 14 de março de 2024, que passa a vigorar com a seguinte  
657 redação: “(...) V - Encaminhar o Relatório Final da 5ª CNSTT para o CNS e para o Ministério da

658 Saúde, até 60 (sessenta) dias após o encerramento da Conferência, com prazo de edição  
659 previsto para o segundo semestre de 2025, para ampla divulgação e início dos processos de  
660 monitoramento.” Art. 2º Alterar a Resolução CNS nº 744, de 14 de março de 2024, nos  
661 seguintes termos: I - Onde se lê “Etapa Regional/Macrorregional”, leia-se “Etapa  
662 Municipal/Regional/Macrorregional”; e II - Alterar a data da Etapa Nacional, que passa a vigorar  
663 com a seguinte redação: “Art. 7º. [...] IV - Etapa Nacional: de 22 a 25 de julho de 2025”. Art. 3º  
664 Acrescentar dispositivo ao Art. 7º da Resolução CNS nº 744, de 14 de março de 2024, que  
665 trata do período de realização das etapas da Conferência, que passa a vigorar com a seguinte  
666 redação: “Art. 7º. [...] §10 Nas etapas da 5ª CNSTT, previstas nos incisos I e II, orienta-se pela  
667 realização de conferências na modalidade presencial, tendo em vista ser fundamental garantir  
668 a ampla e irrestrita participação social e a representatividade dos diversos segmentos da  
669 sociedade brasileira, assegurando o debate democrático, a troca de experiências e a  
670 construção coletiva de diretrizes e propostas no âmbito da saúde do Trabalhador e da  
671 Trabalhadora, por meio do acesso equitativo às discussões aos mais diversos grupos,  
672 especialmente aqueles excluídos digitalmente; §11 A modalidade virtual ou híbrida de  
673 conferências poderá ser realizada em âmbito nacional, conforme o inciso III (Conferências  
674 Nacionais Livres), assegurado o fornecimento técnico adequado para amparo às discussões,  
675 bem como ações de inclusão digital, visando minimizar as barreiras de acesso à internet e  
676 garantir a participação efetiva de todos os atores envolvidos nos processos deliberativos e  
677 participativos do SUS; §12 Nas etapas municipais/regionais, estaduais/distritais (incisos I e II),  
678 a modalidade virtual poderá ser realizada em casos excepcionais, justificados por eventos  
679 como calamidade pública ou outras emergências que impeçam a realização de eventos  
680 presenciais, desde que se assegure o fornecimento técnico adequado para amparo às  
681 discussões, bem como ações de inclusão digital, visando minimizar as barreiras de acesso à  
682 internet e garantir a participação efetiva de todos os atores envolvidos, especialmente àqueles  
683 mais afetados, a fim de garantir a continuidade dos processos deliberativos e participativos do  
684 SUS.” Art. 4º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.” Não houve  
685 manifestações sobre a minuta. **Deliberação: a resolução foi aprovada.** Conselheira  
686 **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, informou que as comissões temáticas  
687 estavam trabalhando arduamente para garantir a realização da Conferência. Disse que foi feito  
688 levantamento sobre as etapas preparatórias realizadas e destacou que alguns Estados não  
689 apresentaram informações sobre as conferências realizadas no local (Amapá, Mato Grosso do  
690 Sul, Pará, Rio Grande do Sul, Rondônia, Espírito Santo e São Paulo). Ressaltou que é preciso  
691 atualizar as informações a respeito dessas etapas preparatórias para a etapa nacional. No  
692 caso de Rondônia, conselheira **Edna Maria Mota**, informou que foram realizadas 23  
693 conferências municipais, cinco conferências microrregionais, duas regionais, e a conferência  
694 estadual. Conselheira **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa** informou que a ABRAZ  
695 realizaria o 12º Congresso e uma das mesas seria uma etapa preparatória da 4ª CNSTT. Por  
696 fim, conselheira **Francisca Valda da Silva** informou que a comunicação do CNS estava  
697 organizando uma série de atividades e, nessa linha, disse que no dia seguinte seria realizada  
698 sala de convidados no Canal Saúde, presencialmente, com a participação das conselheiras  
699 Altamira Simões, Francisca Valda e Isabela Cardoso (atividade custeada pelo Canal Saúde).  
700 **ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE**  
701 **TRABALHO – CIRHRT/CNS - Coordenação:** conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da  
702 Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:** conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa  
703 Diretora do CNS e coordenadora da CIRHRT/CNS. Iniciando este ponto de pauta, conselheira  
704 **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS, lembrou que os pareceres  
705 elaborados pela Comissão eram enviados com antecedência a todos os integrantes do Pleno  
706 e, conforme definição anterior do Pleno do Conselho, na reunião do Pleno eram apresentados  
707 dados gerais desses pareceres. Feito esse resgate, conselheira **Francisca Valda da Silva**, da  
708 Mesa Diretora do CNS, apresentou dados sobre os pareceres elaborados pela Comissão no  
709 período de 2 a 23 de março de 2024 (21 dias), no total de trinta, sendo 22 insatisfatórios e oito  
710 satisfatórios com recomendações. A situação dos processos analisados é a seguinte: **1)**  
711 **Relação nº de processos analisados e curso – número de processos analisados e ato**  
712 **regulatório - Autorização: 5; Autorização vinculada a Credenciamento – 6; e Reconhecimento:**  
713 **19; 2) Relação nº de processos analisados e Curso - Enfermagem: 6; Medicina: 8;**  
714 **Odontologia: 1; e Psicologia: 15; 3) Relação de cursos e tipo de ato regulatório: Enfermagem: 6**  
715 **de Reconhecimento; Medicina: 3 de Autorização e 5 de Autorização vinculado a**  
716 **credenciamento; Odontologia: 1 de Reconhecimento; Psicologia: 2 de Autorização, 12 de**  
717 **Reconhecimento e 1 de Autorização vinculado a Credenciamento; e 4) Relação nº de**

718 processos analisados e parecer final: 22 insatisfatórios; e 8 satisfatórios com recomendações.  
719 **Manifestações.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** recordou que, na reunião anterior,  
720 chamou a atenção para a discrepância entre os pareceres do CNS e os do INEP e, naquela  
721 oportunidade, leu um parecer relativo a um curso de Psicologia, que demonstrava essa  
722 diferença entre a posição dos dois órgãos. Em relação aos pareceres apresentados naquele  
723 momento, fez um destaque ao parecer insatisfatório da CIRHRT/CNS ao pedido de autorização  
724 de Curso de Medicina na Universidade Evangélica de Goiás, em Ceres/GO. Diferente do  
725 parecer da Comissão, defendeu que o processo da referida instituição fosse satisfatório com  
726 recomendações, inclusive por conta da análise feita pela Comissão que apontava muitos  
727 favoráveis. Destacou que o parecer do CNS, mesmo com caráter consultivo, possuía peso  
728 importante, e as instituições de ensino buscavam parecer favorável deste Colegiado. Portanto,  
729 avaliou que o parecer insatisfatório à instituição, diante de tantos pontos positivos apontados  
730 no parecer, poderia fragilizar o Conselho neste processo de análise. Inclusive, informou que  
731 tratara dessa questão com a coordenadora da Comissão e decidira trazer ao Pleno para  
732 manifestação. Conselheira **Elaine Junger Pelaez**, integrante da CIRHRT, explicou que a  
733 análise dos processos e emissão de pareceres era um processo criterioso que considerava  
734 uma série de critérios. Disse que alguns itens possuíam peso maior, como, por exemplo, o  
735 campo de prática dos alunos. Ou seja, o parecer não possuía relação com a quantidade de  
736 item, mas sim o peso desses itens. Reforçou a expertise e a experiência das pessoas  
737 integrantes da Comissão na análise dos processos. Conselheira **Helenice Yemi Nakamura**,  
738 ex-integrante da Câmara Técnica da Comissão, reforçou a fala da conselheira Elaine Pelaez e  
739 acrescentou que os pareceres eram debatidos entre os pareceristas para posição final. Disse  
740 que o processo de análise é feito por pessoas com expertise, considerando as normativas do  
741 CNS. Conselheiro **Gilson Silva** saudou a Comissão pela qualidade do trabalho e manifestou  
742 apoio aos pareceres apresentados. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da  
743 Comissão, detalhou as fases de análise, por parte do CNS, dos processos encaminhados pelo  
744 MEC: análise pela assessoria; análise por avaliador e elaboração de nota técnica, com  
745 pesquisa em banco de dados; análise (com base em resolução aprovada no mês de setembro  
746 de 2023); revisão do parecer; e apreciação e deliberação do Colegiado da Comissão (inclusive  
747 com a participação do MEC nas reuniões, que são geralmente virtuais por conta do volume de  
748 trabalho). Reforçou que a Comissão trabalha segundo fluxo de resolução aprovada pelo CNS,  
749 inclusive por conta da impossibilidade de discutir um por um os processos e seus pareceres.  
750 Esclareceu que, diante do questionamento apresentado pelo conselheiro Neilton Araújo, a  
751 Comissão resgatou pareceres da área técnica da CERES, do INEP, da SGTES e fez uma  
752 discussão interna com grupo menor de relatores com bastante experiência e foram  
753 identificados pontos de fragilidade. Antes de discorrer a respeito, fez questão de frisar que a  
754 avaliação do INEP não é a mesma que o CNS realiza. A análise do Conselho é feita com base  
755 em cinco resoluções, com comparações entre diferentes documentos – PDI, PPC, relatório do  
756 INEP - observando aspectos como rede da região, número de habitantes, quantidade de  
757 profissionais da região, número de vagas de cursos e número de habitantes da região,  
758 coeficientes, a fim de avaliar a necessidade social do curso. No caso do parecer em questão,  
759 disse que um ponto de fragilidade é a análise da capacidade instalada no município: a  
760 instituição de ensino baseia-se muito em leito hospitalar (dois hospitais próprios) e a intenção é  
761 a formação na atenção básica para modificar o perfil do profissional e o modelo de atenção.  
762 Salientou que a diretriz é levar os cursos para onde há necessidade de profissional para  
763 aumentar o desenvolvimento da região. Destacou outros aspectos do parecer apontando  
764 fragilidade em relação ao referido curso: análise da capacidade instalada do município – refere-  
765 se a complexo médico relativo a atenção curativa: hospitais e leitos de UTI; a instituição traz  
766 dados significativos da macrorregião de saúde, mas não apresenta análise da capacidade  
767 instalada, considerando taxa de ocupação de serviços, cobertura da população; e inserção de  
768 alunos no cenário de práticas - mesmo considerando a revisão semestral. Conselheiro **Neilton**  
769 **Araújo de Oliveira** reiterou seu reconhecimento ao trabalho realizado pela CIRHRT/CNS e  
770 frisou que não é a favor da abertura indiscriminada de cursos de Medicina e de nenhum outro  
771 da área da saúde. Sobre o Curso de Medicina na Universidade Evangélica de Goiás, em  
772 Ceres/GO, disse que a coordenadora da Comissão fez a leitura de trechos de um novo  
773 parecer, diferente daquele enviado com antecedência aos conselheiros e às conselheiras. Ou  
774 seja, os dados lidos não constavam no parecer enviado previamente. Para melhor  
775 compreensão, fez a leitura de alguns trechos do parecer da Comissão enviado com  
776 antecedência: “Com relação ao eixo coerência do PPC com as necessidades sociais, o Projeto  
777 em análise contempla alguns dos tópicos de avaliação, a exemplo da carga horária total de 8

778 640 horas com estrutura curricular que atende aos requisitos legais Também em relação à  
779 metodologia proposta que atende ao preconizado nas DCN como o relatório e MEC pontua é  
780 inovadora, com metodologias ativas de aprendizado, com a integração entre metodologias  
781 ativas e tradicionais de ensino, num modelo que já funciona muito bem no curso de Medicina  
782 em outro campo da Instituição. No tocante à interdisciplinaridade esta é pensada de forma  
783 contínua, perpassando por três eixos estruturantes Eixo Humanístico Profissional Eixo Técnico  
784 Científico e Eixo Comunitário Assistencial, e a integração com o SUS possibilitará o trabalho  
785 em equipes multidisciplinares e multiprofissionais. As questões da diversidade serão  
786 contempladas enquanto temas transversais ao longo do curso. O módulo de Habilidades  
787 Médicas, por exemplo, contempla conteúdos relacionados à diversidade étnica, racial e de  
788 gênero, populações marginalizadas e negligenciadas, os direitos da criança e adolescente,  
789 direitos das mulheres, dos idosos, dependência química, finitude humana e cuidados paliativos.  
790 O eixo relevância social do curso em análise atende ao preconizado na avaliação no tocante à  
791 manutenção pela Instituição de uma Política de Apoio ao Discente com várias iniciativas,  
792 desenvolvidas, por exemplo, pelo Núcleo de Apoio Pedagógico e Núcleo de Acessibilidade e  
793 Inclusão e Programa de Apoio Financeiro que inclui bolsas do PROUNI e FIES e bolsas  
794 integral e parcial da própria Instituição. Do mesmo modo, em relação à articulação com a  
795 comunidade, vez que, segundo o PPC, o Eixo Comunitário Assistencial busca o  
796 desenvolvimento de uma prática de ação comunitária com responsabilidade social, integrada  
797 em uma equipe multidisciplinar, desde o primeiro período do curso. Os Projetos de Saúde na  
798 Comunidade são realizados uma vez por semestre em cada módulo de Medicina Integrada em  
799 Ensino e Saúde da Comunidade, por 8 semestres consecutivos, construídos em parceria com a  
800 equipe das UBS, bem como realizam ações intersetoriais, envolvendo os setores da Educação,  
801 Meio Ambiente, dentre outros. Quanto aos tópicos que a proposta deixa a desejar, tem-se de  
802 início a ausência de referência de que os cursos de graduação ofertados pela Instituição  
803 estejam em acordo com demandas constantes de Planos de Saúde, estadual ou municipais".  
804 Assim, afirmou que seria incongruente aprovar parecer insatisfatório diante de tantos pontos  
805 positivos apontados no parecer da CIRHRT. Salientou que um parecer insatisfatório deve ser  
806 justificado com pontos negativos, o que não era o caso, inclusive para evitar descrédito do  
807 Conselho e nulidade do processo de avaliação deste Colegiado. Além disso, citou que outros  
808 pontos apontados como defasagem não era de responsabilidade da instituição. Sendo assim,  
809 pediu vistas ao parecer relativo ao Processo nº. 202307227 e informou que apresentaria  
810 relatório na próxima reunião do Conselho, para deliberação. Inclusive, informou que o parecer  
811 do CNS já havia sido publicado no Sistema do MEC. Por fim, solicitou que todos os integrantes  
812 do Conselho fizessem a leitura do parecer elaborado pela Comissão. Conselheira **Fernanda**  
813 **Lou Sans Magano** explicou que a situação posta era delicada visto que o conselheiro Neilton  
814 Araújo, que não é membro da CIRHRT, solicitou vistas ao processo elaborado pela Comissão.  
815 Além disso, o parecer foi publicado *ad referendum* do Pleno do Conselho. Manifestou  
816 preocupação com a solicitação, por entender que o pedido de vistas fragilizava a Comissão e o  
817 Pleno do Conselho. Lembrou, inclusive, que é preciso fortalecer a Comissão que, após longo  
818 período, retomou relacionamento com o MEC. Além disso, destacou que os dois processos  
819 citados pelo Conselheiro Neilton Araújo (na reunião passada e nesta reunião) diziam respeito a  
820 mesma universidade. Considerando a impossibilidade de modificar o parecer já publicado no  
821 sistema do MEC e a necessidade de valorizar o trabalho da Comissão, propôs que a Mesa  
822 Diretora do CNS promovesse debate sobre o processo de avaliação dos processos de  
823 abertura, reconhecimento e renovação de cursos da saúde e o tema retornasse ao Pleno do  
824 Conselho para encaminhamentos, considerando o fluxo de trabalho da Comissão e as  
825 legislações aprovadas. Diante da fala da conselheira Fernanda Magano, conselheiro **Neilton**  
826 **Araújo do Oliveira** lembrou alguns dispositivos do Regimento Interno do CNS: as comissões  
827 são assessoras do Pleno e o Plenário é soberano; a aprovação *ad referendum* do Pleno pode  
828 ser contestada por qualquer conselheiro ou conselheira; e qualquer conselheiro ou conselheira  
829 pode pedir vistas de um processo, seguindo o trâmite. Destacou, inclusive, que nem sempre o  
830 pedido de vistas significa contraposição à matéria. Acrescentou que o parecer da Comissão  
831 apresentava incompatibilidade entre a análise e a conclusão e, por essa razão, solicitou vistas.  
832 Todavia, entendendo a necessidade do diálogo, retirou seu pedido de vistas e acatou o  
833 encaminhamento de debater na próxima reunião da Mesa da Diretora do CNS e trazer  
834 encaminhamento ao Pleno na próxima reunião do Conselho. No mais, disse que precisa ser  
835 assegurada ao Conselho a possibilidade de modificar um parecer já publicado pelo MEC.  
836 Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** explicou que não é possível alterar parecer do CNS  
837 já publicado no MEC, portanto, a proposta é debater este tema na Mesa Diretora do CNS para

838 pareceres futuros. Inclusive, reiterou que é preciso reconhecer o árduo trabalho dos  
839 pareceristas e a seriedade do trabalho da Comissão. Dito isso, retomou o encaminhamento: a  
840 Mesa Diretora do CNS promoverá debate sobre o processo de avaliação dos processos de  
841 abertura, reconhecimento e renovação de cursos da saúde e o tema retornará ao Pleno do  
842 Conselho para definição. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** fez dois acréscimos ao  
843 encaminhamento: que os conselheiros e as conselheiras leiam o parecer em destaque; e que o  
844 parecer elaborado pela Comissão (enviado a todos os integrantes do Conselho com  
845 antecedência) fosse incluído, na íntegra, na ata da reunião. Conselheira **Camila de Lima**  
846 **Sarmento** discordou do encaminhamento do Conselheiro Neilton Araújo e reiterou a qualidade  
847 do trabalho da Comissão na análise de processos, feito com base em critérios já aprovados.  
848 Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales** solidarizou-se com o trabalho da Comissão e  
849 recordou que a apresentação dos pareceres, de forma sucinta, foi pactuada no Pleno do CNS,  
850 a fim de garantir maior celeridade à deliberação. Também manifestou preocupação com a fala  
851 do conselheiro sobre a publicação de documentos do CNS *ad referendum* e recordou que o  
852 Ministério da Saúde publicou vários documentos antes da aprovação do Conselho. Por fim,  
853 disse que o debate é importante, todavia, solicitou que proposições para mudança nos  
854 regramentos da análise sejam debatidas no Pleno do Conselho, para posicionamento.  
855 Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** perguntou se o conselheiro Neilton Araújo mantinha  
856 os acréscimos ao encaminhamento. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** manteve os  
857 encaminhamentos, entendendo que transcrever facilitaria que todos tomassem conhecimento  
858 do parecer. Inclusive, reiterou que não era contra o parecer final da Comissão, mas sim à  
859 incongruência entre este parecer final e as justificativas para a posição insatisfatória. Por fim,  
860 reiterou que as suas propostas não significavam desrespeito à Comissão e ao trabalho  
861 desenvolvido. A seguir, houve outras ponderações, mas não houve consenso. Assim, a mesa  
862 colocou em votação os encaminhamentos: 1) promover debate na Mesa Diretora do debate  
863 sobre o processo de avaliação dos processos de abertura, reconhecimento e renovação de  
864 cursos da saúde e o tema retornará ao Pleno do Conselho para encaminhamentos; e 2) )  
865 promover debate na Mesa Diretora do debate sobre o processo de avaliação dos processos de  
866 abertura, reconhecimento e renovação de cursos da saúde e o tema retornará ao Pleno do  
867 Conselho para encaminhamentos, com os adendos apresentados pelo conselheiro Neilton  
868 Araújo: transcrever o parecer da CIRHRT/CNS na ata da reunião; e solicitar aos conselheiros e  
869 às conselheiras que leia o parecer da Comissão, enviado previamente ao Conselho. **A**  
870 **proposta 1 foi aprovada por maioria. Três votos favoráveis à proposta 2. Deliberação: os**  
871 **trinta pareceres apresentados pela Comissão, sendo 22 insatisfatórios e oito**  
872 **satisfatórios com recomendação foram aprovados por maioria.** Na sequência, a  
873 coordenadora da Comissão fez breves informes enquanto se aguardava a chegada dos  
874 convidados. Disse que foi elaborada nota técnica, detalhando o trabalho da Comissão, de  
875 janeiro a junho de 2024: o CNS recebeu 331 processos e a Comissão analisou 226. Não foram  
876 avaliados 105. Dos 226 analisados, 102 foram relativos a cursos de Medicina, 35 de  
877 Enfermagem, 31 de Odontologia e 58 de Psicologia. Por ato, 156 insatisfatórios, 33  
878 satisfatórios com recomendação e dezessete satisfatórios. Disse que, de 2018 a 2023,  
879 moratória suspendeu a avaliação de processos para abertura de cursos de Medicina, mas,  
880 ainda assim, mais de cem cursos foram analisados, por decisão judicial, incidindo em mais de  
881 3 mil vagas novas, que não eram relativas ao Mais Médicos. Retomando o Programa mais  
882 Médicos, hoje são analisados os cursos pelo edital (cursos particulares) e os judicializados.  
883 Disse que a Comissão está acompanhando de perto este debate. Por fim, disse que será  
884 realizada oficina de trabalho do eixo 2, da graduação, nos dias 22 e 23 de julho, com grupo que  
885 estava analisando e definindo indicadores e parâmetros para análise. Inclusive, agradeceu  
886 todas as manifestações que ajudam a aprimorar a metodologia de apreciação de pareceres.  
887 Após esse informe, a mesa agradeceu a coordenação e encerrou este ponto. **ITEM 6 -**  
888 **POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: CONHECER O PASSADO PARA**  
889 **ENTENDER O FUTURO - Apresentação: Claudio Maierovitch Pessanha Henriques, médico**  
890 **sanitarista da Fiocruz de Brasília; Guilherme Werneck, diretor do Departamento de Articulação**  
891 **Estratégica de Vigilância em Saúde - DAEVS/SVSA/MS; Ronald Ferreira dos Santos,**  
892 **Coordenador-Geral de Articulação da Secretária-geral da Presidência da República; e**  
893 **conselheiro João Alves do Nascimento Junior, coordenador da Comissão Intersetorial de**  
894 **Vigilância em Saúde – CIVS/CNS. Coordenação: conselheira Ana Lúcia Marçal Paduello, da**  
895 **Mesa Diretora do CNS; e conselheiro Neilton Araújo de Oliveira, da Mesa Diretora do CNS.**  
896 **Iniciando este ponto de pauta, conselheiro João Alves do Nascimento Junior, coordenador**  
897 **da CIVS/CNS, explicou que a Resolução CNS nº. 588/2018 instituiu a Política Nacional de**



