



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA SEPTUAGÉSIMA SÉTIMA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO  
NACIONAL DE SAÚDE - CNS

Aos onze dias do mês de outubro de 2024, no Hotel Brasília Imperial, Setor Hoteleiro Sul, Quadra 3, Bloco H, Asa Sul, Brasília/DF, realizou-se a Septuagésima Sétima Reunião Extraordinária do CNS. Os objetivos da 77ª Reunião Extraordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **2)** Conhecer e apreciar os determinantes sociais da saúde bucal com o enfoque nas estratégias do Programa Brasil Sorridente para o manejo da saúde bucal da população negra. **3)** Debater e deliberar acerca dos desafios para promover a prevenção e controle do câncer de mama no âmbito do Sistema Único de Saúde. **4)** Conhecer e apreciar o Programa Nacional de Saneamento Rural - PNSR. **5)** Apreciar e deliberar sobre os encaminhamentos do Pleno do Conselho, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 77ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS – Composição da mesa:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, da Mesa Diretora do CNS. **Deliberação: a pauta da 77ª Reunião Extraordinária foi aprovada por unanimidade. ITEM 2 – EXPEDIENTE – Informes - Coordenação:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação: Ana Carolina Dantas Souza**, Secretária Executiva do CNS. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS.** Titular: **Ana Lúcia Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras (SUPERANDO), Usuário, motivo: rodízio de titularidade (participa na condição de integrante da Mesa Diretora do CNS para contribuir na coordenação dos trabalhos); Titular: **Cledson Fonseca Sampaio**, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+ BRASIL), Usuário, motivo: rodízio de titularidade; Titular: **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), Profissional de Saúde, motivo: razões pessoais; Titular: **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Profissional de Saúde, motivo: rodízio de titularidade; Titular: **Francisco Runja Manoel Antonio**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL), Usuário, motivo: motivos pessoais; Titular: **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas - REDE CANDACES BR, Usuário, motivo: rodízio de titularidade (participa na condição de integrante da Mesa Diretora do CNS para contribuir na coordenação dos trabalhos); Titular: **José Eri Borges de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), gestor, motivo: participação 1º Suplente; Titular: **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional População de Rua (MNPR), usuário, motivo: rodízio de titularidade; Titular: **Luiz Carlos Ferreira Penha**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), usuário, motivo: agenda de trabalho; Titular: **Luiz Carlos Medeiros de Paula**, Federação Nacional de Associações de Diabético (FENAD), usuário, motivo: rodízio de titularidade; Titular: **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, Central Única dos Trabalhadores (CUT), usuário, motivo: agenda de trabalho; Titular: **Maria Thereza Almeida Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD), usuário, motivo: rodízio de titularidade; Titular: **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. **INFORME –** Informe da Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço – ACBG. **Apresentação:** conselheira **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**. **1)** A ausência de avanços nas tratativas sobre a Nova Política de Câncer no CONSINCA, especialmente quanto ao desenvolvimento de portarias e à Súmula nº 60 sobre Judicialização de Medicamentos. É necessário criar um Comitê de Condições Crônicas específico, visando melhores progressos nessa área e ter um olhar integral para as ações

voltadas às pessoas com deficiência e em tratamento oncológico, incluindo a saúde bucal. 2) Importância das recomendações apresentadas pela Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – CISB e contribuições da ACBG Brasil ao texto. **RELATÓRIO DA MESA DIRETORA DO CNS – Atividades do final de setembro a início de outubro de 2024. Fortalecimento do Controle e Participação Social no SUS.** No dia 11 de setembro, o Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva condecorou com a Medalha Oswaldo Cruz 22 pessoas e dez instituições pela atuação no enfrentamento à queda histórica das coberturas vacinais registrada nos últimos anos. Conselheiro Fernando Pigatto, presidente do CNS, foi um dos homenageados da cerimônia, em Brasília. A atuação de Fernando Pigatto à frente da entidade durante a pandemia foi mencionada pela Ministra da Saúde, Nísia Trindade, também presente na cerimônia. O presidente do CNS dedicou o prêmio a todas as lideranças que atuam no controle social do SUS. Pod Cast AbraSUS - episódio #11 recebeu as conselheiras nacionais de saúde Madalena Margarida da Silva e Ana Lúcia Paduella, integrantes da mesa diretora e da Comissão Eleitoral do CNS responsável por toda a condução do processo que vai definir a nova composição do CNS para os próximos três anos. As conselheiras comentaram o atual momento político do CNS para a realização das eleições, explicando todas as informações necessárias para entidades e movimentos sociais que desejaram participar como eleitores ou candidatos. No dia 18 de setembro, o presidente do CNS, conselheiro Fernando Pigatto, participou do Seminário Interfaces público-privadas nos gastos em saúde e o financiamento adequado e suficiente para o SUS, promovido pelo CNS, proposto pelas Comissões Intersetoriais de Saúde Suplementar - CISS e Orçamento e Financiamento - COFIN do CNS. Superar os gastos públicos de saúde com investimento no SUS, em relação aos gastos com o setor privado foi a tônica do Seminário. O presidente do CNS rememorou que desde 2016 mais de 60 bilhões foram retirados da saúde, em projeto que envolve ainda a privatização dos serviços essenciais. A Mesa Diretora do CNS reuniu-se em Brasília, nos dias 25 e 26 de setembro, e recebeu entre os convidados a diretoria da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP da Fiocruz, para implementar novas ações da parceria e promoção de cursos de especialização e mestrado profissional. Os integrantes da Mesa e a Secretaria-Executiva do CNS também dialogaram com representantes da Associação Brasileira de Alzheimer (Abraz) e do Projeto Participa +, voltado para a formação do controle social do SUS. Além de discutir assuntos relacionados às comissões intersetoriais do colegiado, eleições do CNS e conferências nacionais de saúde, que acontecerão em 2024 e 2025, a Mesa Diretora também recebeu o Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa - DGIP do Ministério da Saúde, que apresentou ações do Programa de Saúde da Amazônia Legal e das Macrorregiões Interestaduais de Saúde no SUS. **O CNS em Defesa do Direito Humano à Saúde, da Vida e do Controle e Participação Social no SUS – Atuação Internacional.** O presidente do CNS participou entre os dias 30 de setembro a 4 de outubro, do 61º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e também da 76ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde - OMS para as Américas, em Washington, Estados Unidos. Mudanças climáticas, tratado de pandemias e participação social foram destaques do CNS na Opas, em Washington. O CNS também acompanhou a assinatura do memorando para a Amazônia e ações de enfrentamento ao câncer de colo do útero. A resolução sobre Participação Social, aprovada na 77ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio, em Genebra, e a importância da sua implementação na região das Américas esteve em destaque na fala de Pigatto. Concluída a apresentação do relatório, foi aberta a palavra para breves comentários do Plenário. De um modo geral, as falas reconheceram a importante atuação do Conselho neste mandato, especialmente durante o período da pandemia da COVID-19, o que contribuiu para evitar que o número de óbitos fosse maior. Além disso, houve um reconhecimento público da atuação do Presidente do CNS e da Mesa Diretora do CNS, especialmente pelo trabalho que resultou na aprovação da resolução sobre participação social, aprovada na 77ª Assembleia Mundial da Saúde. **ITEM 3 – DIÁLOGO SOBRE AS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE BUCAL COM O ENFOQUE NAS ESTRATÉGIAS DO PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE PARA O MANEJO A SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO NEGRA - Apresentação: Doralice Severo da Cruz,** Coordenadora-Geral de Saúde Bucal - CGSB/DESCO/SAPS/MS; **Ruan Wendell Moraes Ribeiro,** integrante da Frente Nacional Antirracista; **Sônia Cristina Lima Chaves,** Diretora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia - UFBA; conselheiro **Thiago Soares Leitão,** Coordenador Adjunto da Comissão Intersetorial de Saúde Bucal - CISB. *Coordenação:* conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos,** da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano,** da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, conselheiro **Thiago Soares Leitão,** Coordenador Adjunto da

CISB/CNS, destacou a importância desta pauta relativa às estratégias do Programa Brasil Sorridente, com foco na saúde bucal da população negra, na linha da promoção da equidade. Lembrou que durante anos o acesso às ações e serviços de saúde bucal era extremamente limitado e os atendimentos eram estritamente voltados à extração dental. Frisou que a saúde bucal é um componente essencial da saúde geral e do bem-estar da pessoa e, se não houver cuidado, pode levar a diversos problemas de saúde como cáries, infecções e até mesmo câncer. Nessa linha, destacou que a Política de Saúde Bucal é essencial para garantir acesso aos serviços de saúde bucal e assegurar qualidade de vida. Assim, a CISB/CNS vem atuando no sentido de fortalecer o Programa Brasil Sorridente e incentivar a criação de CIBSs nos conselhos estaduais e municipais de saúde. Feitas essas considerações iniciais, foi aberta a palavra para as pessoas convidadas. A primeira expositora foi a profa. dra. **Sônia Cristina Lima Chaves** (FOUFBA/ISC/UFBA), que abordou o tema a partir dos seguintes pontos: a tentação do profetismo; o espaço de luta da saúde bucal no Brasil e o movimento da saúde bucal coletiva; os Determinantes Sociais da Saúde e a questão da população negra; a sociologia como ferramenta de desilusão do mundo e a PNSB no Observatório de Análise Política em Saúde do ISC-UFBA; e considerações e reflexões finais. Começou explicando que a tentação do profetismo refere-se à necessidade que os pesquisadores sociais têm de falar ao seu público o que o público espera. A esse respeito, citou: “Todo pesquisador social deve combater em si próprio o profeta social que, segundo as exigências de seu público, é obrigado a encarnar” (Bourdieu, 1989) com soluções claras”. “Evitar a ilusão da transparência, que é uma percepção de que a explicação dos fatos sociais é vista facilmente. (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 2015)”. No que se refere ao espaço de luta da saúde bucal, destacou a criação do movimento Saúde Bucal Coletiva – SBC, subárea de confluência de agentes sociais de campos sociais distintos (gestores, pesquisadores, profissionais), dupla inserção, científico/burocrático e econômico/odontológico, espaço intercampos, espaços sociais com diferentes interesses e relação com o Estado e o mercado ainda não investigada. Detalhou que “a saúde bucal coletiva” foi um movimento nos anos 1980 de ruptura com as práticas odontológicas (de mercado e odontologias “alternativas”). Nos fundadores, destacou a disposição política, um *habitus*, de compromisso com a sociedade, com seus direitos sociais, com o sistema de saúde universal e a construção de uma *práxis* política compatível com a transformação da sociedade em geral. Salientou que os fundadores ocuparam espaços dominantes na formulação da política, mas ainda dominado no campo odontológico, com destaque para a persistência de práticas de odontologia sanitária e preventiva. Além disso, ampliação de quadros com constituição de novos sujeitos, formação política e visão crítica, compromisso com práticas além das odontológicas, e seus determinantes sociais. No que diz respeito às respostas sociais em outros países e no Brasil, destacou que a assistência odontológica no mundo têm forte influência do modelo liberal, mesmo em sistemas públicos de saúde como Itália, Canadá e Reino Unido (Cohen e Horev, 2017). Citou o modelo de seguro obrigatório para cuidados odontológicos na Itália, Suíça (Di Bella et al., 2017) e Israel para atenção odontológica odontopediátrica (Cohen e Horev, 2017). Salientou que a prioridade política global para a implementação de ações e serviços públicos de saúde bucal é baixa, resultante de um conjunto de questões complexas, com falta de aderência do campo odontológico, bem como a falta de acordo sobre o problema e possíveis soluções (Benzian et al., 2011). No que diz respeito aos determinantes sociais da saúde e a questão da população negra, explicou que a população negra, de baixa renda, com pouca escolaridade e do sexo feminino fazem parte dos grupos populacionais que mais sofrem as consequências das desiguais condições de saúde (Santos, 2011; Cobo, Cruz, Dick, 2021), seja nos níveis de risco à saúde, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde (Barreto, 2017). Falou sobre os determinantes sociais da saúde e a questão da população negra, citando dois artigos que discute as iniquidades raciais em saúde bucal, relevando passado de 350 anos de escravidão sistemática no Brasil e no mundo. Nessa linha, fez referência ao livro “Escravidão”, de Laurentino Gomes, salientando que a população negra, de baixa renda, com pouca escolaridade e do sexo feminino fazem parte dos grupos populacionais que mais sofrem as consequências das desiguais condições de saúde (Santos, 2011; Cobo, Cruz, Dick, 2021), seja nos níveis de risco à saúde, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde (Barreto, 2017). Salientou que o livro aponta que 12,6 milhões de pessoas cativas saíram da África e um percentual (5,4) veio para o Brasil. O livro mostra a situação de violência, tortura e subjugação do povo africano para a cultura do açúcar, do café e do ouro no país. Recordou que o Brasil foi o último país a abolir a escravidão e o reflexo de todo esse processo está presente ainda hoje. Seguindo, falou sobre a Política, destacando que tem sido

feita reflexão sobre em que medida esse instrumento reflete a necessidade de enfrentar as iniquidades, as desigualdades estruturais (“as causas das causas”). Na linha desse enfrentamento, citou a publicação da “Diretriz para a Prática Clínica Odontológica na Atenção Primária à Saúde. recomendações para higiene bucal na Infância” que, apesar de importante, não aprofunda na questão das iniquidades. Seguindo, destacou que os Determinantes Sociais da Saúde avançam no sentido de compreender a determinação social na história e dessa posição social considerando a origem familiar dos grupos, bem como as dificuldades relacionadas à inserção no mundo do trabalho, que influenciam na saúde bucal. Destacou ainda a importância da sociologia da saúde para compreensão da determinação social da saúde bucal, para recomendação de práticas odontológicas socialmente ancoradas e para análise da formulação, implementação e transformações das políticas em curso. Frisou que é preciso conhecer a origem social, a ocupação do indivíduo, considerando seu capital cultural a fim de garantir a esses indivíduos a incorporação de práticas (“social incorporado”). Salientou que no seu estudo de doutorado observou caso de paciente que declarou preferir extrair os dentes para não sentir dor, demonstrando pré-disposição à mutilação comum nesses grupos. Disse que tem estudado, em grupo, essa questão na Bahia, com monitoramento dos principais indicadores da Política. Por fim, apresentou as seguintes conclusões provisórias: o governo federal do Brasil amplia os serviços odontológicos públicos especializados, incluindo o acesso a próteses parciais e totais para os cidadãos brasileiros como parte da Política Nacional de Saúde Bucal. No entanto, é importante considerar que uma política dessa magnitude pode produzir edentulismo em massa se não for considerado o *habitus* que tende a valorizar as próteses e demandar ações mutiladoras nos grupos de baixo capital global acumulado, sendo esses grupos potencialmente os maiores beneficiários dessa política pública que teoricamente seria capaz de reduzir as desigualdades em saúde; o reconhecimento do universo simbólico dos agentes com relação às suas concepções e práticas de saúde bucal é fundamental. No entanto, a dimensão estrutural dessas determinações requer mais do que uma decisão consciente. Requer também transformações nas estruturas que geram percepções e práticas nos agentes; a ampliação do acesso ao serviço público odontológico se concretizou relativamente, mas sem dados sobre a população negra; SB Brasil 2023 com resultados da população negra; educação permanente que incluía formação em ciências sociais na abordagem da clínica ampliada; ação coletiva de escovação dental supervisionada foi retomada com potencial ação de equidade; na atenção especializada: espaço nebuloso de dupla inserção, mis público-privado e pouca formação político-administrativa dos gestores; a SBC permanece na luta pela hegemonia das práticas, tal como nasceu, disputando os rumos das PNSB no Brasil (Soares et al., 2017); e a Política de saúde bucal no Brasil é referência em todo o mundo pela sua audácia em fazer da saúde bucal um direito e não proporcional ao dinheiro que se possa pagar por ela. Em seguida, expôs o integrante da Frente Nacional Antirracista, **Ruan Wendell Moraes Ribeiro**, iniciou saudando as pessoas presentes e manifestando satisfação pela oportunidade de participar deste importante debate no Conselho. No que diz respeito à saúde bucal, pontuou que a população negra, principalmente a do interior, como ribeirinhos, sente falta de uma política específica de saúde bucal. Na perspectiva histórica, citou marcos importantes relativos à saúde bucal no Brasil: em 1986, Conferência Nacional de Saúde, I Conferência Nacional de saúde bucal e levantamento nacional de saúde bucal, mas ainda não houve perspectivas de levantamento de pautas de saúde pública para a população negra, na perspectiva de saúde bucal; em 1988, a Constituição Federal garantiu o Sistema Único de Saúde na implementação de políticas públicas necessárias e criou o Conselho Nacional de saúde; em 1990, regulamentação do SUS, com abrangência de pautas da diversidade da sociedade brasileira; em 1992, II segunda conferência Nacional de saúde bucal, com debate sobre a amplitude da diversidade, com olhar para as minorias dentro das políticas públicas; em 1994, criação do PSF, fundamental para fazer chegar o Sistema nas comunidades, nos territórios (base do SUS); 1996 - 2º Levantamento Nacional de Saúde Bucal, que traz mais informações e apresenta dados necessários para desenvolvimento da saúde bucal da população Negra; em 2000, criação dos equipamentos de saúde bucal (mas esses materiais não chegam às comunidades, portanto, a atenção básica foi essencial); em 2001, inserção das UBS na Estratégia Saúde da Família; em 2003, I Pesquisa Nacional de Saúde Bucal no Brasil; em 2004, publicação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (ganho real porque consegue pautar a saúde bucal em âmbito nacional principalmente relativa à população negra); em 2006, acréscimo de 50% do valor do incentivo para UBS em locais remotos, com vulnerabilidade; em 2009, publicação da Guia de Recomendação para Uso de Flúor no Brasil e criação da unidade odontológica móvel, que visa garantir acesso a

populações sem acesso a políticas públicas; em 2010, II Pesquisa Nacional sobre Saúde Bucal e inclusão do procedimento odontológico para o atendimento de pessoas com necessidades especiais no SUS, um ganho muito importante; em 2012, inserção da rede de cuidado de pessoas com deficiência e debate sobre as necessidades da população negra; em 2018, publicação do livro de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde e parceria da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/MS com a Universidade Aberta do SUS de qualificação de pessoas profissionais; em 2019, publicação da Guia de Atenção à Saúde Bucal de Pessoas com Deficiência, criação de indicação do pré-natal odontológico, publicação da carteira com serviço de atenção primária na saúde, contemplando a saúde bucal e criação do Programa da Saúde na Hora. Frisou que essas políticas contemplando a saúde bucal são resultado da trajetória construída pelo movimento social desde a democratização do Brasil, a partir de 1988. Pontuou que o SUS, apesar de ser um avanço, ainda não contempla toda a diversidade brasileira. Nessa linha, disse que o CNS e os outros setores possuem a capacidade, junto com o movimento social, de avaliar o que a sociedade precisa. Frisou que o movimento negro luta para que população negra tenha acesso à saúde bucal na sua integridade, além da dispensação de insumos como escova e creme dental. Ou seja, a ideia é apresentar a perspectiva de movimento negro unificado no Brasil, de movimento quilombola unificado do Brasil, de movimentos de povos de terreiro unificado no Brasil, visando a definição de políticas públicas que avancem no sentido de acabar com a desigualdade social. Inclusive, lembrou que a saúde bucal envolve aspectos psicológicos, interferindo na autoestima. Reconheceu que houve avanços neste debate, mas é preciso identificar o que ainda falta para construção de uma política de saúde bucal específica para o movimento negro. Finalizando, destacou que o Conselho é o espaço ideal para discussão e proposição de políticas voltadas à promoção da equidade. Saudou o Conselho por trazer esta pauta e ressaltou que a UNEGRO é grata por participar da CIBS. Por fim, saudou todas as pessoas conselheiras que finalizavam a gestão pelo importante trabalho e desejou que no próximo período seja possível avançar ainda mais na garantia do acesso da população negra à saúde. A última expositora foi a Coordenadora-Geral de Saúde Bucal - CGSB/DESCO/SAPS/MS, **Doralice Severo da Cruz**, que agradeceu o convite e ressaltou a importância deste debate. Iniciou sua explanação com os seguintes marcos relativos à saúde: 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (1986) – reconhecimento da saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral; documento final – compromisso social com a melhoria das condições de vida da população; anos 2000 – inserção das ESB no modelo da ESF (o PSF surgiu em 1994); 2004 – lançamento das Diretrizes da PNSB; 2023 – promulgação da Lei nº. 14.572: saúde bucal como direito constitucional; e 2024 – Diretrizes para implementação da PNSB. Nessa linha, detalhou os documentos norteadores para o trabalho da CGSB: Lei 8.080/90; Lei 14.572/23; e Diretrizes da PNSB. Além disso, foi publicado documento com ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei nº 14.572/23. Explicou que a finalidade da PNSB, a partir destas diretrizes, é atender aos anseios da população brasileira integralmente, de acordo com as suas necessidades, enfatizando o antirracismo, a gestão participativa, a ética, o acesso universal, o acolhimento, o vínculo, a intersetorialidade e a responsabilidade profissional. Lembrou o Brasil possui 5570 Municípios e a estimativa populacional é de 212.583.750 pessoas. Nesse cenário, frisou que é preciso considerar: envelhecimento populacional – consolidação das DCNT; desafio para os sistemas de saúde; menor proporção de crianças até 14 anos de idade em comparação com o total da população; e uma maior proporção relativa de homens de 20 a 64 anos em relação a mulheres pretas e em relação ao total da população. Na linha da garantia do cuidado, destacou que, assim como orienta a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN, a PNSB se propõe a organizar as suas ações garantindo a integralidade da atenção, a equidade e a promoção da saúde, desenvolvendo, desta forma, uma rede de Atenção Primária à Saúde articulada com a rede de atenção à saúde - RAS, com centralidade do cuidado na APS. A fim de contextualizar a situação do país, apresentou o percentual de exodontias de dentes permanentes em pessoas pretas (Brasil, 2022): a probabilidade de pessoas autodeclaradas pretas extraírem os dentes é 21% maior em comparação a outros grupos (brancos, pardos, indígenas e amarelos. Dados ajustados por sexo, faixa etária e macrorregião do país); a probabilidade de pessoas autodeclaradas pretas ou pardas extraírem os dentes é 8% maior ao comparar com outros grupos (brancos, indígenas e amarelos. Dados ajustados por sexo, faixa etária e macrorregião do país). Detalhou o modelo estratégico: Redes de Atenção à Saúde (RAS) – fortalecer o modelo de redes; APS (eSB) assumindo a coordenação dos cuidados; e qualificar os pontos de atenção da saúde bucal (RASB). Também falou sobre o esforço inter e intrassetorial da CGSB, citando as seguintes ações: Mais Saúde