898 Vigilância em Saúde – PNVS como Política de Estado. Esse instrumento foi fundamental na  
899 garantia e continuidade das ações construídas ao longo das últimas três décadas de existência  
900 do SUS. Disse que a construção da PNVS foi uma das maiores construções coletivas e  
901 participativas realizada na vigilância, trazendo para debate um tema que era distante da  
902 população. Inclusive, lembrou que a vigilância possui relação com os problemas reais do  
903 cotidiano das pessoas e esse pensamento deve nortear a gestão das políticas. Apesar de ter  
904 sido um avanço, pouco se avançou desde a aprovação da Política e muitas questões ainda  
905 permanecem sem resposta. Reconheceu o compromisso do diretor do DAEVS/SVSA/MS em  
906 responder as demandas do Conselho e manifestou a expectativa de avançar com a  
907 institucionalização da PNVS. Nessa linha, sugeriu a criação de GT para elaborar portaria de  
908 institucionalização da Política, com a participação do controle social do SUS. Após essas  
909 considerações iniciais, foi feita a leitura do currículo dos expositores. O primeiro expositor foi o  
910 médico sanitário da FIOCRUZ de Brasília, **Claudio Maierovitch Pessanha Henriques**, que  
911 iniciou manifestando sua satisfação em retornar ao Conselho, espaço político importante, com  
912 forte poder de intervenção. Na sua fala, explanou sobre a história da vigilância em saúde e fez  
913 algumas reflexões para debates futuros. Retornou ao período da pré-história e a virada do  
914 século passado, em que não existia vigilância sanitária e sim uma preocupação concentrada  
915 nas questões do comércio, especialmente exportação de bens e serviços. Lembrou que  
916 naquela época havia sérios problemas de saneamento, drenagem e ocorrência de vários tipos  
917 de doenças, particularmente transmissíveis - febre amarela, varíola, febre tifoide, entre outras.  
918 Disse que a vinda de tripulações de outros países para o Brasil, a fim de buscar mercadorias,  
919 fomentou intervenções relativas ao cuidado, com concentração nos pontos de entrada e saídas  
920 de comércio, particularmente nos portos. A vigilância desempenhava atividades relativas a  
921 exercício profissional de poucas profissões reconhecidas da área de saúde, com atuação em  
922 municípios, relativa a estabelecimentos comerciais, de forma heterogênea. Considerando que  
923 na época, o Brasil era basicamente litorâneo, doenças concentravam-se principalmente nas  
924 cidades maiores - Rio de Janeiro, Santos, Salvador, capitais do Nordeste, Belém. Todavia,  
925 existia preocupação também com a população local que era gravemente afetada por doenças  
926 como varíola, febre amarela, malária, tuberculose, e a organização em torno dessas doenças  
927 foi se desenvolvendo ao longo do início do século passado. Assim, eram realizadas ações  
928 específicas verticalizadas por doenças, na esfera federal e isso marcou boa parte da primeira  
929 metade do século XX como ação precursora da vigilância epidemiológica. Esse processo já  
930 incluía a vacinação à época, principalmente contra varíola e febre amarela, e também o  
931 saneamento. Explicou que neste ponto sugeriu as ações de saneamento em municípios, mas  
932 sem associação entre prevenção de doenças e saneamento. Disse que vigilância  
933 epidemiológica e vigilância sanitária ocorriam juntas quando se referia a problema local. Na  
934 metade do século, surgiu o “Ministério da Saúde e Educação” e, posteriormente, houve a  
935 separação em dois ministérios distintos. No final da década de 60 e início de 70, a atividade  
936 mais relevante era o combate à varíola, o que deu origem ao programa nacional de  
937 imunizações, criado junto com o conceito de vigilância epidemiológica no Brasil, na década de  
938 70. Ou seja, a importante vitória do Brasil na erradicação da varíola contribuiu para  
939 organização de um sistema de vigilância. Desde então, muitos fatos importantes aconteceram  
940 no país e o primeiro desenho da vigilância epidemiológica no país, atualizado pela Constituição  
941 Federal, com a implantação do Sistema Único de Saúde, particularmente na sua  
942 descentralização. Lembrou que a Constituição descentralizou responsabilidade para os  
943 municípios, o que significou a descentralização das ações de vigilância epidemiológica. Diante  
944 das mudanças no país, disse que a vigilância incorporou tecnologias, particularmente com a  
945 entrada da informática na vida das pessoas. Sinalizou que a notificação de doenças iniciou-se,  
946 de forma organizada, na década de 70, com versão eletrônica. Neste período inicial, firmou-se  
947 o modelo de vigilância epidemiológica, passiva e universal, com notificação de doenças.  
948 Inclusive, disse que há uma lista publicada de doenças com notificação para quase todas elas.  
949 Ou seja, a informação sobre doenças é repassada para a vigilância epidemiológica, com  
950 exceções para doenças respiratórias agudas, por exemplo (vigilância de sentinela). Salientou  
951 que prevalece a vigilância passiva universal, modelo menos oneroso, mas também de baixa  
952 sensibilidade. Na sua visão, o país não teve a capacidade de fazer as mudanças com a  
953 velocidade necessária e permanece com modelo único para todas as doenças e com  
954 dependência enorme da capacidade dos serviços de saúde públicos e privados de gerar  
955 informação oportuna e repassá-la o mais rápido possível para ação do sistema. Citou, por  
956 exemplo, a crise do zika vírus, lembrando que o vírus foi descoberto depois de um ano de  
957 circulação no país. Também avaliou que a resposta da vigilância epidemiológica à emergência

958 da COVID-19 foi um desastre, lembrando que a diminuição da transmissão, do número de  
959 casos graves e de mortes começou somente com a vacinação. Lembrou que a informação  
960 atualizada chegou por conta do sistema federativo (Estados e Municípios) e em resposta à  
961 exigência da sociedade por informações (os veículos de comunicação responderam à  
962 demanda, com busca de informação diária nos estados). Além disso, o governo federal da  
963 época opôs-se às ações e não houve ação organizada nacionalmente para reduzir a  
964 transmissão do vírus. Avaliou que essa situação apontou a necessidade de modelo novo de  
965 vigilância e, em resposta, o Ministério da Saúde tem adotado iniciativas importantes como  
966 criação do Departamento de Imunização - DPNI e vigilância de águas residuais para identificar  
967 possível agente infeccioso em pontos de coleta de esgoto. Avaliou que a vigilância  
968 epidemiológica precisa participar do movimento de revisão do próprio modelo institucional,  
969 assegurando estrutura com mais autonomia para desenvolver o trabalho técnico, gerar  
970 informação, com mais autonomia administrativa e financeira e estabilidade no funcionamento.  
971 Lembrou, ainda, que boa parte do quadro técnico da vigilância é precarizado e os “desastres”  
972 ambientais crescentes no país apontam para necessidade de vigilância profissionalizada com  
973 quadro estável, capaz de enfrentar os novos desafios, com integração da vigilância e da  
974 atenção em todos os níveis, inclusive para resposta mais imediata. Afirmou que, pensar em  
975 uma instituição diferente, significa também pensar em uma nova governança, contemplando a  
976 organização federativa tripartite e novas formas de participação da sociedade. Em seguida, o  
977 diretor do DAEVS/SVSA/MS, **Guilherme Werneck**, explanou sobre o tema agradecendo o  
978 convite e manifestando satisfação por participar deste debate. Destacou que a PNVS é uma  
979 Política construída com a participação social, conforme se observa: 2013 – Portaria GM/MS nº  
980 1.378 - determina a criação de GT Tripartite para elaboração da PNVS e Portaria GAB/SVS nº  
981 14 - instituição de GT ; 2015 - 15ª Conferência Nacional de Saúde Proposições para a  
982 realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde; 2016 – Portaria GM/MS nº.  
983 1.017/2016 - convoca a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – CNVS; 2018 - 1ª  
984 Conferência Nacional de Vigilância em Saúde - “Propor diretrizes para a formulação da PNVS e  
985 o fortalecimento de ações de Promoção e Proteção à saúde”; e 2019 – julho - Resolução  
986 Conselho Nacional de Saúde nº. 588/2018, que instituiu a Política Nacional de Vigilância em  
987 Saúde. Recordou que, nos termos da Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, a PNVS é  
988 uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal  
989 e orientador do modelo de atenção à saúde nos territórios. A PNVS é norteadora do  
990 planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS e define as  
991 responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias da Vigilância e Saúde. Mas, apesar de ter  
992 sido instituída em 2018, ainda não se observa uma efetiva implementação da PNVS nos  
993 territórios, sendo necessárias iniciativas que intensifiquem sua implementação. Nesse contexto,  
994 citou desafios para a implementação da PNVS - integração das diferentes práticas de vigilância  
995 epidemiológica: a) vigilância epidemiológica: detecção de mudanças nos fatores determinantes  
996 e condicionantes da saúde individual e coletiva, para recomendar e adotar as medidas de  
997 prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde; b)  
998 vigilância sanitária: ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir  
999 nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da  
1000 prestação de serviços do interesse da saúde; c) Vigilância em saúde ambiental: detecção de  
1001 mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na  
1002 saúde humana, para recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e  
1003 monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde; e d)  
1004 Vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora: visa a promoção da saúde, prevenção  
1005 da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por  
1006 meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes  
1007 decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho. Pontuou  
1008 como outros desafios para a implementação da PNVS: inserção das ações de vigilância em  
1009 saúde em toda a Rede de Atenção à Saúde de forma a contribuir para a construção de linhas  
1010 de cuidado, identificando riscos e situações de vulnerabilidade; estímulo à participação da  
1011 comunidade no controle social; fomento à produção de evidências para subsidiar e fortalecer a  
1012 gestão e as práticas em saúde coletiva; desenvolvimento de ações de qualificação e  
1013 capacitação da força de trabalho em saúde; e financiamento da vigilância em saúde. Lembrou  
1014 que, nos termos do art. 11, compete ao Ministério da Saúde, por meio da SVSA e Anvisa,  
1015 coordenar, em âmbito nacional: a) a implementação da Política Nacional de Vigilância em  
1016 Saúde; e b) a formulação de diretrizes e prioridades em vigilância em saúde no âmbito  
1017 nacional, em consonância com esta política e de forma articulada com as demais esferas de

1018 governo. Seguindo, detalhou iniciativas da SVSA/MS para intensificar a implementação da  
1019 Política Nacional de Vigilância em Saúde – PNVS. Começou enumerando os pontos que  
1020 norteiam às ações da SVSA para intensificar a implementação da PNVS: garantir que as  
1021 iniciativas sejam apresentadas, aperfeiçoadas e executadas a partir de discussões com os  
1022 representantes dos diferentes níveis de gestão; identificar as potencialidades e dificuldades  
1023 para a implementação da PNVS a partir das ações de vigilância desenvolvidas nos territórios;  
1024 identificar estratégias de integração do processo de trabalho da Vigilância em Saúde e da Rede  
1025 de Atenção à Saúde; incluir a PNVS no processo de gestão e planejamento das ações de  
1026 vigilância em saúde, integrando as diferentes práticas de vigilância e reconhecendo o território  
1027 como espaço fundamental das práticas de vigilância em saúde; e estimular a participação dos  
1028 profissionais de saúde e do controle social como atores essenciais no desenvolvimento de  
1029 práticas efetivas nas ações de vigilância em saúde no território. Continuando, apresentou  
1030 diagnóstico (muito) preliminar sobre conhecimento, atitudes e práticas em relação à PNVS por  
1031 meio de enquetes em eventos de saúde, segundo pesquisa realizada em três eventos. No  
1032 Seminário de Integração da SVSA, 363 pessoas foram entrevistadas, que apontou: diversidade  
1033 de áreas de atuação dentro da SVSA; 45% com conhecimento ruim ou razoável sobre a PNVS;  
1034 41% desconhecem a legislação que instituiu a PNVS; 46% não consultam ou apenas  
1035 raramente consultam a PNVS no planejamento das ações de vigilância em saúde; 28%  
1036 descrevem como raras ou ausentes as iniciativas de integração entre as vigilâncias; e 26%  
1037 descrevem como raras ou ausentes as iniciativas de integração entre vigilância e atenção à  
1038 saúde. No 17º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, tendo sido  
1039 consultadas 2153 pessoas, os resultados foram os seguintes: diversidade de áreas de atuação  
1040 profissional; diversidade geográfica de atuação; e 47% consideram seu nível de conhecimento  
1041 da PNVS razoável, ruim ou nenhum. No 9º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e  
1042 Humanas em Saúde, tendo sido consultadas 1355 pessoas, constatou-se: diversidade de  
1043 áreas de atuação profissional; diversidade geográfica e atuação; e 46% consideram seu nível  
1044 de conhecimento da PNVS razoável, ruim ou nenhum. Apresentou o resumo dos resultados  
1045 consistentes nos três ambientes distintos – SVSA, Medicina de Família e Comunidade e  
1046 Ciências Sociais e Humanas de Saúde: quase 45% com pouco conhecimento sobre a PNVS;  
1047 no seminário da SVSA, cerca de 25% dos respondentes acham que as iniciativas de integração  
1048 entre as vigilâncias e da vigilância com a atenção à saúde são raras ou ausentes; e nos três  
1049 ambientes, quase a totalidade dos participantes indicam serem importantes e necessárias  
1050 ações de divulgação e capacitação sobre a PNVS. Continuando, falou sobre as oficinas  
1051 regionais de implementação da PNVS, com o objetivo geral de promover ações integradas com  
1052 Estados e Municípios para a Implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde.  
1053 Detalhou que os objetivos específicos são: fortalecer os instrumentos de planejamento do SUS  
1054 a partir da integração de práticas de vigilância, atenção, promoção e prevenção em saúde;  
1055 promover a troca de experiências e boas práticas entre os participantes, incentivando a  
1056 discussão sobre desafios comuns e soluções para o enfrentamento de situações de vigilância  
1057 em saúde; e fornecer conhecimentos e ferramentas para a construção de matriz que abordem  
1058 de forma integrada a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Apresentou  
1059 o calendário preliminar das oficinas regionais: Distrito Federal e Goiás - 20 e 21/05/2024  
1060 (realizada); Mato Grosso e Mato Grosso do Sul - 5 e 6/8/2024 (programada); Amapá - 19 e  
1061 20/8/2024 (data tentativa); e Estados restantes - ainda em discussão. Também falou sobre o  
1062 Programa de extensão para a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e a  
1063 participação da comunidade - PNVS comunidade, que tem por objetivo fortalecer e apoiar a  
1064 implementação da PNVS com o envolvimento e a mobilização das Instituições de Ensino  
1065 Superior Públicas por meio de Projetos de Extensão, com a participação de diversos  
1066 segmentos e territórios em locais de vigilância e promoção em saúde. Detalhou que as linhas  
1067 de ação do PNVS Comunidade são: Linha de Ação 1: Vigilância e Promoção da Saúde na  
1068 Atenção Básica – Metodologias e Tecnologias; Linha de Ação 2: A Vigilância em Saúde e as  
1069 Políticas de Equidade; Linha de Ação 3: A Vigilância em Saúde, Ambiente e Trabalho; Linha de  
1070 Ação 4: O Controle Social e a Participação da Comunidade, no âmbito da Vigilância em Saúde;  
1071 Linha de Ação 5: Tecnologias de Comunicação, Informação e Monitoramento de Vigilância em  
1072 Saúde; Linha de Ação 6: A Vigilância Epidemiológica, o Programa Nacional de Imunizações  
1073 (PNI) e os Laboratórios Centrais de Saúde Pública. Detalhou que a situação atual é a seguinte:  
1074 20 projetos aprovados e em andamento 2022/23; e 55 projetos aprovados e em andamento  
1075 2024/2025. Citou algumas ações desenvolvidas: 1) reuniões com o CONASS e CONASEMS  
1076 para discutir as estratégias da SVSA para intensificar a implementação da PNVS; 2) reuniões  
1077 com o Conselho Nacional de Saúde para discutir as estratégias da SVSA para intensificar a