Bucal no SUS; articulação com Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania – fortalecimento da saúde da Pessoa Idosa; articulação com a Assessoria para Equidade Racial em Saúde; articulação com a SEIDIGI/MS – ampliação da estratégia Saúde Digital no país (educação permanente, telessaúde, linhas de cuidado); trabalho em conjunto com SESAI – fortalecer a saúde indígena (CEO Y); trabalho conjunto com a SECTICS – insumos estratégicos no CEIS; revisão de Atos Normativos (Portarias da UOM, CEO e Gradua-CEO) – ampliar a oferta; Cartas acordo e TED em andamento – qualificação profissional e da PNSB, dentre outros. Por fim, disse que a resposta do governo federal diante do cenário foi o anúncio de R\$ 4,3 bilhões para a saúde bucal de toda a nação. Em 2023, foram 3,8 bilhões. Concluídas as intervenções, foi aberta a palavra para manifestações. Nas falas, foi destacada a importância desta pauta e sinalizadas as seguintes questões: é essencial mudar a lógica da Odontologia no país – majoritariamente branca, capitalista, neoliberal, com visão de mercado – iniciando com ações nas universidades; é importante ter ações voltadas a pessoas com condição crônica não transmissível, especialmente aquelas com diabetes, pois apresentam maior predisposição a gengivite, cárie, infecção oral, perda óssea ao redor dos dentes; é preciso vencer a lógica da saúde fragmentada, assegurando às pessoas saúde de forma integral (“da cabeça aos pés”); na linha das especificidades, é preciso considerar os pacientes oncológicos (por exemplo, apresentam mucosite e precisam de laser terapia, realizado por odontólogos); as escolas são espaços importantes para trabalhar conteúdos essenciais como saúde bucal; as UBSs precisam ofertar atendimento após as 19h e também aos sábados para garantir atendimento odontológico às pessoas trabalhadoras; é preciso garantir atendimento a pessoas com doenças crônicas no SUS; importância de recorte sobre a intersecção de pessoas com deficiência e pessoas negras; é fundamental garantir atendimento às pessoas com deficiência na atenção básica; importância de diálogo entre Programa Brasil Sorridente e a Política Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, considerando a importância de entender a deficiência a partir da perspectiva de raça, gênero e outros determinantes sociais; é preciso implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com redução dos danos das desigualdades étnico-raciais e combate ao racismo e à discriminação no SUS; o que tem sido pensado para prevenir infecções bucais que causam endocardite bacteriana?; é preciso levar a pauta da saúde bucal coletiva para toda a sociedade; é preciso desconstruir o histórico social da Odontologia como “mutiladora”; é preciso mudar a formação odontológica, a fim de que os profissionais vejam a pessoa humana como um todo, para além do tratamento dental, assegurando cuidado integral; as universidades precisam formar considerando as necessidades da população brasileira que é, majoritariamente, negra; elogio ao trabalho incansável da Coordenadora-Geral/CGSB/DESCO/SAPS/MS na garantia da saúde bucal para toda a população brasileira; a CIBS/CNS realizará seminário com o tema “Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) e o papel do controle social na garantia da saúde bucal como direito humano”, em 16 de outubro de 2024; é preciso iniciar diálogo para convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Bucal, um espaço importante para debater os avanços e os desafios da saúde bucal no Brasil; e é preciso conhecer as estratégias que estão sendo adotadas para incentivar a adesão ao Programa Brasil Sorridente. **Retorno da mesa.** O integrante da Frente Nacional Antirracista, **Ruan Wendell Moraes Ribeiro**, agradeceu as falas e pontuou os seguintes aspectos: sua trajetória foi construída a partir do movimento estudantil e entidades estudantis devem atuar cada vez mais forte para desconstruir o racismo nas universidades, especialmente em alguns cursos e mudar a realidade do país; a luta é para que os anseios, inclusive apontados no debate, sejam defendidos de forma coletiva; e programas assistenciais como o Brasil Sorridente são importantes e precisam ser defendidos e ampliados. Por fim, disse que a UNEGRO está à disposição para seguir na luta em defesa de uma sociedade igualitária, mas com respeito à diversidade. A diretora da Faculdade de Odontologia da UFBA, **Sônia Cristina Lima Chaves**, fez um agradecimento pela oportunidade de participar deste rico debate e destacou que: na Odontologia, 70% dos cursos são privados e 30% são públicos, ou seja, a diversidade racial nos cursos possui limites porque não há regulação sobre a entrada nos cursos do setor privado; é papel das universidades pesquisar onde estão os profissionais odontologistas que se formaram pela política de cotas desde 2012 e o papel que ocupam; é preciso festejar pelos dados da saúde bucal no Brasil (população cada vez mais “dentada” e saudável); a desigualdade estrutural ainda permanece forte para a população ribeirinha, quilombola; importância de as equipes de saúde bucal incorporarem o quesito raça/cor na abordagem; para diminuir a doença bucal, é preciso investir nos determinantes sociais da saúde; e preocupação com a “odontologia das vaidades” - saúde bucal como mercadoria. Por fim, saudou a CIBS/CNS pelo trabalho e por trazer esta pauta para debate. A

Coordenadora-Geral/CGSB/DESCO/SAPS/MS, **Doralice Severo da Cruz**, agradeceu as falas, inclusive de apoio ao trabalho como Coordenadora-Geral/CGSB e pontuou as seguintes questões: o SUS é contra hegemônico, assim, é preciso lutar contra o capital privado; será realizada oficina da CGSB com CONASS e CONASEMS sobre indicadores de desempenho e pagamento – no que se refere a hipertensão e diabetes, serão incluídos itens de saúde bucal; Política do Câncer contempla pequenos pacotes e foi incluída OCI para câncer de boca; está em andamento processo licitatório para compra de equipamentos e um deles é o laser para CEOs e hospitais; antes, havia recursos para “horário estendido das unidades”, mas poucos municípios aderiram; o Ministério da Saúde tem envidado esforços na qualificação profissional para inserção da pessoa com deficiência na APS; as equipes so preparadas para trabalhar questões como endocardite bacteriana e as diretrizes clínicas, que tratam de questões como essa, estão sendo transformadas em cursos rápidos no formato EAD para que as equipes possam acessar; a política de saúde bucal do SUS é assistencialista, mas também busca evitar que as pessoas adoçam; a Política de Saúde Bucal está presente em mais de 5 mil municípios. Por fim, agradeceu a oportunidade e colocou a Coordenação à disposição para aprofundar este e outros debates. Conselheiro **Thiago Soares Leitão**, Coordenador Adjunto da CISB/CNS, agradeceu a presidência e a Mesa Diretora do CNS pelo apoio aos debates da Comissão e também a RENAFRO pela luta em defesa da saúde bucal. Reforçou, ainda, a importância do seminário que será promovido pela CISB/CNS, com ampla divulgação dos resultados do debate e da convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Bucal. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS, agradeceu as pessoas expositoras pelas ricas explanações e sintetizou os encaminhamentos que surgiram do debate: **dar ampla divulgação ao seminário promovido pela CISB/CNS; estreitar diálogo com a CGSB/DESCO/SAPS/MS com vistas à convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Bucal e à incorporação do quesito raça/cor no território nacional; ampliar o diálogo/relação entre SUS, SUAS, Ministério da Saúde, considerando a interface das políticas públicas para cuidado da população, com destaque para crianças e jovens; reiterar a defesa da saúde pública e de qualidade, entendendo que a saúde bucal não pode ser vista como mercadoria; incluir quesitos raça, cor, deficiência; incluir a CIASPD/CNS na construção do módulo de formação, em construção pela CGSB/MS. As propostas não foram votadas, mas, pela manifestação do Pleno do CNS, houve consenso.** Com esses encaminhamentos, a mesa agradeceu novamente a presença das pessoas convidadas e encerrou o período da manhã. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: *nomes serão incluídos*. Retomando, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – OS DESAFIOS PARA PROMOVER A PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - Apresentação:** **Alexandre Bem**, Coordenador da área de advocacy da FEMAMA; **Aline Leal Gonçalves Creder Lopes**, Assessora técnica da Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - CGAN/SAS/MS; **Sheyla Galba**, Vereadora da Câmara Municipal de Aracaju/SE, *participação de forma remota*; conselheira **Ana Clebea Nogueira Pinto de Medeiros**, Coordenadora da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias - CIASPP; e conselheira **Helena Ferreira Magalhães**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, conselheira **Ana Clebea N. P. Medeiros** saudou todas as pessoas presentes e salientou a importância desta pauta. Na condição de presidente da Associação de Apoio ao Paciente com Câncer de Mossoró, destacou a importância do cuidado e da acolhida das pessoas com câncer. Salientou que são muitos os desafios para prevenção e controle do câncer e, nessa linha, disse que são 20 mil mortes de mulheres por câncer de mama e 7 mil mortes de mulheres por câncer de colo de útero no Brasil. Na sequência, conselheira **Helena Ferreira Magalhães**, coordenadora da CISMU/CNS, salientou que as ações de prevenção do câncer devem acontecer nos 365 dias do ano, especialmente na atenção básica, haja vista a dificuldade de obter diagnóstico e ter acesso ao tratamento. Nessa linha, a Comissão tem se debruçado no sentido de definir contribuições para a prevenção e controle do câncer no SUS. Feitas essas considerações, a coordenação da mesa fez a leitura dos currículos das pessoas convidadas para palestrar nesta mesa. O coordenador da área de advocacy da FEMAMA, **Alexandre Bem**, foi o primeiro expositor e iniciou agradecendo o convite para tratar desta pauta, especialmente no Outubro Rosa, campanha global de conscientização sobre o câncer de mama, que acontece todos os anos em outubro. Explicou que a FEMAMA foi criada em 2006, durante o Seminário Visão de Futuro 2006-2015, promovido em São Paulo, pelo Instituto



da Mama do Rio Grande do Sul - IMAMA. Desde a fundação, a Federação luta nacionalmente por mudanças em políticas públicas que garantam melhor acesso e qualidade no diagnóstico e no tratamento do câncer de mama para a população. Explicou que, em 2024, a campanha oficial de Outubro Rosa da FEMAMA traz consigo a perspectiva, a voz e o sorriso de pacientes oncológicas de todas as regiões do Brasil, atendidas pelas mais de 70 instituições da Rede FEMAMA. Disse que a ideia é levar informação para promover a ação da sociedade em favor da causa, pois acesso à informação é um direito que salva vidas. Além disso, a intenção é conversar com todas as pessoas e democratizar o acesso à informação de qualidade sobre PNPCC, PCDT de câncer de mama, novas tecnologias e barreiras de compreensão sobre o câncer. Para isso, destacou que a Federação está compartilhando conteúdos ilustrados pelas pacientes acolhidas pela Rede FEMAMA e construídos a partir de cinco eixos estratégicos que tornam concreto o poder transformador da informação: acesso à informação é direito de todos; informação transforma e salva vidas; navegando com informação; informação estimula a prevenção; e saúde personalizada e qualificação da informação. Detalhou que são ações Nacionais de Campanha: Outubro Rosa Juntos - evento de lançamento de campanha em parceria com Núcleo Mama e Hospital Moinhos de Vento; Monitor da mama - lançamento de página no site da FEMAMA com informações atualizadas para o monitoramento da tramitação de Projetos de Lei e Políticas Públicas para atenção oncológica da mulher, principais indicadores, dados e pesquisas sobre cânceres; Mapa do Outubro Rosa - mapa interativo para divulgação das ações e eventos de cada associada da Rede FEMAMA; iluminação do Congresso Nacional - seminário e coquetel de iluminação do Congresso Nacional, no dia 8 de outubro, em Brasília; encerramento do outubro rosa - *live* em parceria com Rede de Governança Brasil sobre Cânceres Femininos e Políticas Públicas para Testagem Genética no SUS; realização curta-metragem Espelho Meu - em parceria com a produtora Estevacine Filmes (gravação de um curta-metragem ficcional, estrelado por Kika Kalache e inspirado na jornada de pacientes oncológicas). A campanha conta com evento de pré-estréia para convidados e sessões pontuais de exibição em regiões onde a Rede FEMAMA está presente; e apoio Institucional ao longa “Câncer com Ascendente em Virgem”. Com direção de Rosane Svartman e produção de Clélia Bessa, o filme é estrelado por Suzana Pires, Marieta Severo e Nathália Costa, e baseado na história inspiradora de Clélia Bessa, que durante o tratamento que a curou de um câncer de mama em 2008 lançou o emocionante e divertido blog “Estou com Câncer, e Daí?”. Disse que a representação da FEMAMA estará presente no evento de pré-estréia, prestigiando o longa com lançamento previsto para março de 2025, e apoiando o trabalho da Raccord Produções. Por fim, agradeceu o apoio do CNS à pauta e destacou que é preciso continuar avançando nas ações de prevenção ao câncer. Na sequência, a assessora técnica da CGAN/SAS/MS, **Aline Leal Gonçalves Creder Lopes**, fez uma abordagem sobre o tema, na perspectiva do Ministério da Saúde. Começou destacando que, no cenário internacional, o câncer é responsável por alto número de morte prematura em indivíduos com menos que 70 anos em 2019. No caso do Brasil, o cenário do câncer de mama se assemelha ao cenário internacional, sendo o tipo de câncer que mais mata mulheres no Brasil. Segundo dados do INCA, a previsão de incidência é de 73.610 casos de câncer de mama, sendo este um dos primeiros desafios a serem enfrentados. No que diz respeito às possibilidades de prevenção, destacou: primária – exposição; secundária – início da doença; e terciária – sintomas. Assim, a intenção é identificar cada vez mais precocemente os casos de câncer de mama, visando desfecho positivo. No campo da promoção da saúde, destacou as ações coordenadas envolvendo SVSA, SAPS, CGCAN, INCA, voltadas à promoção à saúde com enfrentamento dos fatores de risco: alimentação saudável; cessação do tabagismo; combate ao sedentarismo; vacinação HPV e Hepatite B; controle da exposição ocupacional a cancerígenos; e prevenção à exposição solar. No que diz respeito aos fatores de risco, salientou que o consumo abusivo de álcool possui relação direta com câncer de mama e outros tipos e observou-se crescimento de 95% no consumo por mulheres de 2003 a 2023. Frisou que a prevenção garante proteção à mulher e aumenta a possibilidade de cura, além de possuir maior eficácia, com menos custo em relação ao tratamento da doença metastática, que possui menor eficácia e maior custo. Seguindo, falou sobre a publicação “Controle do Câncer de Mama no Brasil: dados e números 2024”, salientando os dados sobre mamografias de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos no SUS, em 2023: nº de Mmg: 4.415.595; e nº de Mmg rastreamento: 2.659.293. Salientou que os dados dos Inquéritos populacionais do Sistema de Vigilância de DCNT – SVSA/MS mostram recuperação discreta ao patamar anterior à pandemia (queda de 41% em 2020). Segundo dados do INCA, a incidência de câncer de mama aumenta com a idade, e a maior parte dos casos ocorre a partir dos 50 anos. Em



Homens estima-se uma incidência de apenas 1% de todos os casos da doença. A respeito da mortalidade, ressaltou que as taxas são mais elevadas entre as mulheres de idade mais avançada, porém a mortalidade proporcional é maior no grupo de 50 a 69 anos, que responde por cerca de 45% do total de óbitos. Ao longo do período, observam-se aumento na proporção de óbitos acima de 80 anos e diminuição na faixa etária de 40 a 49 anos. Acerca da cobertura de rastreamento (mulheres de 50 a 69 anos) no SUS, salientou que: a cobertura de rastreamento no SUS variou de 6,7%, em Roraima a 33,6%, no Paraná; e Regiões Norte e Centro-oeste apresentam a maior parte de suas UF com menores coberturas (menos de 20%). Além disso, destacou que a cobertura de rastreamento na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) – 2013 e 2019 e no VIGITEL: PNS apontaram: cobertura de 58,3% em 2019, com maiores coberturas no Sudeste e Sul e menores na Região Norte (é preciso ampliar para chegar a programas que alcancem 70%); e Vigitel: estimativas apenas para as capitais: cobertura de 73,1%, em 2023 (é preciso ampliar o rastreamento). No que diz respeito ao percentual de mulheres de 50 a 69 anos que nunca fizeram mamografia – PNS 2019, destacou: grandes disparidades regionais; e variações por UF: de 12,9% (SP) a 53,2% (AP). Em relação a desigualdades raciais e sociais - PNS 2019, citou maior proporção de realização de mamografia nos últimos dois anos, em mulheres de 50 a 69 anos, nas mais escolarizadas, com melhor renda e da cor ou raça branca. Salientou que este é um recorte importante que precisa ser trabalhado. Citou dados sobre mamógrafos disponíveis e Programa de Qualidade em Mamografia, salientando que a análise do percentual de resultados Birads mostrou que o Brasil está próximo ao limite superior do parâmetro de 12%, e as Regiões Centro-oeste, Norte e Sudeste ultrapassam um pouco (mostra o processo e resultados do PQM e orienta a participação dos serviços). Sobre investigação diagnóstica, explicou que houve queda em 2020 (pandemia) e recuperação progressiva em relação a 2019: PAG, 94% de aumento; e biópsia exérese, 7,8%. No que diz respeito ao tempo do exame anatomopatológico, explicou que: nas Regiões Centro-oeste, Sudeste e Sul, mais de 60% dos exames anatomopatológicos de mama tiveram resultado liberado em até 30 dias; nas Regiões Norte e Nordeste, menos da metade desses exames teve resultado liberado em até 30 dias; e a análise por UF, observa-se que Acre e Maranhão apenas 9,7% e 19,7% liberam em até 30 dias. A propósito do estadiamento do câncer de mama no Brasil, período de 2000 a 2020, explicou que houve aumento na proporção dos estádios in situ e 1, mas ainda 40% de doença avançada. Sobre o tempo até o primeiro tratamento oncológico no Brasil, de 2019 a 2023, disse que, em 2023 a situação é a seguinte: 50,9% de casos foram tratados com mais de 60 dias, mas houve redução nessa proporção em relação ao ano anterior; e no período considerado, os Estados do Paraná (61%), do Piauí (54%), de Sergipe (53%) e do Espírito Santo (53%) tiveram a maioria dos casos tratados em até 60 dias. Sobre o financiamento de mamografias no SUS, explicou que, em 2023, foram financiados nove mamógrafos, totalizando R\$ 13.180.510,00 para criação, substituição de equipamentos e ampliação de serviço de mamografia nas seguintes unidades: Instituto do Câncer do Ceará; Hospital Regional de Santa Maria; HRPL; Unidade Mista Carlos Modesto dos Santos; Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central; Ambulatório de Atenção Secundária; Associação Piauiense de Combate ao Câncer Alcenor Almeida; Centro de Especialidades Médicas Dr. Alfredo Silva; Centro de Tratamento e Prev. de Câncer de Colo e Mama – CPCOM; e Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Sorocaba. Seguindo, falou sobre o Programa Mais Acesso a Especialistas – PMAE, estratégia do Ministério da Saúde para fortalecer as ações de detecção e diagnóstico oportuno dos casos de câncer, definida pela Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024 e Portaria SAES/MS nº 1.976, de 14 de agosto de 2024, com o objetivo de ampliar a oferta de consultas especializadas, exames diagnósticos e qualificar o cuidado ao paciente no SUS. Disse que o Programa: garante recursos financeiros federais para as SES e SMS; recursos poderão ser utilizados para o custeio dos serviços públicos e contratação da rede privada complementar ao SUS; Telessaúde será uma ferramenta estratégica para ampliação do atendimento especializado no SUS, sem que o paciente precise se deslocar até o serviço de saúde; e o Ministério da Saúde irá apoiar as secretarias de saúde com normas, manuais e cursos, além de recursos financeiros, com objetivo de promover a efetivação das ações do programa. No que diz respeito à nova organização da AES no SUS – PMAE, disse que foram incluídas duas ofertas de cuidado integrado - Avaliação diagnóstica inicial de câncer de mama; e Progressão da avaliação diagnóstica de câncer de mama - visando a confirmação diagnóstica de casos de câncer de mama em até 30 dias. Disse que será lançado manual norteador para a atenção básica para identificação de sinais e sintomas; havendo a necessidade de investigação, a mulher segue para o mastologista; direcionamento a policlínicas para ultrassonografia;

realização da biópsia; e identificado câncer de mama, será referenciada para os hospitais de alta complexidade. Frisou que a intenção é ofertar serviços de diagnóstico em tempo hábil. No âmbito dessa proposta, foi sugerida a criação de policlínicas que ofertarão os seguintes serviços: tomografia/RNM; endoscopia/colonoscopia; mamografia; colposcopia/conização; e USG transretal com biópsia. Detalhou a síntese da adesão ao PMAE: UF: 92,7% (26); macrorregiões: 67,5%; Regiões: 81,5%; Municípios: 92,7%; ações de apoio: todos os estados mobilizados: 22 iniciaram processo de inserção dos PAR no InvestSUS. Também salientou que está em editoração o Protocolo de Acesso às Ofertas de Cuidados Integrados na Atenção Especializada em Oncologia. No mais, destacou o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica – PRONON, instituído pela Lei nº 12.715/2012, regulamentado pelo Decreto nº 7.988/2013, que visa incentivar a realização de projetos de atenção oncológica (vigência prorrogada até 2026 pela Lei nº 14.564/2023), com projetos desenvolvidos por instituições de direito privado, associações ou fundações, sem fins lucrativos que atuam na prevenção e combate ao câncer, com o objetivo de fortalecer as políticas de saúde voltadas à pessoa diagnosticada com câncer. Disse que, desde o início, doze projetos foram aprovados, totalizando R\$ 35.461.733,74. Apenas em 2023, cinco projetos, totalizando R\$ 20.407.012,55. Conforme o PNR 2023, destacou: tamanho da fila: 1.081.893 MI; planejado - quantidade de cirurgias: 487.263 mil – recurso previsto: R\$ 600 mi; e realizado - 648.729 mil cirurgias; R\$ 880.3 mi para produção; e R\$ 891.2 mi para repasse. Como resultado, disse que houve 60% de redução do tamanho da fila e 133% de execução. Na linha da estratégia da CGCAN para o Programa Nacional de Redução das Filas, citou as Portarias SAES/MS nº 553/2023 e nº 1.079/2023, que visam: ampliar o acesso à reconstrução mamária em mulheres com diagnóstico de câncer de mama, submetidas à mastectomia total (radical ou simples), com a habilitação de 176 hospitais: mais que triplicou o número de cirurgias até julho/2024, sendo que o valor médio aumentou cerca de 5 vezes: R\$ 28.436.584,00. Citou também o aumento no total de procedimentos cirúrgicos. Mostrou o cenário de produção de radioterapia, estimativa de casos atendidos e vazios assistenciais. Em resposta, citou o Plano de expansão da radioterapia - PERSUS I, que visa ampliar e qualificar o acesso ao tratamento do câncer; integralizar o tratamento em um mesmo hospital; otimizar a utilização dos recursos humanos; diminuir déficit e vazios assistenciais em radioterapia; e otimizar a aplicação dos recursos públicos. Disse que foram 60 soluções de radioterapia concluídas no período de 2018 a 2024 e 36.000 novos tratamentos estimados/ano. Explicou que, com a retomada das obras do PERSUS, duas unidades de Radioterapia foram concluídas: Hospital São Francisco de Assis, em Jacaré (SP), e Hospital Universitário de Santa Maria (RS). Esses serviços já obtiveram a licença de operação emitida pela Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, estando assim aptos para atender à população. Os estados de Roraima e Amapá, em breve, terão seus primeiros serviços de radioterapia no SUS. Salientou que são 34 novos serviços de Radioterapia e destes, nove unidades de radioterapia estão com as obras civis concluídas e com o acelerador linear em fase de instalação. Ressaltou que são 23 obras com mais de 90% de execução e R\$ 400 milhões em investimento. Fez referência ainda ao Programa de Radioterapia no SUS/2023, salientando a ampliação de 3.246 procedimentos para radioterapia de mama (9,06%), de 2022 para 2023. Por fim, destacou que o SUS vem se recuperando na produção de mamografias de rastreamento e de punção por agulha grossa, mas ainda são evidentes o déficit na cobertura mamográfica e o tempo médio elevado para início do tratamento. Ou seja, ainda há diferenças regionais importantes. A vereadora da Câmara Municipal de Aracaju/SE, **Sheyla Galba**, *participação de forma remota*, compartilhou sua experiência como paciente oncológica e sua luta contra o câncer de mama. Relatou que, há 10 anos, com 38 anos de idade, após realizar o autoexame, identificou alguns nódulos na mama e procurou ajuda no serviço público de saúde de Sergipe. Após consulta com mastologista, foi solicitada mamografia, mas o exame não detectou o tumor (falso negativo). Todavia, diante do incômodo com os nódulos nas mamas e também nas axilas, retornou ao médico e foi solicitada punção, que acusou suspeita de câncer de mama. Após esse resultado, disse que iniciou corrida contra o tempo, pois aguardou seis meses para buscar ajuda por conta da negação da doença, e também porque amamentava na época e estava completamente fora da área de risco (38 anos e nenhum caso de câncer de mama na família). Disse que o tratamento foi mastectomia total e esvaziamento da axila, além de sessões de quimioterapia. Quando ia iniciar a radioterapia (apenas dois hospitais de referência em Aracaju) a máquina, com 16 anos de uso, começou a apresentar problemas, prejudicando o tratamento. Neste período, conheceu três mulheres na mesma situação e começou a trocar experiências e a buscar meios de garantir atendimento. Assim surgiu o grupo “Mulheres de peito”, formado por mulheres que lutavam por tratamento.