1078 implementação da PNVS; 3) realização de oficina com os Departamentos da SVSA para  
1079 discutir as estratégias da SVSA para intensificar a implementação da PNVS; 4) enquete sobre  
1080 conhecimento de gestores e profissionais de saúde sobre a PNVS; 5) proposta de criação do  
1081 GT-PNVS, junto com CONASS e CONASEMS, no âmbito do GTVS; 6) instituição do subgrupo  
1082 GT-PNVS no âmbito da SVSA; 7) Oficina Regional para implementação da PNVS (DF e GO) –  
1083 20 e 21 de maio de 2024; 8) apoio ao Projeto PNVS comunidade – Projeto de extensão  
1084 universitária para apoiar a implementação da PNVS; e 9) aumento da equipe da PNVS de 2  
1085 para 8 pessoas. Citou outras ações em desenvolvimento: 1) Oficinas Regionais para  
1086 implementação da PNVS nos outros Estados (próxima será MT/MS); 2) Ações para integração  
1087 das Vigilâncias no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente; 3) Discussões  
1088 com a Secretária de Atenção Primária em Saúde para ações de integração da Vigilância em  
1089 Saúde e Atenção Primária; 4) Articulação com Anvisa para integrar as diferentes práticas de  
1090 vigilância ao Projeto Código Sanitário do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; 5)  
1091 Formulação de projeto para elaboração de cartilha popular para promover a popularização da  
1092 PNVS nas comunidades, movimentos sociais e em espaços de controle social no âmbito do  
1093 SUS; 6) Apoio a projeto de pesquisa para desenvolvimento de métodos computacionais para  
1094 tomada de decisão estratégica na perspectiva da PNVS no Estado do Amapá; e 7) Articulação  
1095 com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde  
1096 (PROADI-SUS) para desenvolvimento de atividades de divulgação da PNVS. O último  
1097 expositor foi o Coordenador-Geral de Articulação da Secretária-geral da Presidência da  
1098 República, **Ronald Ferreira dos Santos**, que iniciou sua fala agradecendo o convite e  
1099 manifestando satisfação por participar do debate. Salientou marcos dos direitos nos últimos  
1100 anos: 1ª Geração – Direitos Fundamentais: a dignidade da pessoa humana; a soberania; a  
1101 cidadania; direito à vida, à liberdade, à igualdade, entre outros; 2ª Geração – Direitos Sociais e  
1102 Trabalhistas: educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer,  
1103 entre outros; e 3ª Geração - Direito a uma Sociedade livre, justa e solidária; ao  
1104 desenvolvimento nacional; a erradicação da pobreza e a marginalização e redução das  
1105 desigualdades sociais e regionais; e a promoção do bem de todos, sem preconceitos de  
1106 origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Salientou que  
1107 nunca foi tão importante destacar que o Estado Democrático de Direito, no caso do Brasil, não  
1108 é uma palavra ao vento, mas sim a contratação social que se fundamenta na soberania; na  
1109 cidadania; na dignidade da pessoa humana; nos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;  
1110 e no pluralismo político e que todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de  
1111 representantes eleitos ou diretamente, nos termos da Constituição Brasileira. Citou a seguinte  
1112 afirmação de Marilena Chauí (2003), para nortear a sua explanação: “Frequentemente, não  
1113 notamos a origem cultural dos valores éticos, do senso moral e da consciência moral, porque  
1114 somos educados (cultivados) para eles e neles, como se fossem naturais ou fáticos, existentes  
1115 em si e por si mesmos. [...] para garantir a manutenção dos padrões morais através do tempo e  
1116 sua continuidade de geração a geração, as sociedades tendem a naturalizá-los. A  
1117 naturalização da existência moral esconde, portanto, a essência da moral, ou seja, que ele é  
1118 essencialmente uma criação histórico-cultural, algo que depende das ações humanas.”  
1119 Elencou fatores deste tempo, de grande impacto nas teorias morais que orientam as escolhas  
1120 sobre o que deve ser feito, o que é moralmente necessário, proibido ou permitido:  
1121 convergência tecnológica: bite, átomo, nano, gene, cogno; novo Padrão Inovativo e  
1122 Tecnológico é altamente dependente do conhecimento e da inovação induzida (não-  
1123 espontânea); países líderes desenvolvendo um novo e superior padrão técnico-produtivo,  
1124 altamente dependente do conhecimento e da inovação como insumos fundamentais, causando  
1125 aumento da heterogeneidade estrutural entre países, aumento das assimetrias globais; forte  
1126 mercadorização (com apropriação privada) dos ganhos do progresso técnico; hiper  
1127 concentração econômica e financeirização da riqueza em escalas tanto global como nacionais;  
1128 super-exploração agrícola, mineral e industrial e Colapso Ambiental em escalas tanto global  
1129 como nacional; crise profunda dos Valores Republicanos e Democráticos em escalas tanto  
1130 global como nacional; e transição para um mundo multipolar. Disse que a Constituição Federal  
1131 de 1988 vem sendo atacada desde sua promulgação, com a imposição das barreiras para  
1132 efetivação de políticas públicas de garantia do Direito à Saúde e ao Bem-Estar Social. Tal  
1133 investida precisa ser compreendida dentro das disputas de rumos, não só do Brasil, mas do  
1134 mundo, do nível nacional ao nível do território onde se vive. Disse que está em disputa como  
1135 se vive e como se morre, quem vive e quem morre; é a disputa entre a vida e a morte. Assim,  
1136 as consequências dessas disputas podem ser o avanço civilizacional ou uma “tragédia  
1137 humanitária,” pois seus desdobramentos impactam diretamente em vidas humanas. A defesa

1138 da vida tem um caráter civilizatório na contemporaneidade e as disputas precisam ser travadas  
1139 em um amplo processo de construção do Estado Democrático de Direito, proporcionando  
1140 avanços e conquistas. Salientou que, quando há ameaças a direitos, redução de investimentos  
1141 e retração das políticas públicas sociais, tanto o processo de construção do SUS quanto a  
1142 consolidação da democracia ficam ameaçados. Assim, os enfrentamentos em um ambiente  
1143 democrático permitem que as diferentes forças sociais (majoritariamente sem ligações  
1144 partidárias vinculadas ao um amplo leque de organizações da sociedade civil que vai de  
1145 organizações de usuários representantes de patologias, passando por organizações religiosas,  
1146 indo a profissionais de saúde, a gestores e a populações em situação de vulnerabilidade)  
1147 consigam importantes vitórias na defesa do SUS e da Saúde como Direito. Nesse sentido, citou  
1148 marcos sobre democracia e território: Artigo 1º - Cidadania como fundamento do Estado  
1149 democrático. Possibilidade do exercício direto do poder popular; Artigo 5º - Liberdade de  
1150 associação. Mandado de segurança coletivo. Ação Popular; Artigo 8º - Liberdade de  
1151 associação profissional e sindical; Artigo 10 - Participação de trabalhadores e empregadores  
1152 em colegiados de órgãos públicos; Artigo 14 - Formas de exercício da soberania popular  
1153 (plebiscito, ao referendo e à iniciativa popular); Artigo 15 - Proibição da cassação de direitos  
1154 políticos; Artigo 17 - Liberdade de associação político partidária; Artigo 18 - Consulta à  
1155 população em caso de criação de novas unidades político administrativo; Artigo 27 - Iniciativa  
1156 popular no processo legislativo estadual; Artigo 29 - Iniciativa popular no processo legislativo  
1157 municipal; Artigo 37 - Participação do usuário na administração pública; Artigo 58 - Audiências  
1158 públicas no legislativo; Artigo 61 - Leis de iniciativa popular; Artigo 74 - Sistemas de controle  
1159 interno na organização dos poderes; Artigo 89 - Participação de cidadãos no Conselho da  
1160 República; Artigo 103 - Participação de cidadãos no Conselho Nacional de Justiça; Artigo 130 -  
1161 Participação de cidadãos no Conselho Nacional do Ministério Público; Artigo 173 - Fiscalização  
1162 social das atividades econômicas exercidas pelo Estado; Artigo 187 - Participação na  
1163 formulação da política agrícola; Artigo 193 - Participação nos processos de formulação, de  
1164 monitoramento, de controle e de avaliação de políticas públicas; Artigo 194 - Descentralização  
1165 e gestão participativa da seguridade social; Artigo 198 - Descentralização e gestão participativa  
1166 do sistema único de saúde; Artigo 203 - Descentralização e gestão participativa das políticas  
1167 de assistência social; Artigo 205 - Promoção da educação com colaboração da sociedade;  
1168 Artigo 206 - Gestão democrática do ensino público; Artigo 216 - Colaboração da comunidade  
1169 para a proteção do patrimônio cultural; Artigo 216 A - Sistema Nacional de Cultura, constituído  
1170 por conselhos e conferências, prevê como princípio a democratização dos processos  
1171 decisórios com participação e controle social; Artigo 224 - Previsão do Conselho de  
1172 Comunicação Social; Artigo 225 - Dever da coletividade na defesa do meio ambiente; Artigo  
1173 227 - Dever da sociedade para assegurar prioridade absoluta à criança e adolescente; e Artigo  
1174 227 - Participação de entidades não governamentais para a promoção de programas de  
1175 proteção social. Seguindo, falou sobre política e saúde, com breve retrospectiva sobre o SUS:  
1176 1920 – 1980- Saúde pública e medicina previdenciária (seguro social); 1975 – Sistema  
1177 Nacional de Saúde (Ministério da Saúde): a) Combate às doenças transmissíveis e orientar sua  
1178 execução; b) Elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da  
1179 saúde; c) Assistir o Governo na formulação da política nacional de alimentação e nutrição; d)  
1180 Coordenar a ação de vigilância epidemiológica em todo o território nacional e manter a  
1181 vigilância nas fronteiras e nos portos e aeroportos; e) Efetuar o controle de drogas,  
1182 medicamentos e alimentos destinados ao consumo humano; f) Fixar normas e padrões  
1183 pertinentes a cosméticos, saneantes, artigos de perfumaria, vestuários e outros bens, com  
1184 vistas à defesa da saúde e diminuição dos riscos, quando utilizados pela população em geral;  
1185 g) Fixar normas e padrões para prédios e instalações destinados a serviços de saúde; h)  
1186 Avaliar o estado sanitário da população; i) Avaliar os recursos científicos e tecnológicos  
1187 disponíveis para melhorar o estado sanitário da população e a viabilidade de seu emprego no  
1188 País; j) Manter fiscalização sanitária sobre as condições de exercícios das profissões e  
1189 ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde; l) Exercer controle  
1190 sanitário sobre migrações humanas, bem como sobre importação e exportação de produtos e  
1191 bens de interesse da saúde; 1977 - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social  
1192 (SINPAS) - INPS) (INAMPS) (LBA) (FUNABEM) (DATAPREV) (CEME): Estado financiador,  
1193 Setor privado nacional - maior prestador e Setor privado internacional - produtor de insumos;  
1194 1986 - VIII Conferência Nacional de Saúde; 1988 - Constituição - SEGURIDADE – SUS; 1990 -  
1195 Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90; 1991 - NOB 01/91; 1992 – “Fora Collor” – Impeachment; 1993 -  
1196 NOB - 01/93 – BRITO – CPMF; 1994 - Eleição de FHC; 1996 - NOB- 01/96; 1999 - Lei nº 9.782  
1197 – Cria a ANVISA; 2000 - Emenda Constitucional nº. 29; 2001 - 1ª Conferência Nacional de

1198 Vigilância Sanitária; 2001 - NOAS – 001/2001; 2002 - eleição de Lula; 2003 - Conferência  
1199 Nacional Assistência Farmacêutica; 2004 - Política Nacional de Assistência Farmacêutica;  
1200 2004 - Política Nacional de Saúde Bucal; 2004 - Política Nacional de C&T e Inovação em  
1201 Saúde; 2005 - Pacto pela Saúde; 2006 - Reeleição de Lula; 2007 - Política Nacional de Gestão  
1202 Estratégica e Participativa no SUS; 2009 - 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental; 2010 -  
1203 Eleição de Dilma; 2011 - Decreto 7.508; 2011 - LC 141 – Primavera da Saúde; 2011- Política  
1204 Nacional de Atenção Básica; 2012 - Saúde+10; 2012 - Política Nacional de Saúde do  
1205 Trabalhador e da Trabalhadora; 2014 - Decreto nº 8.243 – sistema Nacional de Participação  
1206 Social; 2015 - PEC 01/2015 – Aprovação 1º turno na Câmara dos Deputados; 2015 - EC 86 -  
1207 Orçamento Impositivo; 2016 - Impeachment(GOLPE) de Dilma; 2016 - EC 95; 2017 - Reforma  
1208 Trabalhista; 2018 - Eleição Bolsonaro; 2018 - 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde;  
1209 2018 - Política Nacional de Vigilância em Saúde; 2019 - 16ª Conferência Nacional de Saúde;  
1210 2019 - Reforma da Previdência; 2019 - Decreto nº 9.759 – Extinção e Limite para Colegiados;  
1211 2020 - COVID-19; 2021 - pandemia e pandemônio; 2022 - Eleição de Lula; 2023 - 17ª  
1212 Conferência Nacional de Saúde. ainda sobre o democracia e território, citou como marcos:  
1213 2018 – 1ª CNVS; 2019 - 16ª CNS; e 2023 - 17ª CNS. Ainda sobre proteção Social e território,  
1214 destacou: Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas  
1215 sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao  
1216 acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;  
1217 Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público  
1218 dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua  
1219 execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica  
1220 de direito privado; Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede  
1221 regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as  
1222 seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II -  
1223 atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços  
1224 assistenciais; III - participação da comunidade; Art. 199. A assistência à saúde é livre à  
1225 iniciativa privada. § 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do  
1226 sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou  
1227 convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. § 2º É vedada a  
1228 destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins  
1229 lucrativos. § 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros  
1230 na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei. § 4º A lei disporá sobre as  
1231 condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas  
1232 para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e  
1233 transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização; e Art. 200.  
1234 Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar  
1235 e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da  
1236 produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;  
1237 II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do  
1238 trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da  
1239 formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em  
1240 sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e  
1241 inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e  
1242 águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção,  
1243 transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; e  
1244 VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Continuando,  
1245 falou sobre o SUS no Brasil, destacando: a) diretrizes e princípios técnicos: assistenciais,  
1246 universalidade, igualdade, equidade, integralidade, articulação contínua das ações e serviços  
1247 preventivos e curativos, individuais e coletivos, intersetorialidade, autonomia das pessoas,  
1248 direito à informação, resolatividade e base epidemiológica; e b) diretrizes e princípios técnicos  
1249 gerenciais: regionalização, hierarquização, gestor único em cada esfera de governo, integração  
1250 das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, complementariedade do privado,  
1251 suplementariedade do privado, descentralização (municipalização), financiamento, participação  
1252 da comunidade (Lei nº. 8.080/90 e Lei nº. 8.142/90). Salientou que a Política Nacional de  
1253 Vigilância em Saúde é uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo  
1254 caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua  
1255 gestão de responsabilidade exclusiva do poder público. A PNVS tem como finalidade definir os  
1256 princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do  
1257 SUS, para o desenvolvimento da vigilância em saúde, visando a promoção e a proteção da

1258 saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade,  
1259 vulnerabilidades e riscos decorrentes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios.  
1260 Falou ainda sobre o Programa de Extensão para a Implementação da Política Nacional de  
1261 Vigilância em Saúde do SUS e a Participação da Comunidade, explicando que o objetivo geral  
1262 é fomentar Projetos de Extensão nas IPES, voltados para o fortalecimento e implementação  
1263 das ações de vigilância e promoção em saúde previstas na PNVS, envolvendo a mobilização e  
1264 participação das comunidades, no sentido de qualificação e aprofundamento das estratégias de  
1265 enfrentamento dos principais problemas de saúde nos territórios. Reiterou que os objetivos  
1266 específicos são: 1.1. Desenvolver, por meio dos projetos, as ações de Vigilância e Promoção  
1267 em Saúde, com a articulação e o envolvimento de diferentes segmentos e territórios, na  
1268 identificação de demandas e propostas de intervenção para a vigilância em saúde, com  
1269 destaque as ações voltadas para as demandas e necessidades loco-regionais; 1.2. Promover  
1270 projetos de qualificação e capacitação das equipes de saúde e gestores, assim como, da  
1271 participação social de conselheiros(as) e das comunidades no planejamento, execução e  
1272 avaliação das ações de vigilância e promoção em saúde; e 1.3. Estruturar com as IES públicas,  
1273 uma Rede Nacional de Extensão, Formação, Comunicação e Informação, para o  
1274 acompanhamento loco-regional da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), no  
1275 contexto de implementação da PNVS. Disse que são 31 instituições no PNVS comunidades; os  
1276 programas fomentados estão em dezenove Estados, nas cinco regiões do país; e serão  
1277 promovidos 55 projetos que visam à vigilância em saúde e a participação da comunidade. Por  
1278 fim, falou sobre o Mapa Estratégico para o PPA - Visão de Futuro 2027 - “Um país  
1279 democrático, justo, desenvolvido e ambientalmente sustentável, onde todas as pessoas vivam  
1280 com qualidade, dignidade e respeito às diversidades”, destacando os três eixos: Eixo 1:  
1281 Desenvolvimento social e garantia de direitos; Eixo 2: Desenvolvimento econômico e  
1282 sustentabilidade socioambiental e climática; e Eixo 3: Defesa da democracia e reconstrução do  
1283 Estado e da soberania. Salientou que é preciso construir uma maioria social que afaste o povo  
1284 da barbárie que se vive. Para tanto, é preciso conhecer para proteger e fortalecer a vigilância  
1285 em saúde para a proteção e promoção de saúde da população. Além disso, lembrou que o  
1286 Brasil historicamente foi protagonista e referência mundial através do programa de imunização  
1287 e hoje se vive um ciclo de retomada do engajamento vacinal, com campanhas de vacinação  
1288 especialmente para crianças. Frisou que fortalecer o SUS é retomar o patamar de imunização  
1289 da população brasileira. Neste ponto, foi reproduzido vídeo com fala durante a 1ª Conferência  
1290 Nacional de Vigilância em Saúde, realizada em 2018, enquanto coordenador Geral da 1ª  
1291 CNVS. Por fim, disse que a unidade é a bandeira da esperança e que a grande contribuição  
1292 que a geração pode dar para o futuro do Brasil e do SUS é constituir força social e política em  
1293 torno da defesa da vida, do trabalho e da nação, que hoje se expressa na unidade de três  
1294 palavras: democracia, soberania e direitos! **Manifestações.** Conselheiro **Fernando Zasso**  
1295 **Pigatto**, Coordenador Geral Adjunto da 1ª CNVS, ressaltou, de forma emocionada, que a  
1296 árdua luta para garantir a realização 1ª CNVS e a aprovação da Política valeu a pena. Nas  
1297 suas palavras, a devida implementação da Política de Vigilância teria salvado milhares de vidas  
1298 perdidas durante a pandemia da COVID-19. Também enfatizou a importância da participação  
1299 do Conselho nos GTs do Ministério da Saúde constituídos para avaliação da Política.  
1300 Conselheira **Débora Melecchi** avaliou como pertinente a decisão do Conselho em realizar a 1ª  
1301 CNVS, mesmo estando em um momento crítico do país, com foco na proteção e defesa das  
1302 vidas. Retornando ao período da pandemia da COVID-19, lembrou que a sociedade  
1303 implementou medidas de vigilância para defesa de suas vidas, em um momento de ausência  
1304 do governo. Também destacou a importância dos projetos de extensão das universidades e  
1305 institutos sobre vigilância, com troca de saberes com a comunidade. Dada a importância, disse  
1306 que a PNVS deve ter maior reconhecimento entre as políticas públicas, com garantia de  
1307 interlocução com outras ações. Por fim, destacou que é preciso aprofundar debate sobre a  
1308 situação da ANVISA, haja vista o processo de “enxugamento” da Agência (força de trabalho e  
1309 recursos financeiros). Conselheira **Lúcia Regina Florentino Souto** elogiou os expositores  
1310 pelas ricas explanações e destacou que o momento é de reconstrução do país, com foco na  
1311 integração para reafirmar a democracia, considerando a vigilância como ponto central para  
1312 atingir os objetivos postos. Concordou que a eleição municipal deste ano é o momento  
1313 propício para fortalecer a agenda de direitos na sociedade brasileira. Conselheiro **Cledson**  
1314 **Fonseca Sampaio** destacou que os profissionais desconhecem a PNVS e essa é uma questão  
1315 que precisa ser enfrentada. Além disso, manifestou preocupação com a forma de contratação  
1316 dos profissionais da vigilância sanitária e enfatizou a importância de instrumentalizar essa força  
1317 de trabalho. Também disse que a vigilância em saúde precisa ser transversal, para garantir