Desde então, vem atuando para garantir atendimento digno e gratuito do câncer para as mulheres. Em que pese os esforços, explicou que, em Aracaju, as mulheres com câncer ainda enfrentam dificuldades para garantir atendimento, sendo esta uma realidade de outros locais do país. Explicou que a Lei Municipal nº 5.524, de 5 de outubro de 2022, institui o Sistema de Navegação de Paciente com Neoplasia Maligna no âmbito do Município de Aracaju, para garantir ao paciente acesso ao diagnóstico e ao tratamento médico em tempo adequado e coordenar uma assistência individualizada. Todavia, o projeto piloto de navegação de pacientes com câncer em Sergipe foi realizado em apenas uma das 45 Unidades Básicas de Saúde, o que reduz o acesso. Entre outros aspectos, a lei assegura à pessoa atendida na Unidade com suspeita de câncer agilidade no atendimento, com garantia inclusive de realização dos exames necessários (cumprimento da “Lei dos 60 dias”). Ainda sobre a situação de Aracaju, relatou que há uma fila com mais de cinco mil mulheres, aguardando os exames de imagem. No caso da mamografia, disse que é possível realizar no prazo de 20/30 dias. Salientou que o Estado necessita de um centro de especialidades, pois as unidades básicas possuem apenas clínica geral. Citou que outro problema do Estado, comum a outros locais, é a garantia do tratamento fora de domicílio, porque muitas pessoas que precisam realizar cirurgias longe de seu domicílio dão continuidade ao tratamento naquele local. Inclusive, informou que foi apresentado projeto a esse respeito para a deputada federal Yandra Moura e espera que seja votado na Câmara dos Deputados. Falou, por fim, sobre a situação das pessoas com suspeita de câncer em Aracaju, explicando que é ainda mais grave, pois enfrentam sérias dificuldades para conseguir acesso aos procedimentos essenciais ao diagnóstico seguro, com a celeridade necessária. **Manifestações.** Concluídas as apresentações, foi aberta a palavra para manifestações do Plenário do Conselho. Nas falas, foram levantados os seguintes aspectos: elogios ao trabalho da FEMAMA e de outras associações que contribuem para ampliar o acesso ágil e adequado ao diagnóstico e ao tratamento do câncer de mama para todas as pacientes; envolver a CISMU e a CIAPP na organização da Campanha Outubro Rosa, em 2026; destaque para a importância da força tarefa, realizada em 2011/2012, que realizou levantamento sobre os mamógrafos, contribuindo para a aprovação da Lei nº 12.732/2012 (Lei dos 60 Dias) e sugestão de recomendação ao Ministério da Saúde para que realize, por meio do DENASUS, nova auditoria nos aparelhos de mamografia no Brasil; solicitação ao Ministério da Saúde para que compartilhe com o CNS as portarias referentes à implementação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, a fim de que o Conselho possa contribuir na construção; apesar dos avanços nas ações de prevenção e controle do câncer, há uma série de desafios a serem enfrentados, entre elas, demora para conseguir diagnóstico e tratamento de câncer de mama, assim, é preciso garantir a implementação da política de prevenção para salvar vidas; é necessário considerar a disparidades do Brasil – do rastreamento ao teste genético; sobre a Oferta de Cuidados Integrados - OCI, os serviços são próprios do SUS ou terceirizados e o que essa estratégia apresenta de diferente?; é preciso definir dispositivos para fazer cumprir a legislação aprovada – “Lei dos 30 dias” e “Lei de 60 dias”; na linha da diversidade, foi solicitada informações sobre o tratamento para mulheres sem mama (lésbicas, mulheres trans); é preciso pensar no planejamento familiar nos serviços de saúde para além do padrão heteronormativo; é essencial avançar para além da campanha de rastreio, entendendo que os exames na clínica são importantes (outros exames são complementares); a convocação da III Conferência Nacional de Saúde da Mulher – III CNSM é de suma importância para debate dos temas relacionados à saúde da mulher; importância de envolver o CNS no debate da nova Política Nacional de Prevenção do Câncer; recomendar ao Ministério da Saúde a ampliação do Programa mais Acesso a Especialistas, visando garantir profissionais que assegurem maior acesso das mulheres com câncer de mama ao tratamento, assegurando, inclusive tratamento psicológico. Retorno da mesa. Após as falas, foi aberta a palavra para as pessoas convidadas para comentários finais. A Vereadora da Câmara Municipal de Aracaju/SE, **Sheyla Galba**, agradeceu as falas e fez as seguintes considerações: dificuldade de acesso aos exames de imagem para diagnóstico - mamografia, ultrassonografia, petscan; no Município de Aracaju, apenas um hospital realiza biópsia de próstata; e é preciso priorizar a saúde da mulher, visando diminuir o tempo de diagnóstico e aumentar a chance de vida. O Coordenador da área de *advocacy* da FEMAMA, **Alexandre Bem**, também agradeceu a oportunidade de participar deste debate e pontuou que: o estudo “Meu SUS é diferente do seu SUS”, que trata sobre a inequidade no tratamento do câncer no Brasil. Portanto, é preciso discutir o sistema de maneira integrada, responsabilizar estados e municípios e acompanhar nos territórios para mudar a realidade. A assessora técnica da CGAN/SAS/MS, **Aline Leal Gonçalves Creder Lopes**, também agradeceu as intervenções e respondeu às perguntas

salientando que: a nova Política Nacional de Prevenção do Câncer foi debatida na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, com avanço na pactuação (compromisso de levar a demanda de envolver o CNS neste debate); a OCI é específica por tipo de tumor e está previsto o redirecionamento da pessoa paciente para rede de alta complexidade (o desenho da rede é definido pelo Estado); é essencial a articulação entre atenção primária e atenção especializada; PMAE terá apoiadores nos Estados; as policlínicas contribuirão para diminuir as filas de espera por exames; e a formação profissional é essencial. Conselheira **Helena Ferreira Magalhães**, coordenadora da CISMU/CNS, agradeceu as falas e reiterou que a ação do controle social é essencial para garantir a implementação das ações da Política nos territórios. Conselheira **Ana Clebea Nogueira Pinto de Medeiros**, Coordenadora da CIASPP/CNS, cumprimentou novamente as pessoas expositoras e fez um elogio à assessoria da Comissão. Após essas falas, a mesa passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno aprovou as seguintes propostas: recomendar ao Ministério da Saúde, por meio do DENASUS, que realize nova auditoria nos aparelhos de mamografia no Brasil – remeter a proposta a CISMU e CIASPP para debate e elaboração de documento; envolver a CISMU e a CIASPP na organização das ações da Campanha Outubro Rosa em 2025 e participar das atividades de 2024; recomendar ao Ministério da Saúde a ampliação do Programa mais Acesso a Especialistas, visando garantir profissionais que assegurem maior acesso das pessoas com câncer de mama ao tratamento; solicitar ao Ministério da Saúde que defina ações para realização de força tarefa que garanta o atendimento das mulheres com câncer de mama; e promover debate nas comissões (CISMU e a CIASPP) e na Mesa Diretora sobre a proposta de convocação da III Conferência Nacional de Saúde da Mulher. ITEM 5 – PROGRAMA NACIONAL DE SANEAMENTO RURAL – PNSR - Apresentação: Alexandre Motta**, Presidente da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA; **Alexandre Pessoas Dias**, Professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - LAVSA/EPSJV/Fiocruz; **Elionice Conceição Sacramento**, integrante do Grupo da Terra da Articulação Nacional de Pescadoras - ANP; conselheiro **José Ramix de Melo Pontes Júnior**, coordenador da Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade – CIPPE/CNS. *Coordenação:* conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheiro **José Ramix de Melo Pontes Júnior**, coordenador da CIPPE/CNS, saudou as pessoas integrantes da mesa e as coordenadoras adjuntas da CIPPE. Salientou que esta é uma demanda da CIPPE e do Grupo da Terra, do qual participa como representante do Conselho. Recordou que o Grupo, criado em 2005, resistiu aos ataques em governos anteriores e se manteve articulado. Na gestão da Ministra de Estado da Saúde, o Grupo da Terra foi reformulado e retomou as ações para garantir a equidade na atenção à saúde. Salientou que o objetivo do Grupo, além de garantir equidade na atenção à saúde para todos os segmentos sociais, é articular, monitorar e implementar políticas públicas e ações que dialogam com o campo, a floresta e as águas. Sobre o Programa Nacional de Saneamento Rural - PNSR, resgatou que, em 2014, iniciou-se o processo de planejamento para formulação e, em 2015, foi firmada parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, com vistas à realização de estudos relativos ao panorama do saneamento rural no Brasil e detalhamento da política nacional de saneamento rural. Disse que o PNSR foi lançado em 2019, mas pouco se avançou na implementação das ações e metas. Desse modo, o Grupo da Terra avaliou que seria necessário retomar o debate acerca do Programa, principalmente sobre os aspectos relacionados à atualização, governança e garantia de orçamento público para implementação. Diante desse contexto, ressaltou a importância de debate no Conselho e aprovação de recomendações, em caráter de urgência, para a implementação, de fato, do saneamento para a população do campo, da floresta e das águas, o que significa salvar vidas e garantir saúde pública para esse segmento. Em seguida, a mesa abriu a palavra às pessoas convidadas, com leitura do currículo de cada uma delas, antes de cada explanação. O primeiro expositor foi o professor-pesquisador do LAVSA/EPSJV/Fiocruz, **Alexandre Pessoas Dias**, iniciou agradecendo a oportunidade de tratar deste tema tão importante para a saúde. Na sua explanação, apresentou o Programa Nacional de Saneamento Básico - PNSR e a necessidade de sua institucionalização visando à efetividade dos direitos humanos à água, ao saneamento e à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas. Antes de falar sobre o Plano, citou a atuação da FIOCRUZ: revisão do Plansab (2019); participação na elaboração do PNSR (2016-2019); revisão da portaria de potabilidade de água (2020); reunião do GT Amazônia do Fundo Amazônia – CDESS (2023); Seminário Fiocruz de Saneamento Indígena (2024); Livro: Vigilância da