1318 acesso universal às ações e serviços de saúde. Conselheira **Ligia Aparecida Correa Cardieri**  
1319 salientou que é preciso ter atenção à vigilância, considerando os determinantes sociais e visão  
1320 abrangente da saúde. Neste momento de reconstrução, disse que a vigilância deve apontar as  
1321 desigualdades e contribuir para reverter situações que causam agravos e mortes. Ressaltou  
1322 que o Ministério da Saúde deve divulgar materiais informativos e o controle social deve ser  
1323 multiplicador dessas informações. Conselheira **Camila de Lima Sarmiento** cumprimentou os  
1324 palestrantes pelas exposições e destacou a importância de trabalhar na perspectiva das duas  
1325 vigilâncias – ativa e passiva. Todavia, disse que os municípios ainda enfrentam dificuldades  
1326 para registro de dados., por falta de estrutura, inclusive. Desse modo, afirmou que é preciso  
1327 enfrentar a precarização do trabalho, de forma urgente, para avançar nas políticas. Também  
1328 destacou que é preciso olhar para a formação dos estudantes e dos profissionais, de modo a  
1329 contemplar a vigilância de saúde. No mais, salientou que é preciso considerar as organizações  
1330 dos movimentos sociais que, durante a pandemia da COVID-19, contribuíram para salvar  
1331 vidas. **Retorno da mesa.** O Coordenador-Geral de Articulação da Secretária-geral da  
1332 Presidência da República, **Ronald Ferreira dos Santos**, agradeceu as falas e frisou que o  
1333 CNS é uma escola de construção coletiva e essa experiência deve ser reproduzida. Sugeriu  
1334 que o CNS se aproprie da agenda dos determinantes sociais para intervir nas disputas do país  
1335 e avaliou que a PNVS pode construir nesse sentido. O diretor do DAEVS/SVSA/MS,  
1336 **Guilherme Werneck**, também agradeceu as intervenções e pontuou os seguintes aspectos: a  
1337 vitória da democracia no Brasil apresentou uma série de desafios que estão sendo  
1338 enfrentados, como reconstrução do pacto federativo do país e retomada de políticas destruídas  
1339 – a gestão deseja ouvir o CNS na luta por um SUS mais forte; a criação de GTs no âmbito do  
1340 Ministério da Saúde não exclui a necessidade de Grupo mais amplo, com a participação do  
1341 controle social; e a destruição das políticas reflete na força de trabalho e há muitas dificuldades  
1342 a serem enfrentadas nesse sentido. O médico sanitário da Fiocruz de Brasília, **Claudio**  
1343 **Maierovitch Pessanha Henriques**, destacou que o passado demonstrou a real necessidade  
1344 das pessoas em relação ao SUS e à vigilância sanitária e enfatizou a importância da atuação  
1345 do CNS para tornar a PNVS uma política pública do país. Por fim, agradeceu a oportunidade e  
1346 colocou-se à disposição para outros debates. Conselheiro **João Alves do Nascimento Junior**,  
1347 coordenador da CIVS/CNS, agradeceu o espaço para o debate e destacou a importância do  
1348 debate que será realizado pela Comissão. Entre outros aspectos, reforçou a importância de  
1349 garantir a institucionalização da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Conselheiro **Neilton**  
1350 **Araújo de Oliveira** elogiou a iniciativa da Comissão de pautar o tema e sinalizou que o debate  
1351 apontou especialmente a importância da integração e da transversalidade. Entre os  
1352 encaminhamentos apontados, para debate posterior nas comissões e no Pleno do Conselho,  
1353 destacam-se: aprofundar debate sobre a situação da ANVISA; garantir a institucionalização da  
1354 Política Nacional de Vigilância em Saúde; e assegurar a participação da sociedade e do  
1355 controle social nos debates sobre vigilância em saúde (inclusive nos GTs instituídos pelo  
1356 Ministério da Saúde). Não houve votação. Finalizando, a mesa agradeceu a presença dos  
1357 convidados e encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes  
1358 conselheiros e conselheiras na tarde do primeiro dia de reunião: *Titulares* - **Antônio Magno de**  
1359 **Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços  
1360 (CNSaúde); **Carlos Fidelis da Ponte**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES);  
1361 **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR; **Dulcilene**  
1362 **Silva Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal  
1363 de Serviço Social (CFESS); **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e  
1364 Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos  
1365 Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de  
1366 Moradores – CONAM; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem –  
1367 ABEn; **Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo**, Conselho Federal de Psicologia – CFP;  
1368 **Gilson Silva**, Força Sindical (FS); **Cledson Fonseca Sampaio**, Rede Nacional de Pessoas  
1369 Vivendo com HIV e AIDS (RNP+ BRASIL); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de  
1370 Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas  
1371 Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **José Ramix de Melo Pontes Junior**,  
1372 Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares  
1373 (CONTAG); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em  
1374 Serviço Social (ABEPSS); **Lucia Regina Florentino Souto**, Ministério da Saúde (MS); **Luiz**  
1375 **Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força  
1376 Sindical - SINDNAPI); **Luiz Carlos Ferreira Penha**, Coordenação das Organizações Indígenas  
1377 da Amazônia Brasileira (COIAB); **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, Central Única dos

1378 Trabalhadores (CUT); **Maria Thereza Almeida Antunes**, Federação Brasileira das  
1379 Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação  
1380 Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Myrian Coelho Cunha**  
1381 **da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da  
1382 Saúde (MS); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Paula**  
1383 **Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos  
1384 (ACT); **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Vânia**  
1385 **Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); e **Walquiria Cristina**  
1386 **Batista Alves Barbosa**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ).  
1387 *Suplentes* – **Aila Vanessa David de Oliveira Sousa**, Ministério da Saúde (MS); **Albanir**  
1388 **Pereira Santana**, Federação Nacional das APAES – FENAPAES; **Anselmo Dantas**,  
1389 Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Camila Sarmento**, Articulação Nacional de  
1390 Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); **Carlos Alberto Eilert**,  
1391 Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **Edna Maria dos Anjos Mota**, Conselho  
1392 Federal de Enfermagem (COFEN); **Eliane Maria Nogueira de Paiva**, Sindicato dos Servidores  
1393 do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL); **Elidio Ferreira de Moura**  
1394 **Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Jacildo de**  
1395 **Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura  
1396 Familiar do Brasil (CONTRAF); **Jonas Matos da Silva**, Confederação Nacional do Comércio de  
1397 Bens, Serviços e Turismo (CNC); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de  
1398 Medicina Veterinária – CFMV; **Ligia Aparecida Correa Cardieri**, Rede Nacional Feminista de  
1399 Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RNFS); **Neide Barros da Silva**, Movimento  
1400 Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Raimundo Carlos Moreira Costa**,  
1401 Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT  
1402 (SINTAPI-CUT); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL);  
1403 **Silvia Cavalleire da Silva**, União Nacional LGBT (UNA-LGBT, **Sylvia Elizabeth de Andrade**  
1404 **Peixoto**, Retina Brasil; **Thiago Soares Leitão**, Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e  
1405 Saúde – RENA Afro; e **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF.  
1406 Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – 18**  
1407 **ANOS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS - Apresentação:**  
1408 conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, coordenador da Comissão Intersetorial de Promoção,  
1409 Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - CIPPISPICS/CNS; **Andrea**  
1410 **Nazare Rezende Lemos**, assessora técnica do Núcleo Técnico de Gestão da Política Nacional  
1411 de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - NTG-PNPIC/DGCI/SAPS/MS; e **Milene**  
1412 **Zanoni da Silva**, Presidente da Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa –  
1413 ABRATECOM. *Coordenação:* conselheira **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, da Mesa  
1414 Diretora do CNS; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS.  
1415 Iniciando, conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, coordenador da CIPPISPICS/CNS,  
1416 agradeceu a Mesa Diretora do CNS por pautar este tema em comemoração aos 18 anos das  
1417 práticas integrativas e complementares no SUS. Todavia, ponderou que, além de comemorar,  
1418 é preciso considerar que houve pouco avanço desta Política no âmbito do Ministério da Saúde.  
1419 Ressaltou que essas práticas, comprovadamente, ajudam contribuem para o cuidado das  
1420 pessoas e para a promoção da saúde, causando diminuição de internações, por exemplo, e  
1421 vencendo o paradigma de que cuidado se faz apenas com medicamento. Inclusive, enfatizou a  
1422 importância de promover debate com o Ministério da Educação para que as grades curriculares  
1423 dos cursos de graduação da saúde contemplem as práticas integrativas e complementares.  
1424 Após essas considerações iniciais e leitura dos currículos das pessoas convidadas, foi aberta a  
1425 palavra para as exposições. A Assessora Técnica do NTG-PNPIC/DGCI/SAPS/MS, **Andrea**  
1426 **Nazare Rezende Lemos**, explanou sobre o tema, começando com histórico da PNPIC,  
1427 considerando o contexto nacional e internacional. No contexto nacional, destacou as  
1428 Conferências Nacionais de Saúde, citando a 8ª Conferência Nacional de Saúde que no  
1429 Relatório final deliberou pela “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no  
1430 âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a  
1431 terapêutica preferida” (CNS, 1986, p. 10) e também a 17ª Conferência que no eixo “A defesa da  
1432 Estratégia de Saúde da Família - ESF para a consolidação do modelo de atenção resolutivo”  
1433 apontou para o aumento da resolutividade de ações - acesso às Práticas Integrativas e  
1434 Complementares em Saúde. Sobre MTCI e políticas públicas de saúde, citou as Políticas de  
1435 Saúde em Medicinas Tradicionais - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos  
1436 Indígenas; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani; Política  
1437 Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF);

1438 Política Nacional de Educação Popular em Saúde; e Outras; e as Políticas de Saúde em  
1439 Medicinas Complementares - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no  
1440 SUS; e Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Detalhou as  
1441 normativas da PNPIC: Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006 (5 PICS): 1) Medicina  
1442 Tradicional Chinesa/Acupuntura, 2) Homeopatia, 3) Plantas Medicinais/Fitoterapia, 4)  
1443 Termalismo social/Crenoterapia e 5) Medicina Antroposófica; Portaria GM/MS nº 849 de 27 de  
1444 março de 2017 (+ 14 PICS): 6) Arteterapia, 7) Ayurveda, 8) Biodança, 9) Dança circular,  
1445 10) Meditação, 11) Musicoterapia, 12) Naturopatia, 13) Osteopatia,  
1446 14) Quiropraxia, 15) Reflexoterapia, 16) Reiki, 17) Shantala, 18) Terapia comunitária  
1447 integrativa e 19) Yoga; Portaria nº 702, de 21 de março de 2018 (+10 PICS): 20) Apiterapia, 21)  
1448 Aromaterapia, 22) Bioenergética, 23) Constelação Familiar, 24) Cromoterapia, 25) Geoterapia,  
1449 26) Hipnoterapia, 27) Imposição de mãos, 28) Ozonioterapia e 29) Terapia de florais. Explicou  
1450 que os objetivos da PNPIC são: incorporar e implementar as PICS no SUS, na perspectiva da  
1451 prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica,  
1452 voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; contribuir para o aumento  
1453 da resolubilidade do sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia,  
1454 eficiência e segurança no uso; promover a racionalização das ações de saúde, estimulando  
1455 alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de  
1456 comunidades; e estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o  
1457 envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes  
1458 instâncias de efetivação das políticas de saúde. Seguindo, apresentou dados de  
1459 monitoramento das PICSs - (2017-2023), detalhando o cenário da implementação das práticas  
1460 no território brasileiro (2017-2023): a) Número de municípios, estabelecimentos e equipes com  
1461 procedimentos registrados com práticas integrativas e complementares em saúde na APS  
1462 2017-2023 no BRASIL. Em 2023, os procedimentos PICS foram registrados em: 36% do total  
1463 das equipes, 39% dos estabelecimentos, 83% dos Municípios; b) número de participantes  
1464 registrados com Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS (APS e MAC) de  
1465 2017 a 2023 no Brasil: 26.583.780 participantes em procedimentos no período de 2017 a 2023  
1466 no Brasil; c) Número de procedimentos registrados com Práticas Integrativas e  
1467 Complementares em Saúde no SUS (APS e MAC) de 2017 a 2023 no Brasil: 21.952.638 de  
1468 procedimentos no período de 2017 a 2023 no Brasil. Ainda em relação ao cenário da  
1469 implementação da PNPIC no território brasileiro (2017-2023), explicou que, comparando o  
1470 crescimento dos registros de participantes em procedimentos PICS no período de 2017 a 2023,  
1471 observa-se que: registros Totais (APS e MAC): 201% de crescimento; registros APS: 220%; e  
1472 registros MAC: 190%. Comparando o crescimento do ano de 2023 com relação a 2022, os  
1473 participantes em procedimentos PICS teve um crescimento na APS de 63% e na MAC teve um  
1474 crescimento de 45%. Seguindo, mostrou a distribuição geográfica do número de procedimentos  
1475 de PICS registrados na APS no Brasil no período de 2017-2023: a) Distribuição geográfica do  
1476 número de procedimentos de PICS registrados na MAC no Brasil no período de 2017-2023 –  
1477 há poucos vazios assistenciais; b) Distribuição geográfica do número de procedimentos de  
1478 PICS registrados na MAC no Brasil no período de 2017-2023 – menor quantidade; c) Número  
1479 de estados brasileiros que tem oficializado a PNPIC por algum documento oficial - doze  
1480 estados e Distrito Federal possuem algum documento formalizando a PEPIC (seis Estados e  
1481 DF com financiamento próprio para as práticas) e todos os 26 estados e DF possuem registros  
1482 PICS. As PICS são ofertadas em Unidades Básicas de Saúde; Ambulatórios especializados;  
1483 Integrado a serviços de Reabilitação, Saúde Mental; Centros de PICS; Integrado em Hospitais;  
1484 d) Cinco PICS com maior número de participantes em procedimentos registrados no SUS (APS  
1485 e MAC) 2017-2023 no Brasil - auricoloterapia: 20%; acupuntura com inserção de agulhas: 16%;  
1486 outras racionalidades: 12%; práticas corporais da medicina tradicional chinesa: 8%;  
1487 eletroestimulação: 7%; e) Cinco práticas PICS com maior número de procedimentos  
1488 registrados no SUS (APS e MAC) 2017-2023 no Brasil - sessão de auricoloterapia: 25%;  
1489 acupuntura com inserção de agulhas: 20%; outras racionalidades: 14%; eletroestimulação: 9%;  
1490 tratamento com medicina tradicional chinesa: 6%; f) PICS acima de 70 mil participantes em  
1491 procedimentos anuais registrados no SUS (APS e MAC) 2017- 2023 no BRASIL, (exceto  
1492 Racionalidade Medicina Tradicional Chinesa e Outras Racionalidades) - Plantas medicinais e  
1493 fitoterapia como educação em saúde, que é uma prática da APS; atividades coletivas,  
1494 realizando a educação em saúde, trazendo ao conhecimento dos usuários e as Plantas  
1495 medicinais e fisioterapia e valorizando essas práticas no território; atendimento em grupo;  
1496 sessão de massoterapi; yoga; sessão de meditação; g) PICS acima de 70 mil em  
1497 procedimentos anuais registrados no SUS (APS e MAC) 2017- 2023 no Brasil, (exceto

1498 racionalidade Medicina Tradicional Chinesa e Outras Racionalidades) - sessão de  
1499 massoterapia; 2,6%; tratamento fitoterápico: 2%; sessão de imposição de mãos: 1,2%; sessão  
1500 de meditação: 1,1%; Yoga: 1,1%; oficina de massagem e auto massagem: 1%; tratamento  
1501 antroposófico: 1%; terapia comunitária: 0,9%; sessão de arteterapia e musicoterapia: 0,9%;  
1502 aromaterapia: 0,8%; tratamento homeopático: 0,8%; tratamento termal/crenoterápico: 0,6%;  
1503 sessão de dança circular: 0,6%; e sessão de antroposofia aplicada: 0,6%. Seguindo,  
1504 apresentou outros dados do cenário da implementação da PNPIC no território brasileiro (2017-  
1505 2023) – a) Tipos de Equipe com mais registros de procedimentos na APS entre 2017 e 2023 no  
1506 BRASIL- NASF: 45%; Equipes de saúde da família: 43%; equipe de saúde bucal: 9%, equipe  
1507 de atenção primária: 2%; equipe de agentes comunitários de saúde: 1%; b) Tipos de  
1508 Estabelecimentos com mais registros de procedimentos na APS entre 2017 e 2023 no BRASIL  
1509 - UBS: 87,5%; posto de saúde: 5,1%; centro de apoio à saúde da família: 39%; polo de  
1510 academia de saúde: 2,6%; clínica, centro de especialidade: 0,5%; e outros tipos de  
1511 estabelecimentos: 0,3%; c) Categorias Profissionais com mais registros de procedimentos na  
1512 APS entre 2017 e 2023 no BRASIL – fisioterapeuta: 35%; enfermeiro: 19%; médico: 9%;  
1513 profissional de educação física: 6%; psicólogo: 5%; e assistente social: 1%; agente comunitário  
1514 de saúde: 1%; e terapeuta holístico: 1%; d) Número de usuários por sexo registrados com  
1515 práticas integrativas e complementares em saúde no SUS (APS e MAC) de 2017 a 2023 no  
1516 BRASIL - Total de 4.936.241 usuários (19% masculino e 81% feminino) atendidos por  
1517 procedimentos PICS no Brasil (2017 a 2023). Seguindo, destacou que o Plano Nacional de  
1518 Saúde 2024-2027, no objetivo 1, prevê “fortalecer a atenção primária, ampliando a cobertura da  
1519 Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, com vistas à universalização do acesso, à  
1520 abrangência do cuidado integral, à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos e à  
1521 redução de desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais. Disse que a meta é  
1522 ampliar a oferta de procedimentos de PICSs na APS e, para tanto, foi definido indicador de  
1523 quantidade de procedimentos de PICS registrados no SISAB para cada 1000 habitantes  
1524 cadastrados na PS. Em dezembro de 2022, o índice de referência era 11% e a previsão é  
1525 ampliar para 28% no período de 2024 a 2027. Seguindo, falou sobre os termos execução  
1526 descentralizada com as universidades, que estão em execução: UFPel - Curso de  
1527 Aperfeiçoamento sobre manejo e controle da Dor Crônica e Síndromes Dolorosas; UFPE -  
1528 Projeto de Ativação de Atores Sociais para o Avanço do Cuidado Integral na APS; UFSC -  
1529 Formação em Auriculoterapia; Formação em Acupuntura; e Elaboração de material para  
1530 formação em Ventosaterapia; e Fiocruz - Projeto de Saúde Mental e Bem viver para o cuidado  
1531 integr. Disse que o plano orçamentário PO 000D - PNPIC é de R\$14.000.000. Também fez  
1532 um destaque para a formação permanente - formação pela UFSC em auriculoterapia e  
1533 acupuntura para médicos na atenção básica (essa categoria foi escolhida porque a carga  
1534 horária do curso para Medicina é menor); e Cursos online AVASUS (UFRN) para conhecimento  
1535 das práticas integrativas. Por fim, disse que, em 2024, foram lançados outros cursos: yoga -  
1536 5000.518 inscritos; e aromaterapia – 16.925 inscritos. Além disso, outros cursos serão  
1537 lançados: Shantala; Automassagem; Reflexologia; Meditação; Musicoterapia; Terapia de  
1538 Florais; Termalismo; Ayurveda; Qualificação em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção  
1539 Básica – Módulo II; e Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Tratamento de Feridas na APS.  
1540 Na sequência, expôs a Presidente da ABRATECOM, **Milene Zanoni da Silva**, que falou sobre  
1541 a Terapia Comunitária Integrativa- TCI. Começou relatando sua experiência pessoal e vivência  
1542 com a TCI. Disse que, após três perdas gestacionais, um processo de depressão profunda e  
1543 idealização suicida, conseguiu aliviar as dores físicas e da alma, que eram muito profundas, na  
1544 TCI, com resgate da autoestima, do sentido da vida, o que fez seguir em frente. Inclusive, disse  
1545 que a terapia comunitária, junto com o apoio da sua família, contribui no processo de indução  
1546 do seu leite materno para amamentar seu filho adotivo, demonstrando que, muitas vezes, das  
1547 carências surgem as competências. Disse que cada pessoa possui suas dores, umas mais  
1548 evidentes, outras mais escondidas; e outras dores são coletivas como as catástrofes humanas  
1549 “ambientais” extremas; as desigualdades socioambientais, causando um enriquecimento  
1550 empobrecedor por conta do capitalismo predatório; conflitos; guerras; violência; segregação;  
1551 preconceito; cultura de ódio, individualismo; e solidão. Salientou que outras doenças  
1552 intrapsíquicas são conhecidas e possuem medicação como depressão, ansiedade, fobia social,  
1553 crise de pânico, idealização suicida, mas não medicamento para a solidão, que é a patologia  
1554 das relações. Nessa linha, destacou a dimensão da necessidade urgente e efetiva da  
1555 convivência conjunta, em paz, com respeito às diferenças, o que é uma tarefa difícil. Nesse  
1556 contexto, explicou que surge a terapia comunitária integrativa, na década de 80, junto com o  
1557 movimento sanitário, antimanicomial e da reforma sanitária, movimento feminista e