Qualidade de Água para consumo Humano (2024); e Curso autoinstrucional - Implementação do PNSR – Funasa/BID/Fiocruz (2024). Frisou que o saneamento rural é uma dívida histórica do Estado Brasileiro e, nessa linha, o PNSR é um divisor de águas. Fez referência aos eventos climáticos e hidrológicos extremos derivados das mudanças climáticas, causando grave insegurança hídrica e sinalizou movimento no Brasil de estresse térmico, hídrico, energético, econômico e sanitário. Nessa linha, disse que o saneamento é essencial inclusive para salvar vidas. Detalhou os marcos referenciais que orientaram a estruturação do PNSR e indicam princípios a serem seguidos durante a sua implementação: 1) Saneamento básico como direito humano; 2) Saneamento básico como promoção da saúde; 3) Saneamento básico e erradicação da extrema pobreza e; 4) Saneamento básico e desenvolvimento rural solidário e sustentável. Quanto à estrutura do PNSR, detalhou que o Documento Central contempla: 1. Introdução; 2. Marcos Referenciais; 3. O Rural para o Saneamento; 4. Análise Situacional: O saneamento em áreas rurais (Definições conceituais, referências, análise situacional - caps. 1 a 4); 5. Eixos Estratégicos; 6. Metas do PNSR; 7. Necessidade de Investimentos; 8. Gestão do PNSR; e 9. Experiências em Saneamento Rural (Operacional: ações a serem executadas, diretrizes, metas, gestão - caps. 5 a 9). Também citou os eixos estratégicos do Programa - educação e participação social, gestão dos serviços e tecnologia – e um destaque ao processo participativo de construção. No que se refere à gestão do Programa, citou, entre as atividades para implementação, a institucionalização: instituir e estruturar os Fóruns Gestor e Executivo; constituir Sala de Coordenação e Acompanhamento (Sala de Situação); formar e qualificar equipes técnicas para atuar nos fóruns; e difundir as diretrizes e estratégias. Também fez referência à Nota técnica para o fortalecimento da institucionalização do PNSR como determinante para a promoção da saúde e explicou que várias entidades subscreveram o documento e publicaram notas específicas. Por fim, apresentou Matriz DAFO – Saneamento Rural, detalhando desafios/ameaças sem PNSR e Fortalezas/oportunidades com PNSR, respectivamente: 1.1 Emergência climática e insegurança hídrica; 1.2 saneamento – medidas adaptativas; 2.1 Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI) e tríade: diarreia, desnutrição e desidratação; e 2.2. prevenção de doenças e promoção de territórios saudáveis e sustentáveis; 3.1. estruturas de saneamento e de saúde vulnerabilizadas; e 3.2. Experiências e tecnologias em saneamento rural de universidades, entidades e movimentos sociais; 4.1 falta de planejamento e gestão das águas e resíduos; e 4.2. atuação interministerial, intergovernamental e intersetorial; 5.1 projetos fragmentados sem sustentabilidade; e 5.2. programa estruturante que fortalece outras políticas públicas; 6.1. pouca participação, mobilização, comunicação social e organização comunitária; e 6.2. interação de agentes públicos do saneamento, saúde, educação, meio ambiente, assistência social, ATER e atores sociais; e 7.1 agravamento do déficit qualitativo do saneamento rural; e 7.2. PNSR na melhoria da qualidade de vida, saúde pública e economia local. Seguindo, expôs a integrante do Grupo da Terra da ANP, **Elionice Conceição Sacramento**, que iniciou agradecendo o convite para debater o tema no Conselho e defender a institucionalização de uma política pública que já deveria ter sido institucionalizada. Recordou sua participação no Conselho, na condição de conselheira, época em que cursou mestrado na Universidade de Brasília, com toda a dificuldade, porque não possuía bolsa, nem política de permanência em Brasília. Na condição de mulher das águas, pescadora, quilombola, religiosa e ancestral, registrou sua satisfação por representar o Grupo da Terra neste importante debate. No segmento das águas, disse que representava a Articulação Nacional das Mulheres Pescadoras, com destaque para aquelas das Regiões Norte e Nordeste do Brasil, em sua maioria, população negra e indígena. Reiterou que a sociedade brasileira possui dívida histórica com esses povos, lembrando que esses segmentos historicamente têm seus corpos marcados por processos de violência, sobretudo contra mulheres e crianças e de violação de direitos. Explicou que a elaboração do Programa Nacional de saneamento Rural, em 2015, representou uma vitória, mas ainda sem avanço, porque não foi institucionalizado. Também avaliou que o cenário atual é complexo, porque, apesar da eleição de um governo democrático, vive-se uma “falsa democracia”, uma vez que muitos segmentos da sociedade não possuem sequer direito à água. Destacou que, muitas vezes, o rio passa na nossa porta das comunidades do campo e da floresta, mas esses segmentos não podem acessar a água, porque está em uma área “privatizada” por fazendeiros/latifundiários. Enfatizou que debater temas como esse no espaço do Conselho é essencial, pois o controle social também possui o papel de fiscalizar o recurso público. Nessa linha, pontuou que é preciso considerar que se vive no contexto de uma política “de estado democrático” que definiu um modelo de desenvolvimento que contribui para o “extermínio” de povos e comunidades tradicionais.

776 Lembrou que as políticas públicas não chegam aos povos do campo, das águas e das  
777 florestas, portanto, esse segmento não têm acesso a saneamento, nem à água de qualidade.  
778 Salientou que é essencial resolver essa situação que traz consequências também para a  
779 cidade, inclusive porque a produção do campo, das florestas e das águas alimenta a sociedade  
780 brasileira. Também destacou a necessidade enfrentar o discurso que tenta colocar a população  
781 do campo, das águas e das florestas em um “lugar de miserabilidade” e pobreza para justificar  
782 inclusive dominação e controle, entendendo que a dor desse povo alimenta os “egos da  
783 branquitude”. Além disso, frisou que este debate deve considerar a existência de ação  
784 orquestrada para privar os povos tradicionais de ter acesso à água, portanto, não é por acaso  
785 que as políticas públicas não alcançam esse segmento da sociedade. Para além do  
786 saneamento, pontuou que o debate envolve o interesse do capital pelos territórios do campo,  
787 da floresta e das águas, e, diante do “jogo de alianças” que governos fazem, direitos - à vida,  
788 ao território, à água, ao saneamento - são inviabilizados, e não chegam até esses grupos.  
789 Diante dos desafios, afirmou que o CNS possui papel estratégico na luta pela  
790 institucionalização e implementação do Programa Nacional de Saneamento Rural, entendendo  
791 que serão necessários ajustes, inclusive por conta de situações do contexto atual como o  
792 impacto das alterações climáticas especialmente para o povo do campo, das águas e da  
793 floresta (por exemplo, alagamento dos territórios ribeirinhos de praia). Além disso, reiterou que  
794 este processo de revisão deve considerar as dimensões abordadas no debate, considerando a  
795 governança do estado e dos territórios. No mais, disse que a sociedade brasileira precisa  
796 conhecer o PNSR e outros programas e projetos que contribuem para a implementação do  
797 direito humano da população do campo, da floresta e das águas. Por fim, demarcou que a não  
798 institucionalização do Plano atesta que se vive sob a égide de um país capitalista, racista e  
799 violento, sobretudo com as mulheres e as crianças nos territórios rurais. O último expositor foi o  
800 Presidente da FUNASA, **Alexandre Motta**, que iniciou agradecendo o convite para debater  
801 este tema no Conselho. Contextualizando, citou principais elementos do saneamento básico  
802 em áreas rurais no Brasil: atuação do Estado em Saneamento Rural de forma desarticulada,  
803 fragmentada e desordenada; diversidade cultural, geográfica e climática; ausência de dados  
804 sobre o setor; investimentos em saneamento básico historicamente concentrados em áreas  
805 urbanas; populações adensadas, dispersas, isoladas e próximas a centros urbanos; decisões  
806 tecnocráticas, sem Participação Social e observância das peculiaridades regionais e culturais;  
807 e elevado déficit de cobertura, falta e/ou inadequações do acesso aos serviços públicos e as  
808 ações de saneamento básico. Reforçou que o PNSR é um programa nacional que busca  
809 universalizar o acesso ao saneamento básico em áreas rurais, estabelecendo diretrizes e  
810 estratégias que garantam equidade, integralidade, intersetorialidade, sustentabilidade dos  
811 serviços, participação e controle social, por meio da articulação com diversos órgãos federais,  
812 estaduais e municipais, além de instituições da sociedade organizada. Trata-se de um trabalho  
813 coletivo e conta com a articulação de instituições vinculadas às três esferas de governo e à  
814 sociedade civil organizada, que tenham capacidade, a partir dos objetivos e instrumentos da  
815 política de saneamento rural. Foi construído pelo Grupo da Terra, pela FUNASA e pela UFMG,  
816 contemplando populações rurais, organizações da sociedade civil, especialistas e  
817 pesquisadores (academia), gestores públicos municipais, gestores públicos estaduais e  
818 gestores públicos federais. Explicou que o Programa foi formulado porque: investimentos  
819 historicamente concentrados nas áreas urbanas; atuação no setor tem sido desarticulada e  
820 fragmentada; elevado déficit de cobertura; especificidades das áreas rurais (abordagem distinta  
821 da adotada nas áreas urbanas); e Lei do Saneamento (nº 11.445/2007) e planejamento do  
822 setor – Plansab (dez/2013). Apresentou linha do tempo do saneamento básico desde a criação  
823 da FUNASA à aprovação do PLANSAB: 199 - Criação da FUNASA; 1995 - Secretaria de  
824 Política Urbana (Ministério do Planejamento), Projeto Alvorada e Criação do PMSS – Programa  
825 de Modernização do Setor de Saneamento; 1999 - Secretaria de Política Urbana – SEPURB  
826 (Sec. Desenvolv. Urbano - SEDU, PR); 2003 - Criação do Ministério das Cidades e da  
827 Secretaria Nacional de Saneamento; 2004 - PASS – Programa de Ação Social em  
828 Saneamento; 2007 - Lei nº 11.445/2007 e lançamento do PAC; 2008 - Pacto pelo Saneamento  
829 Básico e início da elaboração do Plansab; 2010 - Criação da SESAI/MS; 2011 - Lançamento  
830 PAC2; e 2013 - Aprovação do Plansab; 2007 a 2013 - Lei nº 11.445/2007, Decreto nº  
831 7.217/2010 e Aprovação do PLANSAB - Port. Nº 571/2013; 2014 a 2015 - Celebração do TED  
832 FUNASA-UFMG e início da formulação do PNSR; 2016 a 2018 - Formulação do PNSR:  
833 Pesquisa de Campo, Oficina Nacional, Oficinas Regionais, Oficinas Temáticas, Audiência  
834 Pública, Consulta Pública, Seminário Nacional e Premiação no 22º Concurso ENAP Inovação  
835 Setor Público; 2019 - Lançamento do PNSR – Portaria MS nº 3.174/2019; 2020 - Minuta de