1558 ambientalista. Afirmou que a TCI é um movimento social, antes de tudo, que surgiu na favela  
1559 do Pirambu, no Ceará, embaixo de um pé de cajueiro, em um momento de ausência total do  
1560 estado na garantia de direitos humanos. Disse que o advogado Airton Barreto criou um centro  
1561 de direitos humanos e convidou seu irmão, o professor Adalberto Paula Barreto, iniciando este  
1562 “movimento de bem”. Destacou que as pessoas marginalizadas, excluídas, vítimas de  
1563 preconceito, violências almejavam medicamento, mas a resposta veio na forma de  
1564 acolhimento. Neste contexto, a terapia comunitária foi avançando e crescendo e hoje é uma  
1565 tecnologia social de construção de vínculos saudáveis, de senso de pertencimento e de  
1566 resgate da autoestima. Na sua experiência, disse que realiza rodas e participa de outras rodas  
1567 toda semana há mais de treze anos e frisou que qualquer pessoa pode participar dessas rodas,  
1568 em qualquer contexto. Explicou que o marco legal da TCI é a Portaria nº. 849/2017, que incluiu  
1569 a terapia comunitária como política pública do SUS no âmbito da PICS. Detalhou que a terapia  
1570 comunitária faz com que a pessoa se integre, consiga ouvir o outro e a si próprio, com regaste  
1571 da autoestima e promoção da saúde, da vida e da cultura da paz. Destacou que esta terapia  
1572 nascida no Brasil possui dezessete polos de formação no país, presente em mais de nove  
1573 estados, nas cinco regiões brasileiras. Além disso, estendeu-se pelo mundo, estando presente  
1574 em mais de quarenta países. Frisou que a TCI possui DNA brasileiro e, inclusive, sugeriu que  
1575 um dos cursos de especialização do Avasus seja sobre essa prática. Seguindo, mostrou rodas  
1576 da terapia comunitária integrativa pelo mundo - Costa do Marfim, Congo, Nicaraguá, França,  
1577 Bélgica, USA, Peru. Inclusive, explicou que, diante da pandemia de COVID-19, a metodologia  
1578 da TCI foi adaptada e rodas de terapia comunitária *online* iniciaram em março de 2020 e  
1579 seguem regularmente todos os dias, atingindo milhares de pessoas conectadas em mais de  
1580 vinte países. No caso do Peru, disse que retornava de Machu Picchu, junto com a terapeuta  
1581 Vitória Barreto, representando a ABRATECOM no centro colaborador de medicinas tradicionais  
1582 e complementares, para sistematização da terapia comunitária naquele país. Inclusive, solicitou  
1583 ao Ministério da Saúde se envolva nesse processo, para garantir a TCI como patrimônio  
1584 cultural, intelectual e social do Brasil. Disse que o trabalho da terapia comunitária é feito de  
1585 uma forma voluntária, grande parte, e está presente em unidades de saúde, escolas, presídios,  
1586 comunidades, política pública de saúde e de educação, justiça, calamidades, assistência  
1587 social. Destacou que hoje são mais de 60000 terapeutas comunitários no Brasil e no mundo.  
1588 Inclusive, disse que a ABRATECOM, Associação sem fins lucrativos, surgiu há vinte anos, com  
1589 o objetivo de fortalecer o desenvolvimento da Terapia Comunitária Integrativa, congregando  
1590 pessoas e instituições, promovendo e criando redes e com a missão principal de expansão da  
1591 formação em TCI, congregando os Polos Formadores, instituições responsáveis pelas  
1592 capacitações. Inclusive, disse que a Terapia Comunitária Integrativa foi certificada pelo Banco  
1593 do Brasil como tecnologia social, sendo selecionada como uma das melhores práticas para a  
1594 promoção da saúde e de cuidado em saúde mental e autocuidado pela OMS junto ao centro  
1595 colaborador. A fim de demonstrar o custo/benefício da TCI, explicou que o sistema público trata  
1596 a pessoa em sofrimento mental/transtorno mental leve ou moderado com prescrição  
1597 medicamentosa (patologização/psiquiatrização da vida, normalmente, com mais de um  
1598 medicamento psicotrópico). Citou, por exemplo, que o tratamento mensal com fluoxetina,  
1599 considerando uma cápsula por dia, custa R\$ 60 (lembrando que a medicação causa uma série  
1600 de reações adversas). Por outro, a perspectiva do cuidado solidário, do trabalho, do senso de  
1601 pertencimento junto à comunidade para cada pessoa, custa R\$ 2,00/por pessoa/mês. Ou seja,  
1602 a diferença é de, no mínimo, 50 vezes. Por fim, disse que a Associação está finalizando a  
1603 construção de guia de implantação da TCI na APS, junto com muitas instituições, um trabalho  
1604 de mestrado da Universidade Federal do Paraná junto com AEPG. Desse modo, solicitou o  
1605 apoio do CONASS e do CONASEMS para que esse documento chegue a todos os municípios  
1606 brasileiros. **Manifestações.** Conselheiro **Thiago Soares Leitão** saudou as pessoas convidadas  
1607 para debater este tema e, apesar do avanço da Política, avaliou que as PICS ainda não  
1608 representam o povo brasileiro, citando, por exemplo, a dificuldade na realização de práticas de  
1609 matrizes africanas. Além disso, afirmou que a medicina tradicional não dá conta das  
1610 especificidades da população brasileira. Como encaminhamento, propôs a composição de um  
1611 GT no CNS para revisar a Política, visando a inclusão de novas práticas - matriz africana e  
1612 indígenas. Conselheira **Camila de Lima Sarmiento** lembrou a luta do movimento social em  
1613 defesa das PICS, fazendo referência à ex-conselheira do CNS, Simone Leite, uma das  
1614 defensoras dessas práticas. Nessa linha, solicitou ao Ministério da Saúde que inclua os  
1615 movimentos populares na tomada de decisão sobre essas práticas. Também disse que é  
1616 preciso enfrentar a priorização de médicos para realização de PICS e o processo de  
1617 mercantilização dessas práticas. Também lembrou a luta histórica pela incorporação de

1618 saberes no SUS, destacando que alguns locais já conseguiram incorporar – parteiras,  
1619 curandeiras, por exemplo - todavia, essas práticas de cuidado não são valorizadas. Sinalizou  
1620 ainda uma “pandemia de saúde mental”, inclusive com aumento das taxas de suicídios entre  
1621 criança e jovem. Informou ainda que a ANEPS realizou seminário de equidade e na  
1622 oportunidade houve roda sobre valorização dos saberes ancestrais. Por fim, disse que é  
1623 preciso qualificar os indicadores e garantir recursos para implantação das políticas, além de  
1624 revisar as Políticas e garantir que os espaços sejam construídos pelas pessoas pertencentes.  
1625 Conselheiro **Albanir Pereira Santana** também manifestou satisfação com a Política, mas  
1626 concordou que é preciso avançar na implementação. Inclusive, relatou sua participação na  
1627 implantação das práticas no Goiás (Hospital de medicina alternativa), tendo utilizado dessa  
1628 ferramenta para tratar seus pacientes, na condição de médico. Conselheira **Elgiane de Fátima**  
1629 **Machado Lago** salientou que este momento do país é propício para ampliar os espaços da  
1630 medicina alternativa e dos povos tradicionais e implantar as práticas integrativas nos territórios.  
1631 Também destacou que é preciso garantir a realização de práticas integrativas e  
1632 complementares nas conferências temáticas da saúde agendadas - 4ª CNGTES e 5ª CNSTT,  
1633 inclusive como forma de valorização dessas práticas. Conselheira **Edna Maria dos Anjos**  
1634 **Mota** avaliou que é preciso ampliar as PICS para todo o país e perguntou quais os locais onde  
1635 essa prática está mais presente. Além disso, avaliou que é preciso trabalhar com as  
1636 comunidades para que conheçam e valorizem as PICs. Conselheira **Walquiria Cristina Batista**  
1637 **Alves Barbosa** destacou a importância das PICS e sugeriu a revisão para inclusão de novas  
1638 práticas como danças folclóricas e a medicina com utilização de óleos – copaíba, por exemplo.  
1639 Conselheira **Ligia Aparecida Correa Cardieri** chamou a atenção para a dificuldade de  
1640 implantação das PICS pela rotina e cobranças desta sociedade consumista e capitalista, com  
1641 mercantilização da saúde. Também perguntou como os gestores municipais podem implantar  
1642 as PICSs nos territórios. Conselheira **Altamira Simões dos Santos de Sousa** ressaltou que é  
1643 preciso revisar as PICCs, contemplando outras práticas, abarcando todos os povos e culturas e  
1644 garantir que a educação popular contemple elementos e manifestações do povo brasileiro.  
1645 **Retorno da mesa.** Conselheiro **Abraão Nunes da Silva**, coordenador da CIPPIS/PICS/CNS,  
1646 agradeceu as falas e informou que a Comissão realizará seminário, em parceria com Ministério  
1647 da Saúde e FIOCRUZ, contemplando a participação do CONASS e CONASEMS, para debater:  
1648 o que são as práticas integrativas e complementares no SUS, inclusive sua origem; a  
1649 importância da expansão da estrutura das PICCs; a necessidade de garantir rubrica específica  
1650 para essas práticas; e a importância de criar coordenação no Ministério da Saúde para tratar  
1651 das PICCs. Também concordou que é preciso debater também o espaço dessas práticas nas  
1652 conferências de saúde e continuar a luta contra a submissão da saúde ao capital. A assessora  
1653 técnica do NTG-PNPIC/DGCI/SAPS/MS, **Andrea Nazare Rezende Lemos**, fez as seguintes  
1654 considerações a partir das falas: a solicitação de inclusão da terapia integrativa nas PICSs será  
1655 levada para debate no âmbito do Ministério da Saúde; a política de educação popular caminha  
1656 junto com as PICCs nos territórios, mas ainda não estão inseridas; as práticas integrativas são  
1657 legitimadas no território pela população; o NTG-PNPIC está realizando movimento de apoio  
1658 técnico aos estados para implantação das PICSs, inclusive para enfrentar os vazios; é preciso  
1659 articulação para revisar as PICs e incluir novas práticas como as citadas: danças folclóricas,  
1660 uso de óleo - copaíba; e a AVASUS oferece cursos de orientação a gestores para implantação  
1661 das PICCs, com detalhamento das etapas e o Ministério da Saúde dispõe de apoio técnico  
1662 para este processo. A Presidente da ABRATECOM, **Milene Zanoni da Silva**, agradeceu as  
1663 falas e afirmou que este é um momento de reflexão sobre “onde estamos, para onde queremos  
1664 ir e como caminhar”. Disse que os pontos de conexão precisam ser maiores que as  
1665 divergências, porque o planeta está sofrendo e a população também. Ou seja, as práticas  
1666 integrantes e complementares precisam unir-se em prol do bem comum. Inclusive, disse que é  
1667 preciso garantir rubrica específica para essas práticas no orçamento da saúde. Conselheira  
1668 **Camila de Lima Sarmiento** interveio novamente para ressaltar a importância de criar  
1669 coordenação no Ministério da Saúde para tratar das PICCs e a necessidade de revisar as  
1670 práticas, com inclusão de outras, assegurando a participação dos movimentos sociais neste  
1671 processo. Após as falas, a mesa passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno**  
1672 **do Conselho aprovou as seguintes propostas: a) realizar seminário, em parceria com**  
1673 **Ministério da Saúde e FIOCRUZ, com a participação do CONASS e CONASEMS, para**  
1674 **debater: o que são as práticas integrativas e complementares no SUS, inclusive sua**  
1675 **origem; a importância da expansão da estrutura das PICs; a necessidade de garantir**  
1676 **rubrica específica para essas práticas; a importância de criar coordenação no Ministério**  
1677 **da Saúde para tratar das PICCs; e a necessidade de revisar as PICCs, com inclusão de**

1678 novas práticas; b) dar continuidade ao debate desta temática no âmbito da  
1679 CIPPISPCS/CNS, considerando as propostas apresentadas nesta pauta e os resultados  
1680 do seminário que será realizado; e c) garantir a realização de práticas integrativas e  
1681 complementares nas conferências temáticas da saúde agendadas - 4ª CNGTES e 5ª  
1682 CNSTT (remeter para a Mesa Diretora do CNS e as comissões organizadoras das  
1683 referidas conferências). Com essas deliberações, a mesa agradeceu a participação das  
1684 pessoas convidadas e encerrou este ponto de pauta. **ITEM 8 – APRESENTAÇÃO DE AÇÕES**  
1685 **DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES –**  
1686 *Apresentação:* Adriano Massuda, Secretário de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS.  
1687 *Coordenação:* conselheiro Neilton Araújo de Oliveira, da Mesa Diretora do CNS; e  
1688 conselheira Ana Lúcia Marçal Paduello, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro Neilton  
1689 Araújo de Oliveira, da Mesa Diretora do CNS, saudou o Secretário da SAES e registrou  
1690 também a presença do Secretário Adjunto da Secretaria, Nilton Pereira Júnior. Após a leitura  
1691 do currículo, foi aberta a palavra ao Secretário da SAES, para apresentação. O Secretário da  
1692 SAES/MS, Adriano Massuda, começou agradecendo o convite e manifestou sua satisfação  
1693 pela oportunidade de apresentar as ações da Secretaria ao Colegiado do CNS. Começou  
1694 destacando os desafios da atenção especializada em sistemas de saúde no mundo -  
1695 fragmentação entre os níveis de atenção, segmentação de cuidados por renda e tempo de  
1696 espera para acesso a especialistas. E, no Brasil, salientou que os problemas são ampliados  
1697 por conta das desigualdades regionais e sociais, concentração de especialistas em grandes e  
1698 cidades e no setor privado. Por outro lado, disse que as oportunidades são: integração com  
1699 APS e serviços comunitários; coordenação de cuidados em redes de atenção; gestão da  
1700 incorporação de tecnologias; transformação digital – análise de dados e intensivo de  
1701 Telessaúde; e contratação e remuneração estratégica de prestadores para cuidado integral.  
1702 Além disso, lembrou que o Presidente da República incluiu a saúde como prioridade na agenda  
1703 de governo, com enfrentamento de problemas estruturais do SUS que não foram devidamente  
1704 encarados. Pensando no desempenho do sistema de saúde, disse que se considera  
1705 organizações complexas, com lógica de organização e governança, financiamento, alocação e  
1706 gestão de recursos, estando estas questões ligadas. Disse que as funções podem ser  
1707 modificadas por políticas e interagir de forma dinâmica para produzir um conjunto de produtos  
1708 na forma de ações de saúde. Além disso, as ações de saúde operam com níveis variados de  
1709 eficácia, eficiência, equidade e capacidade de resposta. Sobre a Rede e Serviços de Atenção  
1710 Especializada, explicou que a SAES é responsável por 59 Políticas e Programas Nacionais.  
1711 Em relação às Políticas, detalhou que são as seguintes: Política Nacional de Atenção  
1712 Hospitalar – PNHOSP; Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU; Programa Nacional  
1713 de Segurança do Paciente – PNSP; Política Nacional de Atenção Domiciliar – PNAD - Melhor  
1714 em Casa; Política Nacional de Sangue e Hemoderivados; Rede de Atenção às Pessoas com  
1715 Doenças Crônicas; Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO); Sistema Nacional  
1716 de Transplantes – SNT; Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC);  
1717 Rede de Atenção Psicossocial – RAPS; Rede Cegonha – Componente Especializado; Política  
1718 Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência – PNAISPD; Política  
1719 Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras; Política Nacional de Atenção  
1720 Cardiovascular de Alta Complexidade; e Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade  
1721 em Traumatologia-Ortopedia. Disse que é preciso compreender a composição da Rede Assistencial  
1722 Ambulatorial e Hospitalar do SUS: atenção básica: 52.592 estabelecimentos públicos; 356  
1723 privados e 178 sem fins lucrativos; apoio diagnóstico: 27.838 privados, 2.160 públicos e 522  
1724 sem fins lucrativos; Hospital: 2.755 privados; 2.733 públicos e 1.839 sem fins lucrativos;  
1725 atenção especializada: 255.565 estabelecimentos privados; 5.416 sem fins lucrativos e 9.052  
1726 públicos; e Urgência: 908 privado, 7.231 públicos e 149 sem fins lucrativos. Disse que o desafio  
1727 é garantir que os serviços contratados funcionem na lógica do SUS. Apresentou dados da  
1728 produção da Atenção Especializada do SUS, ano referência 2023: consultas especializadas:  
1729 mais de 1 bilhão; exames diagnósticos: mais de 1,2 bilhão; procedimentos ambulatoriais: mais  
1730 de 2,1 bilhões; cirurgias eletivas: 4,01 milhões; transplantes: 374,043 mil; partos 9,61 milhões;  
1731 citopatológicos: 576,8 mil; mamografia: 17,4 mil; quimioterapia: 9,5 milhões; radioterapia: 5,38  
1732 milhões; internações: 13,32 milhões; e órteses e próteses: 1,25 milhões. Sobre esses números,  
1733 disse que é preciso considerar que a produção da atenção especializada concentra-se nos  
1734 grandes centros urbanos do país, com regiões de maior desenvolvimento econômico, com  
1735 grandes vazios assistenciais. Feito esse panorama, sintetizou os desafios da Atenção  
1736 Especializada a serem enfrentados: falta de diretrizes e princípios organizativos para a AES;  
1737 insuficiência e má distribuição de recursos; estratégia de ampliação de acesso limitada ao



1738 aumento de recursos financeiros; contratação de serviços privados com foco na realização  
1739 procedimentos; variedade de serviços especializados; desarticulação entre serviços de AES e  
1740 equipes de Saúde da família/APS; uso incipiente de prontuário eletrônico nos serviços de  
1741 atenção especializada; e escassez e má formação de especialistas. Falou sobre a Força  
1742 Nacional do SUS cuja missão é apoiar os entes federados na resposta a Emergências em  
1743 Saúde Pública, considerando como eixos de atuação: desastres; eventos de massa; situações  
1744 epidemiológicas; desassistência; e preparação respostas. Destacou que foram 22 Missões em  
1745 2023 - Missão Arboviroses (Santa Catarina, Goiás, Distrito Federal, Paraná, Minas Gerais) e  
1746 participação em: Centro de Operações de Emergência (COE), COE Dengue e outras  
1747 arboviroses e COE Chuvas Intensas e Inundações no Sul. Em 2024, foram realizadas missões  
1748 em Belford Roxo/RJ - diagnóstico situacional, Missão Yanomami – desassistência, Missão  
1749 Guarita/RS - situação epidemiológica, Missão Acre – enchente, Missão Espírito Santo –  
1750 enchente, Missão Rio Grande do Norte – enchente e Missão Rio Grande do Sul – enchente.  
1751 Explicou que o desafio da atenção especializada está sendo enfrentado com ampliação de  
1752 recursos para Atenção Especializada no SUS, Política Nacional de Atenção Especializada em  
1753 Saúde e Programa Mais Acesso a Especialistas. No que diz respeito à ampliação de Recursos  
1754 para Atenção Especializada no SUS, detalhou que, em 2023, foram implementadas as  
1755 seguintes ações: recuperação e ampliação do financiamento para o SUS (R\$ 70,2 bi - aumento  
1756 de 13%); mais serviços financiados pelo Ministério da Saúde: 33.068 novos credenciamentos e  
1757 habilitações; aumento no custeio dos programas e políticas (CAPS; Diálise; SAD; CER;  
1758 Hospitais Filantrópicos); implementação do Programa Nacional de Redução de Cirurgias  
1759 Eletivas (R\$ 600 mi - aumento de 19% nas cirurgias); mais equipamentos e recursos para a  
1760 Oncologia (mais de R\$ 1,1 bi de Teto MAC); e aumento nos transplantes, em comparação a  
1761 2022. Também detalhou alguns resultados do Programa Nacional de Redução de Filas - PNRF  
1762 2023: tamanho da fila: 1.081.893 mi; planejado – quantidade de cirurgias - 487.263 mil –  
1763 recurso previsto R\$ 600 mi; realizado – quantidade de cirurgias - 648.729 mil; recurso produção  
1764 - R\$ 880.3 mi; recurso repasse - R\$ 891.2 mi; 60% de redução do tamanho da fila e aumento  
1765 de 133% de execução. Em 2024, tamanho da fila: 1.337.597 mi; planejado – quantidade de  
1766 cirurgias - 746.689 mil; recurso previsto: R\$ 1,2 bi; realizado – quantidade de cirurgias -  
1767 309.329 mil; recurso produção - R\$ 585.6 mi; e recurso repasse - R\$ 176.4 mi; 23% de  
1768 redução do tamanho da fila e aumento de 41% de execução. Neste ponto, destacou a  
1769 capacidade produtiva dos Estados, salientando que alguns já haviam ultrapassado o  
1770 programado. Elencou também os dez procedimentos cirúrgicos realizados em 2023:  
1771 facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular dobrável; hernioplastia inguinal/crural  
1772 (unilateral); colecistectomia; colecistectomia videolaparoscópica; hernioplastia umbilical;  
1773 capsulotomia a yag laser; laqueadura tubária; vasectomia; histerectomia total; e postectomia.  
1774 Em 2024, os mais realizados foram: facoemulsificação c/ implante de lente intra-ocular  
1775 dobrável; hernioplastia inguinal/crural (unilateral); colecistectomia; colecistectomia  
1776 videolaparoscópica; hernioplastia umbilical; capsulotomia a yag laser; laqueadura tubária;  
1777 vasectomia; histerectomia total; e amigdalectomia com adenoidectomia. Seguindo, falou sobre  
1778 a nova organização da AES no SUS, com destaque para a Política Nacional de Atenção  
1779 Especializada à Saúde - PNAES, definida nos termos da Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de  
1780 outubro de 2023, com os seguintes eixos: Prevenção e vigilância em saúde e políticas  
1781 transversais de enfrentamento ao racismo e foco nas populações vulneráveis; Papel da AES na  
1782 Rede de Atenção à Saúde regional; Fortalecimento e articulação com a atenção primária;  
1783 Regulação do acesso com equidade; Atenção integral à pessoa e continuidade do cuidado;  
1784 Informação, comunicação e Saúde Digital; Planejamento, organização, gestão, monitoramento  
1785 e avaliação dos serviços de atenção especializada; Formação, provimento e fixação de  
1786 profissionais de saúde; Inovação do modelo de financiamento: foco no cuidado integrado e  
1787 integral; e Responsabilidades das esferas de gestão e relação público-privado. Também falou  
1788 sobre o Programa Mais Acesso a Especialistas que visa ampliar e tornar mais rápido o acesso  
1789 dos pacientes a consultas ambulatoriais e exames especializados. Disse que o paciente será  
1790 encaminhado a um serviço de saúde que realiza as consultas e exames diagnósticos  
1791 necessários em um período de até 30 ou 60 dias, conforme a situação. O paciente terá uma fila  
1792 única, um agendamento único e um retorno garantido para a Unidade de Saúde da Família  
1793 para acompanhamento do caso. Detalhou que os componentes do Programa são: gestão de  
1794 filas - serviços oferecidos informados, tempo de espera, número de pessoas na fila; regulação  
1795 de filas - organizar o acesso por linhas de cuidado, ampliar oferta conforme necessidade, gerir  
1796 filas de espera; gestão do cuidado - coordenação e navegação do cuidado - priorizar risco,  
1797 monitorar tempo, evitar absentismo e repetição, manutenção de contato; integração com a