836 Decreto de instituição do PNSR e dos Fóruns Gestor e Executivo – Início da Implementação e  
837 Lei nº 14.026/2020; 2021 a 2022 - NT - Aplicação da definição do Rural apresentada no PNSR,  
838 Experiências Pilotos PNSR no DF e em MG – Formalizações e acompanhamento; 2023 - MPV  
839 1156/2023 – extinção da FUNASA em 01/01/2023 e reestruturação da FUNASA a partir de  
840 01/06/2023; e 2024 – a FUNASA em reestruturação. Destacou que os desafios são enormes:  
841 conjuntura política - reflexos da Lei nº 14.026/2020 e da MPV nº 1.156/2023; fontes de  
842 investimentos - implantação e manutenção; mudança na forma de atuação - compreensão do  
843 “rural” – características e necessidades nas diferentes regiões brasileiras – atuação integrada  
844 com medidas estruturais e estruturantes; sensibilização de técnicos e da população -  
845 implementação do programa de forma participativa; e gestão dos Serviços de Saneamento -  
846 sustentabilidade e a acessibilidade econômica. Nessa linha, é necessário engajamento em prol  
847 do saneamento rural, tornando-o uma pauta efetiva de atuação do Governo Federal,  
848 articuladamente nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) e entre as  
849 políticas setoriais afins, respeitando a diversidade cultural, geográfica e climática. Também  
850 falou sobre mudanças climáticas e saneamento rural, destacando: as alterações climáticas  
851 aumentam a complexidade de um cenário já complicado, intensificando os desafios e  
852 impactando ainda mais a saúde e os meios de vida da população; as alterações climáticas  
853 afetam desproporcionalmente os grupos desfavorecidos e marginalizados; os impactos da  
854 mudança climática não podem ser dissociados do contexto socioeconômico em que ocorrem; a  
855 gravidade dos impactos da mudança climática depende, por um lado, da escala dos eventos  
856 climáticos extremos, por outro do nível de vulnerabilidade das comunidades; e a mudança  
857 climática aumenta a pobreza, pois atinge mais duramente aqueles que vivem nas situações  
858 mais vulneráveis, mas ao mesmo tempo a pobreza gera uma maior vulnerabilidade à mudança  
859 climática. Sobre impactos das mudanças climáticas na população rural, citou eventos climáticos  
860 extremos: impactos no acesso físico ao saneamento -os riscos climáticos podem danificar ou  
861 destruir instalações, afetar a sua funcionalidade ou dificultar o acesso; impactos no acesso a  
862 recursos e mercadorias locais; e os riscos climáticos podem afetar o acesso a mercados  
863 fornecedores de produtos e serviços essenciais, especialmente em áreas remotas; e impactos  
864 nos meios de vida – os riscos climáticos podem afetar os meios de vida das pessoas  
865 (atividades econômicas), impactando na capacidade de satisfazer as suas necessidades  
866 básicas sanitárias. Nessa linha, citou ações necessárias diante das mudanças climáticas:  
867 tecnologias adequadas que assegurem a resiliência das infraestruturas de saneamento a  
868 eventos climáticos extremos; investimento em recursos humanos para garantir que a prestação  
869 e o funcionamento dos serviços de saneamento não sofram interrupções em caso de eventos  
870 climáticos extremos - são necessários mais trabalhadores e especialistas sanitários para fazer  
871 face a este desafio, os quais precisam de receber formação e dispor de condições de trabalho  
872 dignas; identificação de áreas vulneráveis a episódios meteorológicos relacionados com o  
873 clima e atribuição de prioridade a essas áreas para investimentos em saneamento resiliente ao  
874 clima; e manutenção preventiva das instalações de saneamento. Por fim, apresentou breve  
875 histórico da FUNASA: Medida Provisória nº 151 de 15/03/1990 - transferiu atribuições, o acervo  
876 e os recursos orçamentários da SUCAM e da FSESP, que passou a denominar-se Fundação  
877 Nacional de Saúde (FNS hoje FUNASA); Lei nº 8.020, de 14/04/1990, que autorizou o Poder  
878 Executivo a instituir a Fundação Nacional de Saúde, mediante incorporação da SUCAM e  
879 FSESP. Por fim, lembrou que a missão da FUNASA é promover a saúde pública e a inclusão  
880 social por meio de ações de saneamento e saúde ambiental. Recordou que a Fundação foi  
881 extinta no governo anterior, e estava sendo recriada com a missão de se alinhar aos  
882 movimentos sociais para dialogar e debater o saneamento, que essencial para a vida. Além  
883 disso, frisou que os diversos setores precisam retomar a conexão entre saneamento e saúde.  
884 Concluídas as explanações, foi aberta a palavra para intervenções. Nas falas, foram pontuados  
885 os seguintes aspectos: a situação dos quilombos no Piauí é crítica em relação a acesso à água  
886 de qualidade e é preciso resolver essa situação (o acesso à água de boa qualidade está ligado  
887 a maior renda e mais saúde); destaque à fala da integrante do Grupo da Terra da ANP,  
888 Elionice Conceição Sacramento, mulher negra de terreiro, que traz a realidade dos territórios;  
889 ao tratar desse tema, é preciso apontar o modelo de desenvolvimento desejável no campo, na  
890 floresta e nas águas; independente do governo, o CNS seguirá cumprindo o seu papel de  
891 fiscalização; para garantir a permanência das pessoas no campo e nas florestas é necessário  
892 definir políticas públicas que garantam saneamento rural e, por consequência, saúde a esses  
893 povos; é essencial garantir economia e segurança alimentar nos territórios indígenas e, para  
894 isso, é imprescindível abastecimento de água de boa qualidade para consumo e também para  
895 irrigar as plantações; é necessário conhecer as ações que estão sendo adotadas para



enfrentar as consequências das mudanças climáticas no país; este debate refere-se ao enfrentamento das desigualdades sociais no Brasil e da disputa capital/trabalho; garantir saneamento significa garantir saúde e romper com ciclo de desigualdades; é essencial reconhecer o protagonismo de mulheres e das populações indígenas e quilombolas no debate deste tema; garantir saneamento às comunidades indígenas é fundamental, pois esse é o povo que mais sofre com a falta de condições adequadas de saneamento e de água de boa qualidade para o consumo; e a aprovação do marco legal das terras indígenas possibilitou que estados e municípios privatizem a gestão das águas e saneamento básica e a privatização das águas no Brasil é um movimento que está na contramão de outros países. No debate, o coordenador da CIPPE/CNS apresentou o seguinte encaminhamento da Comissão: aprovar recomendação do CNS à Presidência da República para: adoção de medidas, com celeridade, para assegurar a implementação do Programa Nacional de Saneamento Rural e sua articulação com medidas de enfrentamento de emergência climática pelo governo federal e estrutura institucional responsável pelo Programa; atualização e apresentação de metas, investimentos e responsáveis pela execução de ações que permitam iniciar a consecução do PNSR pelo atual governo federal e que possam orientar as ações a serem executadas pelo governo estadual e municipal; dar prioridade à formulação do Programa Nacional de Saneamento Indígena e apoiar decisivamente sua implementação, considerando que o PNSR estabeleceu a elaboração de programa específico para esse segmento populacional; priorizar as ações de saneamento rural junto aos povos e comunidades tradicionais a exemplo dos indígenas e quilombolas, considerando critérios e indicadores de saúde pública; criar mecanismos de coordenação nos estados e municípios para ampliação do acesso da população aos serviços de saneamento rural; e ampliar a estrutura institucional para assessoria voltada à comunicação e difusão do PNSR. O texto da recomendação será construído pela CIPPE e enviado à Mesa Diretora do CNS para os devidos encaminhamentos. **Retorno da mesa.** O Presidente da FUNASA, **Alexandre Motta**, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição para continuar o debate deste tema e de outros de interesse do controle social e da população brasileira. O professor-pesquisador do LAVSA/EPSJV/Fiocruz, **Alexandre Pessôas Dias**, agradeceu as falas e fez as seguintes ponderações: os corpos humanos e corpos hídricos são inseparáveis; o PNSR criou subprograma para o saneamento indígena e a SESAI/MS já iniciou debate neste sentido; existe confluência sobre a intencionalidade, portanto, é necessário unir esforços na linha desta confluência (a presença do presidente da FUNASA neste debate é essencial); e é importante que o Programa seja institucionalizado e orientado para estados e municípios ainda neste governo. A integrante do Grupo da Terra da ANP, **Elionice Conceição Sacramento**, também agradeceu as manifestações do Plenário do CNS e fez os seguintes comentários: são necessárias políticas de estado para assegurar a implementação de políticas públicas; é preciso celebrar a recriação da FUNASA e reconhecer a contribuição da Fundação na construção do Programa; saneamento deve ser entendido como saúde no sentido amplo (de promoção da vida, como forma de prevenir doença, de produção de alimento de qualidade para toda a população); é preciso construir caminhos para efetiva institucionalização do Programa, com a máxima celeridade e monitoramento posterior. Por fim, deu um viva às águas e à resistência das populações do campo, da floresta, das águas, das cidades e do CNS. Conselheiro **José Ramix de Melo Pontes Júnior**, coordenador da CIPPE/CNS, agradeceu a Mesa Diretora do CNS por acatar a solicitação da CIPPE e pautar este tema e ao Grupo da Terra, especialmente Elionice Sacramento por trazer a voz do povo do campo, das florestas e das águas. Também colocou a CIPPE/CNS à disposição para continuar na luta por pautas que assegurem um SUS equânime. **Deliberação: neste ponto de pauta, o Pleno decidiu, por unanimidade: 1) aprovar o mérito de minuta com recomendações à Presidência da República para adoção de medidas céleres que assegurem a implementação do Programa Nacional de Saneamento Rural (o texto, em construção pela CIPPE/CNS será enviado à Mesa Diretora do CNS para aprovação ad referendum, a fim de garantir celeridade a esse processo); e 2) solicitar aos órgãos competentes a institucionalização do PNSR com a máxima urgência. ITEM 6 – ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas. Coordenação:** conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **1) Recomendação.** Recomendação do CNS sobre a Inclusão do Câncer Bucal nas Linhas de Cuidado e Diretrizes Clínicas de Saúde Bucal. A minuta foi enviada com antecedência, mas foram apresentados acréscimos ao texto (conselheira Melissa do Amaral). O texto é o seguinte: “Recomendação. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em

sua Trecentésima Quinquagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias XX de XX de 2024, em Brasília/DF, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; considerando o disposto no *caput* do Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que determina a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 12 de setembro de 1990, que definem a saúde como um direito fundamental de todo ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício; considerando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), apresentadas pelo Ministério da Saúde em 2004, e a rede de cuidados assistenciais de saúde bucal, a partir do programa Brasil Sorridente, como parte indissociável do Sistema Único de Saúde (SUS); considerando a Lei nº 14.572, de 08 de maio de 2023, que institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS; considerando que o parágrafo 4º, do artigo 4º, da Lei nº 14.572, de 08 de maio de 2023, que define a saúde bucal como o conjunto articulado de ações, em todos os níveis de complexidade, que visem a garantir promoção, prevenção, recuperação e reabilitação odontológica, individual e coletiva, inseridas no contexto da integralidade da atenção à saúde; considerando a Portaria GM/MS nº 960, de 17 de julho de 2023, que institui o Pagamento por Desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do SUS e estabelece 12 indicadores estratégicos, que não estão inseridos no painel de relatórios do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica; considerando a Recomendação CNS nº 003, de 16 de fevereiro de 2023, que dispõe sobre a retomada de uma agenda de fortalecimento da Política Nacional de Saúde Bucal, com vistas a alcançar as necessidades da população, conforme previsão constitucional; considerando a Resolução CNS nº 715, de 20 de julho de 2023, que dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, cuja orientação nº 06 seria ampliar as formas de acesso à Atenção Básica (AB) em saúde e alcance das equipes desse nível de atenção, com AB protagonista, fortalecida e integrada à vigilância em saúde e à política de saúde bucal, com acesso não-presencial e horário estendido, por meio da incorporação de ferramentas digitais para comunicação não-presencial entre equipe e pessoas, fortalecimento da equipe multiprofissional; considerando a Resolução nº 719, de 17 de agosto de 2023, que dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde, que estabelece, em sua proposta 123 do Eixo 3, a ampliação do acesso à atenção integral da saúde bucal e o investimento em ações como a fluoretação das águas, alimentação saudável, controle de tabagismo, assegurando ações hierarquizadas e regionalizadas de atenção em todos os níveis de complexidade, na lógica de Rede de Atenção em Saúde Bucal integrada às demais redes de saúde, incentivar a graduação presencial com estágios obrigatórios no SUS e adotando indicadores quanto à situação de saúde bucal e vulnerabilidade da população e ampliar o rol de especialidades do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) especializado; considerando que o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em sua publicação de estimativa de incidência de câncer no Brasil (2023), previu que o número estimado de casos novos de câncer da cavidade oral no Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 15.100 casos, correspondendo ao risco estimado de 6,99 por 100 mil habitantes, sendo 10.900 em homens e 4.200 em mulheres, como também relata que em 2020 ocorreram 6.192 óbitos por câncer da cavidade oral; considerando que o câncer bucal representa um problema de saúde pública significativo, com impacto na morbidade e mortalidade da população brasileira; considerando que a detecção precoce do câncer bucal aumenta consideravelmente as chances de sucesso do tratamento e a sobrevida dos pacientes; considerando que as linhas de cuidado e diretrizes clínicas de saúde bucal são instrumentos essenciais para orientar a prática dos profissionais e garantir a integralidade da atenção à saúde bucal; considerando que a inclusão do câncer bucal nas linhas de cuidado e diretrizes clínicas de saúde bucal contribuirá para a sensibilização dos profissionais, a detecção precoce da doença e o encaminhamento adequado dos pacientes para tratamento; e considerando que o Conselho Nacional de Saúde reafirma seu compromisso com a promoção da saúde bucal da população brasileira e espera que esta