1798 atenção primária - transição de cuidados para a APS e compartilhamento de informações  
1799 clínicas via Registro Eletrônico de Saúde; Telessaúde - teleconsultas: Público e privado,  
1800 teleconsultoria: encaminhamentos mediados compartilhados e ênfase em regiões de vazios  
1801 assistenciais e áreas de difícil acesso; e oferta de cuidado integrado - conjunto de  
1802 procedimentos (consultas, exames e outros procedimentos) e de tecnologias de cuidado  
1803 necessários a uma atenção oportuna e com qualidade, integrados a Atenção Primária à Saúde.  
1804 Salientou que as ações começaram pelos maiores gargalos, problemas sensíveis e ampliação  
1805 do diagnóstico, que interfere no prognóstico: Otorrino - OCI 1 – Avaliação diagnóstica de déficit  
1806 auditivo e OCI 2 – Avaliação diagnóstica de nasofaringe e de orofaringe; Ortopedia - OCI 1 –  
1807 Avaliação diagnóstica de transtornos dos tecidos moles; OCI 2 – Avaliação diagnóstica de  
1808 osteopatias e condropatias; OCI 3 – Avaliação diagnóstica de artropatias; e OCI 4 – Avaliação  
1809 diagnóstica de Ortopedia pediátrica; Cardiologia - OCI 1 – Avaliação Cardiológica Geral – Risco  
1810 Cirúrgico; OCI 2 – Avaliação Cardiológica; OCI 3 – Progressão da avaliação Diagnóstica  
1811 Síndrome Coronariana Crônica; e OCI 4 – Progressão da avaliação Diagnóstica Insuficiência  
1812 Cardíaca; Oftalmologia- OCI 1 – Avaliação inicial em oftalmologia; OCI 2 – Consultas  
1813 oftalmológicas para usuários entre 0 – 12 anos; OCI 3 – Avaliação de estrabismo; OCI 4 –  
1814 Avaliação em oncologia oftalmológica; OCI 5 – Diagnóstico em Neuro Oftalmologia; OCI 6 –  
1815 Exames oftalmológicos sob narcose; OCI 7 – Avaliação oftalmológica de usuários com  
1816 diabetes; Oncologia - OCI 1 - Avaliação diagnóstica inicial de câncer de mama; OCI 2 –  
1817 Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de mama; OCI 1 – Avaliação diagnóstica e  
1818 terapêutica Tipo I de câncer de colo de útero; OCI 2 – Progressão da avaliação diagnóstica e  
1819 terapêutica Tipo II de câncer de colo de útero; OCI 1 – Avaliação diagnóstica do câncer  
1820 gástrico; OCI 1 – Avaliação diagnóstica de câncer de cólon; OCI 1 – Avaliação diagnóstica de  
1821 câncer de reto; OCI 1 – Avaliação diagnóstica inicial de câncer de próstata; e OCI 2 –  
1822 Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de próstata. Também destacou importante  
1823 adesão ao PMAE por parte dos Estados e Municípios. Citou ainda os investimentos do Novo  
1824 PAC para a Atenção especializada, no total de R\$ 13,8 bi: 90 unidades - r\$ 1,7 bilhão; 60  
1825 maternidades + 90 centros de parto normal - R\$ 7,8 bilhões; 14 centrais de regulação + 850  
1826 ambulâncias do SAMU - r\$ 400 milhões; 45 centros de reabilitação + 15 oficinas ortopédicas -  
1827 R\$ 400 milhões; 200 CAPS - R\$ 410 milhões; entregar 40 novos aceleradores lineares,  
1828 iniciando o PER-SUS 2 (Plano de Expansão da Radioterapia No SUS) e concluindo o PER-  
1829 SUS 1 - R\$ 605 milhões; construir 19 hospitais estaduais (R\$ 1,7 bilhão) + construção do novo  
1830 campus INCA (R\$ 994 MILHÕES) + 2 novos blocos no GHC (R\$ 223 milhões). Também falou  
1831 sobre formação e provimento de especialistas, destacando, em 2023, maior ampliação de  
1832 bolsas dos últimos 10 anos, 1.651 vagas em medicina e 1.740 em áreas profissionais e Política  
1833 Nacional de Residências em Saúde para ampliar e qualificar os programas de residência, com  
1834 compromisso social. Detalhou também os impactos das estratégias para a AES no CEIS -  
1835 Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde – PNAES e Programa Mais Acesso a  
1836 Especialistas – PMAE, detalhando as estratégias que viabilizarão a redefinição das: 1)  
1837 principais necessidades em saúde da população; 2) necessidades em saúde não  
1838 atendidas/negligenciadas; 3) oportunidades de formação, treinamento e provimento de  
1839 profissionais especializados; e 4) lacunas e oportunidades para a pesquisa, o desenvolvimento  
1840 e a incorporação tecnológica. Esses pontos que, alinhados às prioridades estratégicas  
1841 estabelecidas pelo SUS e à Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do CEIS e suas  
1842 diretrizes, matrizes e iniciativas de financiamento, pavimentam as diretrizes para as parcerias  
1843 com o setor produtivo. Concluindo, apresentou os objetivos estratégicos da Secretaria de  
1844 Atenção Especializada 2024-2026: ampliar o acesso e a qualidade na atenção especializada  
1845 no SUS; mais acesso a especialistas com foco na redução de filas; articular as redes temáticas  
1846 e linhas de cuidado prioritárias com foco na rede de urgência, emergências, saúde da mulher,  
1847 saúde mental, pessoa com deficiência; Emergências em saúde pública - preparar atenção  
1848 especializada para enfrentamento de emergências, atuação da força nacional do SUS, com  
1849 articulação da rede de urgência e emergência, do sistema de vigilância em saúde, com a  
1850 atenção primária em saúde; formação de especialistas para atenção e para a gestão; novo  
1851 modelo de financiamento para atenção especializada; governança regional e modelo de gestão  
1852 e atenção dos serviços na atenção especializada; e infraestrutura e inovação tecnológica.  
1853 Finalizou sua explanação com a seguinte assertiva de Sérgio Arouca: "A Reforma Sanitária não  
1854 é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o Projeto de Reforma  
1855 Sanitária também é um projeto de civilização. O que queremos para a saúde, queremos para a  
1856 sociedade brasileira." **Manifestações.** Conselheira **Helenice Yemi Nakamura** agradeceu o  
1857 Secretário da SAS pela apresentação e fez os seguintes questionamentos: qual movimento

1858 está sendo feito para que a atenção especializada retorne para o SUS?; como o Ministério da  
1859 Saúde e o Ministério da Educação estão tratando a formação no sentido de contemplar a lógica  
1860 do SUS?; e como estão sendo tratadas as dívidas dos convênios de saúde com o SUS?  
1861 Conselheira **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa** também saudou o Secretário e  
1862 destacou que a ABRAZ solicitou audiência com ele para tratar de assuntos relativos a  
1863 Alzheimer e outras demências. Também defendeu a inclusão da Política Nacional de Cuidado  
1864 das Pessoas com Alzheimer e outras demências no rol de políticas que estão sob a  
1865 responsabilidade da SAES. Por fim, perguntou sobre o trabalho dos grupos do CONSINCA e  
1866 enfatizou a importância de garantir a participação social nesses espaços (questões trazidas  
1867 pela conselheira Melissa do Amaral). Conselheiro **Anselmo Dantas** fez uma saudação ao  
1868 Secretário e manifestou satisfação com as ações do novo governo que fortalecem o SUS.  
1869 Apontou como avanços a garantia do maior orçamento para Política de Saúde Bucal da história  
1870 do país e a divulgação da estratégia global e plano de ação da Organização Mundial de Saúde  
1871 para a saúde oral, contendo conjunto completo de políticas que definem a agenda global de  
1872 saúde oral da Organização até 2030. Reiterou a importância das ações da SAE/MS, pois a  
1873 maioria dos brasileiros enfrenta dificuldades para acessar as ações especializadas de saúde  
1874 Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales** reconheceu o esforço do governo federal para  
1875 amenizar o processo de desconstrução do SUS nos últimos anos, todavia, reiterou a demanda  
1876 de que as políticas sejam dialogadas com o controle social. Citou, por exemplo, que a Portaria  
1877 da Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde – PNAES não foi debatida no Conselho  
1878 antes da publicação e este instrumento apresenta problemas como incentivo ao setor privado.  
1879 Salientou que a redução de filas e a relação com a atenção secundária ainda é um gargalo da  
1880 atenção especializada, assim, a população tem dificuldade de acessar os serviços e as filas  
1881 continuam. Como encaminhamento, sugeriu pautar os programas apresentados pela SAES/MS  
1882 em reuniões ordinárias do CNS, de modo a garantir debate mais detalhado e aprofundado.  
1883 Conselheira **Débora Raymundo Melecchi** salientou que é preciso pautar nova política de  
1884 diagnóstico no sentido de trazer diretrizes e ações voltadas para o olhar de apoio ao  
1885 diagnóstico e o papel de laboratórios no âmbito do complexo econômico da saúde. Também  
1886 disse que é preciso debater o problema da judicialização no SUS, haja vista os prejuízos deste  
1887 processo para o Sistema. Também perguntou se há dados epidemiológicos para priorização da  
1888 formação de especialistas em ortopedista e se há perspectiva de cooperação do Brasil com  
1889 outros países para garantir atendimento de especialistas à população. Por fim, disse que o  
1890 cuidado farmacêutico deve ser visto como estratégico no processo de reconstrução da  
1891 assistência. Conselheiro **Mauri Bezerra** destacou o compromisso do governo com a  
1892 reconstrução do país, que inclui o fortalecimento do SUS. Destacou a importância dos  
1893 incentivos financeiros para a atenção especializada, mas manifestou preocupação com a  
1894 dependência em relação a emendas parlamentares. Também perguntou qual a possibilidade  
1895 de zerar as filas por procedimentos da atenção especializada. Por fim, disse que as medidas  
1896 adotadas são essenciais e é preciso mostrar à sociedade essas novas mudanças na saúde e  
1897 no país. Conselheiro **Cledson Fonseca Sampaio** lembrou que o Brasil já foi referência na  
1898 Política de Aids e manifestou satisfação com essa retomada para garantir atenção às pessoas  
1899 vivendo com AIDS. Também manifestou preocupação com a forma de monitoramento dos  
1900 recursos que vão para os municípios, pois a população é a maior prejudicada com a falta de  
1901 alocação financeira. Por fim, disse que o Prontuário Eletrônico é essencial para assegurar  
1902 diagnóstico e cuidado às pessoas e garantir política de especialidades adequada, de forma  
1903 regional, assegurando exames, consultas e diagnóstico. Conselheira **Elaine Junger Pelaez**  
1904 chamou a atenção para a magnitude das ações da SAES/MS e o significado para garantia do  
1905 acesso da população ao SUS, na medida das necessidades. Destacou a importância do  
1906 Programa de Redução de Filas, mas entendeu que a fila não poderia ser zerada, mas sim  
1907 reduzida. Chamou a atenção ainda para a importância da produção dos hospitais federais, que  
1908 apesar de problemas, funcionam muito bem, com programas importantes e de referência.  
1909 Disse que esses estabelecimentos são sucateados, muitas vezes propositalmente, para  
1910 justificar um “novo modelo”. Desse modo, perguntou o que está sendo pensado para fortalecer  
1911 a rede de hospitais federais, com a participação do CES/RJ. Conselheira **Rafaela Bezerra**  
1912 **Fernandes** destacou que é preciso problematizar o significado da Portaria nº. 4.847/2024, que  
1913 estabelece a descentralização dos serviços do Hospital do Andaraí para a Prefeitura Municipal  
1914 do Rio de Janeiro e os reflexos desta iniciativa. Nessa linha, fez os seguintes questionamentos:  
1915 qual motivo desta iniciativa de descentralização?; quais os riscos para as trabalhadoras e a  
1916 população?; e se essa iniciativa for replicada em outros espaços?. Salientou que iniciativas  
1917 como esta traz implicações na gestão do trabalho, na educação em saúde, na oferta de

1918 serviços, perfil de contratação e vínculos. Portanto, devem ser analisadas no contexto histórico  
1919 onde acontecem por conta do risco da privatização. Conselheira **Sylvia Elizabeth de Andrade**  
1920 **Peixoto** saudou o Secretário e lamentou que o SUS não contemple tratamento para retinose  
1921 pigmentar, doença rara hereditária da visão. Também salientou que o plano oftalmológico é  
1922 essencial para garantir atendimento aos usuários e enfatizou a necessidade garantir órteses e  
1923 próteses para oftalmologia e para audição, com revisão das tabelas do SUS. Conselheira  
1924 **Sílvia Cavalleire Araújo da Silva**, representante da União Nacional LGBT – UNALGBT,  
1925 apresentou-se ao CNS por conta da sua primeira participação em reunião do Conselho.  
1926 Saudou o Secretário da SAES/MS e fez as seguintes perguntas: o Ministério da Saúde prevê  
1927 credenciamento de novos serviços e profissionais para a integralidade do cuidado da  
1928 população trans?; há previsão de credenciamento de novos hospitais para cirurgias de  
1929 redesignação sexual ou transgenitalização?; e que o Ministério da Saúde está pensando para  
1930 acolher os homens trans e transmasculinos que ainda são discriminados para realizar  
1931 procedimentos pensados exclusivamente para mulheres? Conselheiro **Fernando Zasso**  
1932 **Pigatto**, Presidente do CNS, destacou a importância de reconstruir o país com participação  
1933 social e fez um destaque à participação do Conselho no grupo de transição de governo.  
1934 Salientou que a situação da aprovação da PNAES, sem debate prévio no Conselho, trouxe  
1935 ensinamentos e citou, inclusive, que a PNAB será elaborada com a participação social. Disse  
1936 que a aprovação da PNAES foi importante, porque permitiu, inclusive, a aprovação da política  
1937 nacional de cuidados paliativos. Por fim, perguntou sobre os trabalhos do GT sobre a situação  
1938 dos hospitais federais e sugeriu a participação do CNS neste espaço. Conselheiro **Gabriel**  
1939 **Henrique Pereira de Figueiredo** somou-se aos elogios às ações da SAES e recordou que a 5ª  
1940 CNSM definiu direcionamento da política e do cuidado da pessoa com transtorno mental, de  
1941 uso abusivo de substâncias, em sofrimento psíquico. Chamou a atenção para pessoas em  
1942 sofrimento psíquico por conta do uso abusivo de álcool e outras drogas e perguntou sobre os  
1943 desdobramentos do compromisso assumido pela Ministra de Estado da Saúde de debater com  
1944 o MDS a situação das comunidades terapêuticas, inclusive por conta da concorrência entre os  
1945 serviços. Conselheiro **Albanir Pereira Santana** saudou o Secretário pela apresentação e  
1946 solicitou atenção ao programa de proteção à gestante, realizado pela APAE de Goiânia, que  
1947 funciona desde 2003, com mais de 1,5 milhão de gestantes atendidas no Estado de Goiás.  
1948 Disse que solicitaria audiência com o Secretário da SAES para apresentar esta importante  
1949 iniciativa. Conselheira **Ana Lúcia Silva Marçal Padduello** saudou o Secretário da SAES/MS e  
1950 solicitou posicionamento sobre a participação do Conselho na Câmara Técnica de  
1951 Reumatologia, criada em 2010 e reativada neste governo. Também manifestou sua  
1952 insatisfação com a negativa da participação do Conselho na Câmara Técnica de  
1953 Assessoramento de Doenças Raras e reiterou a importância do controle social fazer parte  
1954 deste espaço. Informou, ainda, que foi instituído GT no CNS, em fevereiro de 2024, para  
1955 discutir a criação da política nacional de atenção às doenças reumáticas. Inclusive, salientou  
1956 que há um déficit de profissionais em reumatologista no Brasil e, como complicador,  
1957 encaminhamento errôneo das doenças inflamatórias, principalmente espondilite anquilosante,  
1958 que prejudicam a vida laboral de pessoas de 17 a 40 anos. **Retorno da mesa.** O Secretário da  
1959 SAES/MS, **Adriano Massuda**, começou agradecendo as falas e a oportunidade de diálogo  
1960 com o Conselho. Fez comentários sobre cada uma das falas, destacando os seguintes  
1961 aspectos: na sua apresentação, tentou demonstrar que, para a atenção especializada dar  
1962 certo, o sistema de saúde precisa estar muito bem estruturado, organizado, financiado, com  
1963 capacidade de identificar e alocar recursos em áreas onde há necessidade; “saúde”/“sistema  
1964 de saúde” deve ser visto como tema econômico, político, geoestratégico, geopolítico; é preciso  
1965 reconhecer os avanços e identificar os desafios para avançar; é essencial considerar a  
1966 complexidade de gerenciar o SUS, sistema descentralizado, considerando as especificidades  
1967 locais; a intenção da SAS foi priorizar a otorrinolaringologia, pensando na audição dentro de  
1968 um pacote de cuidados integrados – consultas e exames; a o programa nacional de atenção  
1969 especializada introduz nova lógica de organizar e remunerar o cuidado, de maneira articulada,  
1970 para fazer o diagnóstico e encaminhar para o tratamento; a nova lei da atenção a pacientes  
1971 com Alzheimer traz conjunto de novas possibilidades para atuação e assumiu compromisso de  
1972 agenda com a ABRAZ; a odontologia hospitalar é uma área fundamental e é preciso  
1973 reconhecer os avanços na área de saúde bucal (poucos países no mundo possui saúde bucal  
1974 que o Brasil oferece no SUS); hospitais federais - o papel do Ministério da Saúde (conforme  
1975 estudo publicado no jornal “O Globo”) é gerir sistema de saúde na perspectiva da construção  
1976 de um sistema descentralizado. O processo de descentralização dos órgãos federais  
1977 aconteceu nos anos 90 e, no caso do município do Rio de Janeiro, o processo foi mal

1978 conduzido e os hospitais foram recentralizados, em 2005, e até agora, esta é uma questão mal  
1979 aparada. A solução para esse problema, que é crônico, deve ser construída de maneira  
1980 interfederativa, dentro do SUS, trazendo as melhores experiências em gestão hospitalar. O  
1981 objetivo é fazer com que esses hospitais voltem a funcionar de maneira plena para atender a  
1982 população brasileira; a Ministra de Estado da Saúde está enfrentando com coragem e tomando  
1983 medidas importantes para resolver os problemas postos; concordância com a necessidade de  
1984 ampliar a atenção ao câncer, com investimento forte para aprimoramento do diagnóstico -  
1985 laboratórios de anatomia patológica, formação de patologistas; é preciso debater, em  
1986 profundidade, o problema da judicialização e das emendas parlamentares, porque diminui o  
1987 grau de discricionariedade e reduz a capacidade de o Ministério da Saúde implementar  
1988 políticas nacionais que precisam, de fato, de financiamento; é preciso divulgar as ações do  
1989 SUS para que a população defenda ainda mais o Sistema (o momento é propício, pois o  
1990 Sistema passou a ser visto de forma mais positiva, após a atuação na pandemia da COVID-  
1991 19); a Política de Enfrentamento ao HIV/AIDS é uma inspiração, que se tornou referência para  
1992 outras áreas; na avaliação e monitoramento da alocação de recursos, é preciso considerar a  
1993 diminuição da capacidade discricionária dos prefeitos por conta de emendas, mas também  
1994 avaliar o efeito de medidas de ampliação de teto; é preciso garantir oferta compatível com a  
1995 demanda, para fazer com que essa fila “ande” (na atenção especializada, ainda não há um  
1996 sistema nacional de análise de filas. E um dos primeiros componentes é a gestão de filas para  
1997 identificar o número de pessoas que aguardam procedimento); é fundamental também  
1998 aprimorar o sistema de regulação para que o sistema funcione de forma efetiva; OCI (oferta de  
1999 Cuidado Integrado) – grupo técnico analisa conjunto de procedimentos realizados no âmbito  
2000 ambulatorial e estes serão remunerado se executados no devido intervalo de tempo - o desafio  
2001 é conectar o Programa mais Acesso a Especialistas ao Programa Nacional de Redução de  
2002 Filas Cirúrgicas; considerando a amplitude das ações da SAES, a proposta é realizar outras  
2003 oficinas, a próxima com o Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET para  
2004 debate sobre oferta de cuidado integrado, para contribuições na lógica do aprimoramento da  
2005 iniciativa; a área das doenças raras vem avançando e buscaria resposta ao questionamento  
2006 sobre a retinose pigmentar; órteses e próteses é um tema importante, que necessita de  
2007 regulação para garantir oferta à população; a intenção é credenciamento de novos serviços  
2008 para garantir integralidade do cuidado da população trans, mas o credenciamento de hospitais  
2009 depende da capacidade para realizar os procedimentos; o GT sobre a situação dos hospitais  
2010 federais contou com a participação do controle social e o resultado pode ser apresentado ao  
2011 CNS (comprometeu-se a buscar formas de participação do Conselho nessa agenda); foi  
2012 elaborada minuta de portaria sobre comunidades terapêuticas – está em análise na CONJUR;  
2013 aguarda o envio da experiência de Goiás sobre cuidado com a gestante; compromisso de  
2014 verificar a demanda sobre a participação do CNS na câmara técnica de doenças raras e na  
2015 câmara técnica de reumatologia, considerando o regramento de composição desses espaços,  
2016 mas entendendo que é fundamental ouvir o Conselho; o Ministério da Saúde está agindo no  
2017 sentido de fazer o melhor para a população brasileira, para fortalecer o SUS e a gestão dos  
2018 serviços, de forma interfederativa; e o professor José Barreto assumiu a Coordenação Geral do  
2019 Câncer e os grupos serão retomados. Por fim, cumprimentou o CNS pela atuação, destacando  
2020 o reconhecimento na Assembleia Mundial da Saúde, e afirmando que este é um espaço que  
2021 deve ser fortalecido. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS,  
2022 agradeceu o Secretário pelos esclarecimentos e destacou, dos encaminhamentos, a proposta  
2023 de pautar os programas apresentados pela SAES/MS em reuniões ordinárias do CNS, de  
2024 modo a garantir debate mais detalhado e aprofundado; e realizar oficinas com os  
2025 departamentos da SAES/MS, começando pelo DAET, para ampliar o debate. Disse que a  
2026 proposta seria debatida na Mesa Diretora do CNS para os devidos encaminhamentos. Por fim,  
2027 agradeceu a presença do Secretário e da sua equipe neste debate. Conselheira **Ana Lúcia**  
2028 **Marçal Paduello** agradeceu a presença do Secretário e sua equipe, mas registrou que é  
2029 inadmissível a ausência do Conselho nos espaços de debate dos temas relativos à saúde da  
2030 população brasileira. **Deliberação: o Pleno decidiu: a) remeter à Mesa Diretora do CNS a**  
2031 **solicitação de pautar os programas apresentados pela SAES/MS em reuniões ordinárias**  
2032 **do CNS, de modo a garantir debate mais detalhado e aprofundado; e b) realizar uma**  
2033 **oficina conjunta Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES) e**  
2034 **CNS, com a participação das Comissões Intersetoriais do Conselho, para ampliar a**  
2035 **escuta do controle social e aprofundar o debate desse tema.** Após esses  
2036 encaminhamentos, às 13h30, a mesa encerrou a manhã do segundo dia de reunião. Estiveram  
2037 presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* - **Ana Lúcia da Silva Marçal**

2038 **Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras –  
2039 SUPERANDO; **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde,  
2040 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Carlos Fidelis da Ponte**, Centro Brasileiro  
2041 de Estudos de Saúde (CEBES); **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos  
2042 Farmacêuticos – FENAFAR; **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH);  
2043 **Edna Aparecida Alegro**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi  
2044 (FENAPESTALOZZI); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS);  
2045 **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil  
2046 (CTB/CGTB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI;  
2047 **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;  
2048 **Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Gilson**  
2049 **Silva**, Força Sindical (FS); **Cledson Fonseca Sampaio**, Rede Nacional de Pessoas Vivendo  
2050 com HIV e AIDS (RNP+ BRASIL); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de  
2051 Fonoaudiologia (CFFa); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e  
2052 Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Lucia Regina Florentino Souto**, Ministério da Saúde  
2053 (MS); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da  
2054 Força Sindical - SINDNAPI); **Luiz Carlos Ferreira Penha**, Coordenação das Organizações  
2055 Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, Central  
2056 Única dos Trabalhadores (CUT); **Maria Thereza Almeida Antunes**, Federação Brasileira das  
2057 Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação  
2058 Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Myrian Coelho Cunha**  
2059 **da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da  
2060 Saúde (MS); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Paula**  
2061 **Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos  
2062 (ACT); **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Vânia**  
2063 **Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); e **Walquiria Cristina**  
2064 **Batista Alves Barbosa**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ).  
2065 *Suplentes* – **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Altamira**  
2066 **Simões dos Santos de Sousa**, Rede Nacional Lai Lai Apejo - Saúde da População Negra e  
2067 AIDS; **Albanir Pereira Santana**, Federação Nacional das APAES – FENAPAES; **Anselmo**  
2068 **Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Camila Sarmento**, Articulação  
2069 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); **Carlos Alberto**  
2070 **Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **Edna Maria dos Anjos Mota**,  
2071 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); **Eliane Maria Nogueira de Paiva**, Sindicato dos  
2072 Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL); **Jacildo de**  
2073 **Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura  
2074 Familiar do Brasil (CONTRAF); **Jonas Matos da Silva**, Confederação Nacional do Comércio de  
2075 Bens, Serviços e Turismo (CNC); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de  
2076 Medicina Veterinária – CFMV; **Ligia Aparecida Correa Cardieri**, Rede Nacional Feminista de  
2077 Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RNFS); **Neide Barros da Silva**, Movimento  
2078 Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Raimundo Carlos Moreira Costa**,  
2079 Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT  
2080 (SINTAPI-CUT); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL);  
2081 **Silvia Cavalleire da Silva**, União Nacional LGBT (UNA-LGBT, **Sylvia Elizabeth de Andrade**  
2082 **Peixoto**, Retina Brasil; e **Thiago Soares Leitão**, Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e  
2083 Saúde – RENAFRO; **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF.  
2084 Retomando, a mesa foi composta para o item 9 da pauta. **ITEM 9 – ELEIÇÕES DO**  
2085 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – TRIÊNIO 2024/2027 – Proposta de Resolução.**  
2086 **Dispõe sobre as regras eleitorais das eleições do triênio 2024-2027 do Conselho**  
2087 **Nacional de Saúde. Composição da comissão eleitoral. Apresentação:** conselheira  
2088 **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, da Mesa Diretora do CNS. *Coordenação:* conselheiro  
2089 **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS. **1)** Proposta de Resolução. *Dispõe sobre as*  
2090 *regras eleitorais das eleições do triênio 2024-2027 do Conselho Nacional de Saúde.* Iniciando  
2091 este ponto de pauta, o Presidente do CNS explicou que neste ponto de pauta seria apreciada a  
2092 resolução que dispõe sobre o Regimento Eleitoral para o triênio 2024/2027, enviada  
2093 previamente aos conselheiros e às conselheiras, para apreciação, no prazo regimental. Além  
2094 disso, seria feita a escolha do presidente e dos onze membros da Comissão Eleitoral.  
2095 Conselheira **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, da Mesa Diretora do CNS, apresentou o  
2096 calendário eleitoral – 2024, que consta do anexo da Resolução, a saber: **1)** 11 de julho (quinta-  
2097 feira) - Pleno do CNS: aprovação do Regimento Eleitoral para o triênio 2024/2027, do

2098 Calendário Eleitoral, da Comissão Eleitoral e escolha do presidente e dos onze membros da  
2099 Comissão Eleitoral; **2)** 16 de julho (terça-feira) - encaminhamento da Resolução que aprova o  
2100 Regimento Eleitoral para o Gabinete da Ministra/Consultoria Jurídica; 26 de julho (sexta-feira):  
2101 Publicação da Resolução que aprova o Regimento Eleitoral no Diário Oficial da União (DOU);  
2102 **3)** Agosto/Setembro – 1º e 2 de agosto (quinta e sexta-feira): primeira Reunião da Comissão  
2103 Eleitoral após a condução dos membros; Pleno do CNS - 15 de agosto (quinta-feira):  
2104 aprovação do Edital de Convocação da Eleição em Reunião Ordinária do CNS; Secretaria  
2105 Executiva do CNS - 22 de agosto (quinta-feira): publicação do Edital de Convocação da Eleição  
2106 do CNS e disponibilização dos documentos e materiais relativos à inscrição das entidades no  
2107 site do CNS; e 26 de agosto (segunda-feira) a 25 de setembro (quarta-feira): período de  
2108 inscrições das entidades para a Eleição do CNS; **4)** Outubro - Secretaria Executiva do CNS - 4  
2109 de outubro (sexta-feira): publicação da lista das entidades inscritas no site do CNS; 7 e 8 de  
2110 outubro (segunda e terça-feira): período do prazo de diligências; Secretaria Executiva do CNS -  
2111 11 de outubro (sexta-feira): publicação da lista das entidades habilitadas no site do CNS; 14 e  
2112 15 de outubro (segunda e terça-feira): prazo para interposição de recursos; 21 e 22 de outubro:  
2113 (segunda e terça-feira): prazo para julgamento dos recursos e publicação de resultados no site  
2114 do CNS; Secretaria Executiva do CNS - 23 de outubro (quarta-feira): publicação da lista final de  
2115 entidades habilitadas ao processo eleitoral do CNS no site do CNS; **5)** Novembro: 12 de  
2116 novembro (terça-feira): eleição do Conselho Nacional de Saúde; 12 de novembro (terça-feira):  
2117 publicação no site do CNS do resultado da eleição do Conselho Nacional de Saúde; 13 de  
2118 novembro (quarta-feira): prazo para envio por escrito das razões dos recursos via e-mail; 18 de  
2119 novembro (segunda-feira): resultado dos recursos finais; 18 de novembro (segunda-feira):  
2120 publicação do resultado final da Eleição no site do CNS; e 22 de novembro (sexta-feira): prazo  
2121 para a indicação dos representantes para compor o Conselho Nacional de Saúde; e **6)**  
2122 Dezembro: Ministério da Saúde: 3 de dezembro (terça-feira): prazo para publicação da Portaria  
2123 de designação dos membros do CNS no Diário Oficial da União (DOU); 18 de dezembro de  
2124 2024 (quarta-feira): Última reunião do Pleno do CNS, triênio 2021-2024; 19 de dezembro de  
2125 2024 (quinta-feira): posse dos(as) novos(as) conselheiros(as) em Reunião Extraordinária,  
2126 eleição do(a) Presidente e da Mesa Diretora para o triênio 2024-2027; e 20 de dezembro de  
2127 2024 (sexta-feira): primeira Reunião Ordinária, triênio 2024-2027. Após a apresentação, não  
2128 houve manifestações do Pleno. Assim, o Presidente do Conselho colocou em votação a  
2129 resolução. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a resolução com as regras eleitorais**  
2130 **das eleições do triênio 2024-2027 do Conselho Nacional de Saúde. 2)** Composição da  
2131 Comissão Eleitoral do CNS para o processo eleitoral para o triênio 2024/2027. O Presidente  
2132 do CNS recordou que os nomes indicados pelos segmentos foram aprovados no Expediente  
2133 (item 2 da pauta). Portanto, neste ponto, o Pleno votou a composição da comissão eleitoral,  
2134 conforme indicação dos segmentos. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a**  
2135 **composição da comissão eleitoral, a saber: Madalena Margarida da Silva Teixeira,**  
2136 **Presidente da Comissão Eleitoral; Altamira Simões dos Santos de Sousa; Adriano**  
2137 **Borges; Ana Lúcia Paduella; Bernardo; Fábio Basílio; Haroldo de Carvalho Pontes; João**  
2138 **Alves do Nascimento; Rafael de Azevedo; Ruth Ribeiro Bittencourt; Vânia Lúcia Ferreira**  
2139 **Leite; e Vanja Andreia. Conselheira Madalena Margarida da Silva Teixeira, na condição de**  
2140 **Presidente da Comissão Eleitoral, reiterou o seu compromisso com este processo de eleição,**  
2141 **de forma transparente, visando o fortalecimento do controle social. Agradeceu a indicação para**  
2142 **presidir a Comissão e salientou que o processo será conduzido em conjunto com os demais**  
2143 **integrantes da comissão eleitoral e o Pleno como um todo. A seguir, conselheiro Thiago**  
2144 **Soares Leitão** informou que não recebera a minuta de resolução com antecedência.  
2145 Conselheira Camila de Lima Sarmiento e Albanir Pereira Santana também não receberam os  
2146 documentos. O Presidente do CNS solicitou que os conselheiros e as conselheiras verifiquem  
2147 os seus e-mails e, no caso de problema, informe a Secretaria Executiva, para as devidas  
2148 providências. Disse que a proposta de Regimento Eleitoral foi elaborada com base no  
2149 Regimento anterior, com ajustes, inclusive sugeridos pela comissão eleitoral anterior. Solicitou  
2150 atenção para o período de 26 de agosto a 25 de setembro, prazo para inscrição de entidades e  
2151 movimentos. A fim de evitar questionamentos posteriores, perguntou se os três conselheiros  
2152 que não receberam o documento com antecedência teriam voto diferente. Não houve  
2153 questionamentos das três pessoas. **ITEM 10 – ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos**  
2154 **Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas.**  
2155 **Apresentação e coordenação: conselheira Fernanda Lou Sans Magano, da Mesa Diretora do**  
2156 **CNS; e conselheira Ana Lúcia Marçal Paduella, da Mesa Diretora do CNS. 1)** Recomendação  
2157 nº 021, de 9 de julho de 2024, *ad referendum*. Recomenda à Anvisa aprofundar o processo



2158 regulatório das bulas digitais. Iniciando, conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** explicou que  
2159 esta recomendação foi publicada *ad referendum*. Apesar de a Mesa Diretora do CNS e a  
2160 presidência estar evitando documentos *ad referendum*, neste caso, foi necessário. O texto é o  
2161 seguinte: “Recomendação nº. 021, de 9 de julho de 2024. Recomenda à Anvisa aprofundar o  
2162 processo regulatório das bulas digitais. O Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS),  
2163 no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do  
2164 CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de  
2165 dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº  
2166 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República  
2167 Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e Considerando que o direito à  
2168 informação dos usuários é um dos princípios orientadores dos serviços prestados no Sistema  
2169 Único de Saúde (SUS), conforme previsto no inciso V, Art. 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº  
2170 8.080/1990); Considerando que a dispensa de bulas impressas viola frontalmente os direitos  
2171 das pessoas consumidoras à informação e à segurança do produto, previstos nos incisos I e III  
2172 do Art. 6º do Código de Defesa do Consumidor; Considerando as importantes restrições e  
2173 desigualdades de conectividade na população brasileira, especialmente entre as camadas de  
2174 menor renda, que geram, por sua vez, restrição de acesso a informações e serviços de saúde;  
2175 Considerando as grandes disparidades no nível de habilidades digitais demonstradas por  
2176 usuários de maior escolaridade e com acesso a diferentes tipos de tecnologias em relação aos  
2177 demais usuários, e a resultante desigualdade no nível de uso e acesso a informações e  
2178 serviços públicos digitais; Considerando as importantes restrições de habilidades digitais entre  
2179 a população idosa e o concomitante processo acelerado de envelhecimento da população  
2180 brasileira, conforme evidenciado pelos números do Censo 2022; Considerando a insuficiência  
2181 de infraestrutura digital e conectividade de equipamentos públicos de saúde em algumas  
2182 regiões do Brasil e a desigualdade dela resultante; Considerando que o acesso e a oferta de  
2183 informações precisas e livres de conflito de interesses sobre medicamentos é crucial para evitar  
2184 erros na administração e garantir que os tratamentos sejam eficazes, sendo um dos principais  
2185 pilares do uso racional de medicamentos; Considerando que os medicamentos respondiam, em  
2186 2021, por quase 80% (75 mil casos) das intoxicações envolvendo produtos sujeitos à vigilância  
2187 sanitária no Brasil e a possibilidade de que a restrição de acesso a informações pelos usuários  
2188 agrave este problema, pelo uso incorreto e inclusive com aumento de óbitos; Ministério da  
2189 Saúde / Conselho Nacional de Saúde 2/3 Considerando ser necessário que sejam  
2190 implementadas políticas públicas e iniciativas de conscientização, que facilitem o acesso a  
2191 informações precisas sobre os medicamentos; Considerando a responsabilidade legal da  
2192 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) pelo controle e fiscalização de  
2193 medicamentos, por serem considerados produtos que envolvem risco à saúde pública,  
2194 conforme prevê o inciso I do §1º do Art. 8º da Lei nº 9.782/1999, o que pressupõe o controle de  
2195 bulas; Considerando que o texto mais recente da minuta de Resolução a ser votada pela  
2196 Agência transfere para as empresas a responsabilidade por manter disponíveis e atualizadas  
2197 as bulas digitais, descentralizando a responsabilidade da Anvisa e dificultando a realização de  
2198 ações de vigilância toxicológica e farmacológica sob sua competência; Considerando que, das  
2199 1.849 contribuições recebidas na Consulta Pública nº 1.224/2023, houve grande atuação de  
2200 cidadãos e cidadãs contrários à proposta de implementação de bulas em formato  
2201 exclusivamente digital e, dentre as 68 pessoas jurídicas participantes, apenas 18 empresas e  
2202 entidades apontaram uma percepção puramente positiva à supressão das bulas impressas;  
2203 Considerando que não há evidências de ganho regulatório ou social a partir da medida  
2204 proposta, mas, apenas, de redução unilateral de custos de produção, em favor da indústria;  
2205 Considerando a obrigatoriedade legal de realização de Análise de Impacto Regulatório (AIR),  
2206 previamente à adoção de novas propostas regulatórias, prevista no Art. 5º da Lei nº  
2207 13.874/2019 (Lei de Liberdade Econômica), Art. 6º da Lei nº 13.848/2019 (Lei das Agências  
2208 Reguladoras) e no Decreto nº 10.411/2020; Considerando que a justificativa para dispensa de  
2209 AIR constante do Voto nº 328/2023/SEI/DIRE2/ANVISA, baseada na “natureza experimental do  
2210 projeto piloto” proposto, não segue os requisitos legais estabelecidos no §5º do Art. 6º da Lei nº  
2211 13.848/2019, no Art. 4º do Decreto nº 10.411/2020 e no Art. 18 da Portaria nº 162/2021 da  
2212 Anvisa; Considerando que em um cenário marcado pelos avanços tecnológicos é vital  
2213 equilibrar a modernidade com a acessibilidade, o que significa dizer que manter a bula  
2214 impressa de medicamentos emerge como uma prática inclusiva, vital e sensível às diferenças  
2215 sociais e econômicas existentes no Brasil, garantindo que todos tenham acesso às  
2216 informações necessárias para um uso seguro e eficaz de medicamentos para promover a  
2217 saúde pública e a justiça no país; e Considerando as atribuições conferidas ao presidente do