recomendação contribua para a redução da morbidade e mortalidade por câncer bucal no país. Recomenda ao Ministério da Saúde: que inclua o câncer bucal nas linhas de cuidado e diretrizes clínicas de saúde bucal, contemplando ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação; que promova a capacitação dos profissionais de saúde bucal para a detecção precoce do câncer bucal e o encaminhamento adequado dos pacientes para tratamento especializado; que fortaleça a rede de atenção à saúde bucal, garantindo o acesso dos pacientes com câncer bucal a tratamento especializado e reabilitação com prótese bucomaxilofacial nos casos de mutilação pós-tratamento oncológico; que desenvolva campanhas de comunicação e educação em saúde para sensibilizar a população sobre a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer bucal; e que monitore e avalie periodicamente a implementação das ações relacionadas ao câncer bucal nas linhas de cuidado e diretrizes clínicas de saúde bucal. Aos Conselhos de Saúde Estaduais e Municipais: que acompanhem e fiscalizem a implementação das ações relacionadas ao câncer bucal nas linhas de cuidado e diretrizes clínicas de saúde bucal em seus respectivos territórios; e que promovam a participação da sociedade civil na discussão e formulação de políticas públicas relacionadas ao câncer bucal. Aos Profissionais de Saúde Bucal: que se mantenham atualizados sobre o câncer bucal, buscando capacitação para a detecção precoce da doença e o encaminhamento adequado dos pacientes para tratamento especializado; que incluam o exame para detecção de lesões suspeitas de câncer bucal na rotina de atendimento de todos (as) os (as) pacientes; e que orientem os pacientes sobre os fatores de risco para o câncer bucal e a importância da prevenção e do diagnóstico precoce. À sociedade civil: que se informe sobre o câncer bucal e seus fatores de risco; que busque atendimento odontológico regular para a realização de exames preventivos; e que participe ativamente do controle social das políticas públicas de saúde bucal. **Deliberação: a recomendação, com os acréscimos sugeridos ao texto, foi aprovada. 2) Recomendação.** Recomenda-se a elaboração de Portaria do MS para inclusão das pessoas com Mutilação Facial no rol de pessoas com deficiência física para atendimento e reabilitação integral no SUS. A minuta foi enviada com antecedência, mas foram apresentados acréscimos ao texto (conselheira Melissa do Amaral). O texto é o seguinte: “Recomendação. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Quinquagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias XX de XX de XXXXXX de 2024, em Brasília/DF, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando o disposto no caput do Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que determina a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 12 de setembro de 1990, que definem a saúde como um direito fundamental de todo ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício; considerando as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), apresentadas pelo Ministério da Saúde em 2004, e a rede de cuidados assistenciais de saúde bucal, a partir do programa Brasil Sorridente, como parte indissociável do Sistema Único de Saúde (SUS); considerando a Lei nº 14.572, de 08 de maio de 2023, que institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS; considerando que a Lei nº 14.572/2023 representa um marco importante para a saúde bucal no Brasil, instituindo a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa lei tem como objetivo principal garantir o acesso equitativo e integral à saúde bucal para toda a população brasileira; e considerando então os aspectos abaixo emanados da Lei: integração da saúde bucal ao SUS: A lei consolida a saúde bucal como parte fundamental do SUS, ampliando o escopo das ações e serviços oferecidos pelo sistema. Dez diretrizes: A política estabelece dez diretrizes que nortearão as ações de saúde bucal, como a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o acesso equânime e a integralidade da atenção. Articulação com outras políticas públicas: A lei prevê a articulação da política de saúde bucal com outras políticas públicas, como as de educação, saneamento básico e alimentação, visando a promoção de uma saúde integral. Fortalecimento da atenção primária: A atenção primária à saúde bucal é fortalecida, com a ampliação do acesso a serviços de prevenção e promoção da saúde bucal. Qualificação dos profissionais: A lei prevê a necessidade de qualificação contínua

1076 dos profissionais de saúde bucal para a implementação da política. Ampliação do acesso: A lei  
1077 garante o acesso a serviços de saúde bucal para toda a população, independentemente de sua  
1078 condição social ou econômica. Melhora na qualidade dos serviços: A política busca melhorar a  
1079 qualidade dos serviços de saúde bucal oferecidos pelo SUS, com a implementação de novas  
1080 tecnologias e a qualificação dos profissionais. Prevenção de doenças: A prevenção de doenças  
1081 bucais é priorizada, com a realização de ações educativas e a oferta de serviços de prevenção.  
1082 Integração da saúde bucal à saúde geral: A saúde bucal passa a ser vista como parte  
1083 integrante da saúde geral, o que significa que os profissionais de saúde bucal devem trabalhar  
1084 em conjunto com outros profissionais de saúde para promover a saúde integral da população;  
1085 considerando que o parágrafo 4º, do artigo 4º, da Lei nº 14.572, de 08 de maio de 2023, que  
1086 define a saúde bucal como o conjunto articulado de ações, em todos os níveis de  
1087 complexidade, que visem a garantir promoção, prevenção, recuperação e reabilitação  
1088 odontológica, individual e coletiva, inseridas no contexto da integralidade da atenção à saúde;  
1089 considerando a Portaria GM/MS nº 960, de 17 de julho de 2023, que institui o Pagamento por  
1090 Desempenho da Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do SUS e  
1091 estabelece 12 indicadores estratégicos, que não estão inseridos no painel de relatórios do  
1092 Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica; considerando que o Instituto  
1093 Nacional do Câncer (INCA), em sua publicação de estimativa de incidência de câncer no Brasil  
1094 (2023), previu que o número estimado de casos novos de câncer da cavidade oral no Brasil,  
1095 para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 15.100 casos, correspondendo ao risco  
1096 estimado de 6,99 por 100 mil habitantes, sendo 10.900 em homens e 4.200 em mulheres,  
1097 como também relata que em 2020 ocorreram 6.192 óbitos por câncer da cavidade oral;  
1098 considerando a Recomendação CNS nº 003, de 16 de fevereiro de 2023, que dispõe sobre a  
1099 retomada de uma agenda de fortalecimento da Política Nacional de Saúde Bucal, com vistas a  
1100 alcançar as necessidades da população, conforme previsão constitucional; considerando a  
1101 Resolução CNS nº 715, de 20 de julho de 2023, que dispõe sobre as orientações estratégicas  
1102 para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência  
1103 Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde,  
1104 aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, cuja orientação nº 06 seria ampliar as formas de  
1105 acesso à Atenção Básica (AB) em saúde e alcance das equipes desse nível de atenção, com  
1106 AB protagonista, fortalecida e integrada à vigilância em saúde e à política de saúde bucal, com  
1107 acesso não-presencial e horário estendido, por meio da incorporação de ferramentas digitais  
1108 para comunicação não-presencial entre equipe e pessoas, fortalecimento da equipe  
1109 multiprofissional, além do acesso facilitado e oportuno à vacinação em todos os ciclos de vida,  
1110 e ações que promovam a comunicação e educação em saúde de modo intersetorial para o  
1111 combate à desinformação e o incentivo à vacinação, para recuperar as altas coberturas  
1112 vacinais; considerando a Lei nº 13.146/2015, Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com  
1113 Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em  
1114 condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa  
1115 com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. No Art.2o. considera-se "pessoa  
1116 com deficiência" aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental,  
1117 intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua  
1118 participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.  
1119 No capítulo III, § 4º, as ações e os serviços de saúde pública destinados à pessoa com  
1120 deficiência devem assegurar os serviços de habilitação e de reabilitação sempre que  
1121 necessários, para qualquer tipo de deficiência, inclusive para a manutenção da melhor  
1122 condição de saúde e qualidade de vida; considerando a Resolução nº 719, de 17 de agosto de  
1123 2023, que dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência  
1124 Nacional de Saúde, que estabelece, em sua proposta 123 do Eixo 3, a ampliação do acesso à  
1125 atenção integral da saúde bucal e o investimento em ações como a fluoretação das águas,  
1126 alimentação saudável, controle de tabagismo, assegurando ações hierarquizadas e  
1127 regionalizadas de atenção em todos os níveis de complexidade, na lógica de Rede de Atenção  
1128 em Saúde Bucal integrada às demais redes de saúde, incentivar a graduação presencial com  
1129 estágios obrigatórios no SUS e adotando indicadores quanto à situação de saúde bucal e  
1130 vulnerabilidade da população e ampliar o rol de especialidades do Centro de Especialidades  
1131 Odontológicas (CEO); considerando que os indivíduos mutilados faciais são aqueles que  
1132 sofreram mutilações na região da cabeça e pescoço, envolvendo estruturas como orelhas,  
1133 nariz, olhos, pálpebras, palato duro ou mole, língua e outras partes da face e essas mutilações  
1134 podem ter origens traumáticas, congênitas ou ser resultado de doenças adquiridas, sendo o  
1135 câncer a principal causa. Sendo que, estes pacientes enfrentam grandes dificuldades em

1136 tarefas cotidianas, como mastigar, falar e respirar, além de sofrerem com limitações estéticas,  
1137 educacionais, de relacionamento pessoal e profissional. Mutilações bucomaxilofaciais podem  
1138 levar ao isolamento social e a problemas psicossociais, como baixa autoestima, sensação de  
1139 rejeição e depressão; considerando que a reabilitação dos indivíduos portadores de mutilações  
1140 faciais é feita por equipe multi e interprofissional, incluindo diferentes áreas da saúde. A  
1141 especialidade de prótese bucomaxilofacial é reconhecida pelo Conselho federal de  
1142 Odontologia, tem por objetivo reabilitar por meio de substitutos aloplásticos partes do complexo  
1143 bucomaxilofacial ausentes por qualquer etiologia; considerando que o cirurgião dentista  
1144 protesiólogo bucomaxilofacial atua em conjunto com o técnico em prótese dentária,  
1145 oftalmologista, cirurgião plástico, oncologista, cirurgião de cabeça e pescoço, cirurgião  
1146 bucomaxilofacial, cirurgião craniofacial, fisioterapeuta, fonoterapeuta, entre outros. Embora a  
1147 reabilitação protética apresente significativas melhoras na qualidade de vida dos pacientes, a  
1148 grande maioria destes indivíduos não é reabilitada nos serviços públicos brasileiros, após a  
1149 cura do câncer ou trauma; considerando que ao reconhecer os mutilados bucomaxilofaciais  
1150 como portadores de deficiência física, embora, na grande maioria dos casos, eles também  
1151 sejam pacientes oncológicos, fica mais fácil de garantir seu direito à reabilitação protética  
1152 quando necessário, pois a garantia está na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com  
1153 Deficiência; e considerando a importância do reconhecimento do mutilado facial como portador  
1154 de deficiência física para implementação do direito à reabilitação protética com prótese  
1155 bucomaxilofacial e inclusão social. Recomenda ao Ministério da Saúde: a elaboração de  
1156 Portaria do Ministério da Saúde (MS) para reconhecimento e inclusão das Pessoas com  
1157 Mutilação Facial no rol de pessoas com deficiência física para atendimento integral incluindo a  
1158 reabilitação com prótese bucomaxilofacial no SUS de todos os Estados do Brasil. A  
1159 Qualificação profissional, organização de serviços, definição de fluxos, reabilitação funcional  
1160 associada à reabilitação protética bucomaxilofacial para mutilados faciais de qualquer origem.  
1161 **Deliberação: a recomendação, com os acréscimos sugeridos ao texto, foi aprovada.**  
1162 **ENCERRAMENTO** – Na mais havendo a tratar, as integrantes da Mesa Diretora do CNS,  
1163 conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** e conselheira **Francisca Valda da Silva** encerraram  
1164 a 77ª Reunião Extraordinária. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: *nomes*  
1165 *serão incluídos.*