2218 Conselho Nacional de Saúde pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, Art. 13,  
2219 Inciso VI, que lhe possibilita decidir, ad referendum, acerca de assuntos emergenciais, quando  
2220 houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Pleno  
2221 em reunião subsequente”. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. 2)**  
2222 Minuta de recomendação. *Recomenda ao Presidente da Câmara dos Deputados a abertura de*  
2223 *uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar cancelamentos em massa pelas*  
2224 *empresas de planos de saúde, entre outras providências.* O texto é o seguinte:  
2225 “Recomendação nº XXX, DE XX DE JULHO DE 2024 Recomenda ao Presidente da Câmara  
2226 dos Deputados a abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar  
2227 cancelamentos em massa pelas empresas de planos de saúde, entre outras providências. O  
2228 Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais  
2229 e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19  
2230 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de  
2231 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do  
2232 Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e Considerando o disposto no art. 196 da  
2233 Constituição Federal de 1988, que determina a saúde como direito de todos e dever do Estado,  
2234 garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e  
2235 de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção,  
2236 proteção e recuperação; Considerando que o art. 197 do mesmo diploma estipula que as ações  
2237 e serviços de saúde, mesmo quando prestados pela iniciativa privada, são de relevância  
2238 pública, sendo sua regulamentação, fiscalização e controle de responsabilidade do Estado,  
2239 bem como que a interferência governamental é necessária para garantir a prevalência do  
2240 interesse social e a busca do equilíbrio entre os agentes do mercado, os usuários do serviço,  
2241 as operadoras, os prestadores de serviço e o Sistema Único de Saúde; Considerando que há  
2242 uma ausência de normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que incidam  
2243 efetivamente na regulação do mercado de planos de saúde coletivos, fato esse baseado numa  
2244 premissa equivocada de que nesses planos há poder de barganha e horizontalidade no poder  
2245 de negociação<sup>1</sup> ; Considerando que essa premissa já foi desmentida em diversos estudos  
2246 técnicos da própria ANS<sup>2</sup> , e do TCU<sup>3</sup> , entendendo que nesses planos não há horizontalidade;  
2247 Considerando que tal lacuna regulatória gera uma excessiva liberdade para as empresas de  
2248 planos de saúde cancelar unilateralmente contratos, possibilitando a prática da “seleção de  
2249 risco”, em que as empresas rompem o contrato uma vez <sup>1</sup> Entendimento DIFIS n. 2 de 2016,  
2250 disponível em: <sup>2</sup> Nota Técnica nº 2013/2017/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO 3  
2251 <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/reajuste-dos-planos-de-saude.htm>  
2252 identificados casos de doenças custosas e caras, escolhendo manter contratos apenas com  
2253 usuários e carteiras jovens e saudáveis, entre outras práticas abusivas; Considerando as  
2254 notícias veiculadas recentemente<sup>4</sup> reportando intenso aumento nos cancelamentos unilaterais  
2255 de planos de saúde, especialmente contra PCDs, autistas, portadores de doenças raras e  
2256 idosos, em que ao invés de cobrir os tratamentos, as empresas têm preferido cancelar os  
2257 contratos, empurrando os consumidores para o SUS justamente no momento em que mais  
2258 precisam; Considerando que esse aumento de cancelamentos é discriminatório e viola  
2259 expressamente o art. 14, da lei 9.656/98, que estipula que “em razão da idade do consumidor,  
2260 ou da condição de pessoa portadora de deficiência, ninguém pode ser impedido de participar  
2261 de planos privados de assistência à saúde”; Considerando que, além de discriminatória, essa  
2262 prática impede que usuários acessem os serviços pelos quais pagaram, constituindo um  
2263 modelo de negócios que rapta a poupança das famílias sem a contrapartida socialmente  
2264 relevante, com sobrecarga do SUS; Considerando que a 8ª edição do “Panorama do  
2265 Ressarcimento ao SUS”, de 2001 a junho de 2023, aponta que 41,33% dos valores a serem  
2266 ressarcidos ao SUS pelos planos de saúde privados estavam pendentes, em parcelamento ou  
2267 suspensos judicialmente; Considerando que o aumento violento nos cancelamentos ensejou a  
2268 abertura de investigações na Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor contra 20  
2269 empresas <sup>5</sup>, a abertura de uma CPI na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro <sup>6</sup> ,  
2270 e um requerimento na Câmara dos Deputados para a abertura de uma CPI; Considerando, de  
2271 outro lado, que o lobby das empresas de planos de saúde não deseja uma investigação  
2272 profunda sobre suas práticas e evita a todo o custo uma CPI; Considerando também que em  
2273 28 de maio de 2024 foi noticiada a realização de uma reunião entre empresas de planos de  
2274 saúde e o Presidente da Câmara, Arthur Lira, sem a presença de representação da sociedade  
2275 civil, em que representantes de operadoras de planos de saúde anunciaram um acordo para  
2276 suspender cancelamentos unilaterais de contratos de pacientes que fazem tratamento  
2277 contínuo; <sup>4</sup> [38](https://www.migalhas.com.br/depeso/404699/operadora-cancela-planos-coletivos-</a></p></div><div data-bbox=)

2278 deixando-beneficiarios desamparados 5 [https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2024-](https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2024-05/ministerio-da-justica-notifica-20-planos-de-saudepor-cancelamentos)  
2279 [05/ministerio-da-justica-notifica-20-planos-de-saudepor-cancelamentos](https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2024/05/23/cpi-alerj-planos-de-saude.ghtml)  
2280 <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2024/05/23/cpi-alerj-planos-de-saude.ghtml>;  
2281 Considerando ainda que esse acordo não breçou os cancelamentos, que ainda continuam  
2282 sendo necessários prosseguir com as investigações das diversas práticas de exclusão e  
2283 discriminação perpetradas por planos de saúde; Considerando o Requerimento de Instituição  
2284 de CPI Nº 02/2024, de autoria do Deputado Federal Áureo Ribeiro (Solidariedade-RJ) e outros,  
2285 que requer a criação de Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar os planos de  
2286 saúde. (“CPI DOS PLANOS DE SAÚDE”), foi apresentado à mesa diretora da Câmara dos  
2287 Deputados no dia 05 de junho de 2024; Considerando que o art.35, parágrafo segundo, da  
2288 Resolução Nº17 de 1989, que trata do regimento interno da Câmara dos deputados, prevê a  
2289 prerrogativa do presidente da Câmara analisar se os requerimentos de CPI protocolados junto  
2290 à mesa diretora atendem critérios regimentais; Recomenda: Ao Presidente da Câmara de  
2291 Deputados: que aprove, com urgência, requerimento para a instalação de uma Comissão  
2292 Parlamentar de Inquérito com a finalidade de investigar os cancelamentos em massa de planos  
2293 de saúde que vem ocorrendo atualmente em todo o país, bem como outras práticas  
2294 discriminatórias e abusivas que visem a exclusão de grupos vulneráveis; À Agência Nacional  
2295 de Saúde Suplementar - ANS: que elabore, com urgência, e seguindo o rito das melhores  
2296 práticas regulatórias, uma nova norma de regulação para planos coletivos, que efetivamente  
2297 proteja os usuários de práticas de seleção de risco; que promova discussão sobre o tema em  
2298 seus territórios, divulgando os documentos técnicos aprovados pelo Conselho Nacional de  
2299 Saúde no âmbito da Saúde Suplementar; À Rede de conselhos estaduais e municipais de  
2300 saúde: que divulgue essa recomendação e reforce, junto aos deputados federais, o pedido pela  
2301 aprovação do requerimento da criação da CPI para investigar os planos de saúde.”  
2302 **Deliberação: a recomendação foi aprovada, por maioria. Três votos contrários. 3)**  
2303 Resolução nº 751, de 27 de junho de 2024. *Dispõe sobre a criação da Câmara Técnica de*  
2304 *Saúde Digital e Comunicação em Saúde no âmbito do Conselho Nacional de Saúde.* Este  
2305 instrumento retornou ao Pleno por conta de alteração do número dos componentes da Câmara  
2306 Técnica e distribuição entre os dois eixos. O documento foi enviado com antecedência. O texto  
2307 é o seguinte: **RESOLUÇÃO Nº 751, DE 27 DE JUNHO DE 2024.** Publicado no DOU em:  
2308 00/00/0000 | Edição: 000 | Seção: 0 | Página: 000. *Dispõe sobre a criação da Câmara Técnica*  
2309 *de Saúde Digital e Comunicação em Saúde no âmbito do Conselho Nacional de Saúde.* O  
2310 Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais  
2311 e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19  
2312 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar  
2313 nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as  
2314 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação  
2315 brasileira correlata, resolve, *ad referendum* do Pleno do Conselho Nacional de Saúde; e  
2316 considerando que o Conselho Nacional de Saúde (CNS), enquanto órgão colegiado de caráter  
2317 permanente e deliberativo de controle social, integrante da estrutura organizacional do  
2318 Ministério da Saúde (MS), é responsável por atuar na formulação e no controle da execução da  
2319 Política Nacional de Saúde, em toda a sua amplitude; considerando que, dentro de sua  
2320 composição, o CNS conta com suas Comissões Intersetoriais, cuja atuação, prevista no art. 12,  
2321 parágrafo único, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, compreende a avaliação e o  
2322 monitoramento das políticas e programas de interesse para a saúde compreendidas ou não no  
2323 âmbito do SUS; considerando que, além das comissões, o Regimento Interno do CNS,  
2324 aprovado pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008 autorizou, por meio dos  
2325 artigos 7º, parágrafo 3º, e 11, inciso V, com redação dada pela Resolução CNS nº 548, de 9 de  
2326 junho de 2017, a possibilidade de criação de Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas  
2327 destinadas a qualificar e reforçar a atuação do controle social numa dada temática;  
2328 considerando que as Câmaras Técnicas (CT) têm como objetivo fornecer subsídios de ordem  
2329 política, técnica, administrativa, econômico-financeira e jurídica, para auxiliar os trabalhos do  
2330 pleno e suas comissões, sem compor o CNS; considerando que a saúde digital, como se  
2331 denomina hoje o processo de incorporação das tecnologias digitais aos processos de  
2332 saúde/doença e cuidado, vem trazendo potencialidades para a realização do direito à saúde,  
2333 mas também impondo desafios relevantes ao Sistema Único de Saúde, tais como fazer  
2334 prevalecer o interesse público e o direito à saúde na escolha, utilização e avaliação dessas  
2335 tecnologias; promover seu diálogo com o conceito ampliado de saúde; e fortalecer as  
2336 instâncias de Informação e Tecnologia de Informação em Saúde/ITIS nas mais diversas  
2337 instituições de saúde nos três níveis de governo; considerando que a discussão sobre o

fenômeno da desinformação e a necessidade de estruturar uma política de Comunicação Pública para o SUS se tornaram extremamente relevantes, em especial após a pandemia de Covid-19, em que a disseminação de informações falsas levaram não apenas ao uso inadequado de dados de saúde, violando a privacidade e os direitos dos indivíduos, como criaram confusões graves, como a indução do uso de medicamentos inadequados; considerando que neste cenário, tornou-se urgente a necessidade de afirmar a comunicação como direito fundamental, assim como responsabilizar atores pelos conteúdos a fim conferir mais transparência sobre a moderação dessas plataformas; considerando ainda que a criação de espaços governamentais e legislativos para tratar do tema tornou a capacitação das comissões intersetoriais que trabalham com essa temática de fundamental importância, com vistas a possibilitar as condições para que o Conselho Nacional de Saúde seja capaz de se posicionar e contribuir cada vez mais com a formulação das respostas que o SUS demanda para o tema; considerando que a criação da Câmara Técnica de Saúde Digital e Comunicação em Saúde foi aprovada na Trecentésima Quinquagésima Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 31 de janeiro de 2024 e 1º de fevereiro de 2024; e considerando as atribuições conferidas ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, art. 13, Inciso VI, que lhe possibilita decidir, *ad referendum*, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Pleno em reunião subsequente. Resolve *ad referendum* do Pleno do Conselho Nacional de Saúde: Art. 1º Criar a Câmara Técnica de Saúde Digital e Comunicação em Saúde (CTSDCS/CNS) com o objetivo de discutir, apoiar e fortalecer os processos de trabalho da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar (CISS) e da Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (CICTAF), especificamente, na elaboração de pareceres e outros subsídios técnicos nos campos da Saúde Digital e da Comunicação em Saúde, a fim de contribuir no desenvolvimento de estratégias e ações nesta temática, em benefício do SUS e da população brasileira nas condições e direitos previstos na Constituição Federal de 1988. Art. 2º A CTSDCS/CNS de que trata o Art. 1º desta Resolução terá, entre outras atribuições, a função de elaborar plano de monitoramento das diretrizes da saúde digital e da comunicação em saúde, a ser encaminhado e apreciado pelo Pleno do CNS. Parágrafo único. Deverão ser observadas as diretrizes e propostas das Conferências de Saúde e as recomendações e resoluções deste Conselho na elaboração destes subsídios, no intuito de embasar também as ações dos Conselhos Estaduais, Municipais e Locais de Saúde. Art. 3º A CTSDCS/CNS será composta por 40 pessoas, sendo 24 titulares e 16 suplentes, distribuídas em dois eixos de atuação: I - O Eixo de Saúde Digital será composto de 12 pessoas titulares e 08 suplentes. II - O Eixo de Comunicação em Saúde será composto de 12 pessoas titulares e 08 suplentes. §1º A CTSDCS/CNS prevista nesta Resolução será coordenada por uma pessoa integrante da CICTAF e uma pessoa integrante da CISS, e contará com o acompanhamento de uma pessoa integrante da Mesa Diretora do CNS. §2º A participação na CTSDCS/CNS não representa vínculo administrativo ou trabalhista, considerando-se serviço gratuito de relevância pública. Art. 4º Os integrantes da CTSDCS/CNS se reunirão periodicamente, de acordo com o calendário de reuniões ordinárias a ser definido na primeira reunião da Câmara Técnica e aprovado pelo Pleno do CNS. Art. 5º Os casos omissos serão encaminhados pela Mesa Diretora e resolvidos, em última instância, pelo Pleno do CNS.” **Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade. 4)** Edital de Chamamento Público CNS nº xxxx/2024. Convocação de representantes de entidades, movimentos sociais, da academia e de gestores para estruturação da Câmara Técnica de Saúde Digital e Comunicação em Saúde, ligada à Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS/CNS e à Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF/CNS. **Deliberação: o edital foi aprovado por unanimidade. 5)** Minuta de Resolução. Dispõe sobre criação do Grupo de Trabalho de Revisão do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Resolve: Art. 1º Aprovar a criação do Grupo de Trabalho de Revisão do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde (GT-Revisão/CNS), com a finalidade de debater e produzir subsídios para a atualização e aperfeiçoamento do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Parágrafo único. O GT-Revisão/CNS será paritário e composto por 4 (quatro) membros, entre os quais, 2 (dois) usuários, 1 (um) trabalhador e 1 (um) gestor/prestador. Art. 2º Caberá ao GT-Revisão/CNS a produção de subsídios e materiais a serem encaminhados ao Pleno do CNS, observadas as diretrizes e propostas aprovadas pelas Conferências Nacionais de Saúde, as recomendações e resoluções deste Conselho Nacional de Saúde, no intuito de fundamentar a reformulação do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Art. 3º O GT-

2398 Revisão/CNS se reunirá de acordo com o calendário de reuniões a ser definido em sua  
2399 primeira reunião, sendo os casos omissos elucidados pela Mesa Diretora e resolvidos, em  
2400 última instância, pelo Pleno do CNS. Art. 4º Observados os termos desta resolução e o previsto  
2401 no Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pela Resolução CNS nº 407,  
2402 de 12 de setembro de 2008, fica instituído o GT-Revisão/CNS com a composição abaixo  
2403 descrita em ordem alfabética: I - ... (Usuários); II - ... (Usuários); III - ... (Gestores/prestadores);  
2404 e IV - .... (Trabalhadores) (nomes foram aprovados no item 2 da pauta (Expediente): Ana Lúcia  
2405 Paduello; André Luiz de Oliveira; Elaine Junger Pelaez; e Neilton Araújo de Oliveira).. Art. 5º Os  
2406 resultados dos estudos e debates do GT-Revisão/CNS devem ser apresentados à Mesa  
2407 Diretora e aprovados pelo Pleno do CNS na primeira reunião realizada após o encerramento do  
2408 trabalho do GT. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a resolução. ENCERRAMENTO**  
2409 – Nada mais havendo a tratar, às 15h54, conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello**, da Mesa  
2410 Diretora do CNS, encerrou a reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e  
2411 conselheiras: *Titulares* - **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira  
2412 Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Antônio Magno**  
2413 **de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços  
2414 (CNSaúde); **Carlos Fidelis da Ponte**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES);  
2415 **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR; **Dulcilene**  
2416 **Silva Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Edna Aparecida Alegro**, Federação  
2417 Nacional das Associações Pestalozzi (FENAPESTALOZZI); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho  
2418 Federal de Serviço Social (CFESS); **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos  
2419 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB); **Fernanda Lou Sans Magano**,  
2420 Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação  
2421 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo**,  
2422 Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Gilson Silva**, Força Sindical (FS); **Cledson Fonseca**  
2423 **Sampaio**, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+ BRASIL); **Helenice**  
2424 **Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Rafaela Bezerra Fernandes**,  
2425 Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Lucia Regina**  
2426 **Florentino Souto**, Ministério da Saúde (MS); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos  
2427 Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI); **Luiz Carlos Ferreira**  
2428 **Penha**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Madalena**  
2429 **Margarida da Silva Teixeira**, Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Maria Thereza Almeida**  
2430 **Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Mauri**  
2431 **Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social  
2432 da CUT (CNTSS); **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN);  
2433 **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde (MS); **Paula Johns**, Associação de Controle  
2434 do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT); **Shirley Marshal Díaz**  
2435 **Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência  
2436 Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); e **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**,  
2437 Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ). *Suplentes* – **Albanir**  
2438 **Pereira Santana**, Federação Nacional das APAES – FENAPAES; **Anselmo Dantas**,  
2439 Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Camila Sarmento**, Articulação Nacional de  
2440 Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); **Carlos Alberto Eilert**,  
2441 Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **Edna Maria dos Anjos Mota**, Conselho  
2442 Federal de Enfermagem (COFEN); **Eliane Maria Nogueira de Paiva**, Sindicato dos Servidores  
2443 do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL); **Elídio Ferreira de Moura**  
2444 **Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Haroldo Jorge**  
2445 **de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jacildo de**  
2446 **Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura  
2447 Familiar do Brasil (CONTRAF); **Jonas Matos da Silva**, Confederação Nacional do Comércio de  
2448 Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Ligia Aparecida Correa Cardieri**, Rede Nacional Feminista  
2449 de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RNFS); **Neide Barros da Silva**,  
2450 Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Raimundo Carlos Moreira**  
2451 **Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à  
2452 CUT (SINTAPI-CUT); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-  
2453 SUL); **Silvia Cavalleire da Silva**, União Nacional LGBT (UNA-LGBT, **Sylvia Elizabeth de**  
2454 **Andrade Peixoto**, Retina Brasil; e **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia  
2455 – CFF.