

5  
6 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
7 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE  
8

9  
10 ATA DA TRICENTÉSIMA QUINQUAGÉSIMA OITAVA REUNIÃO ORDINÁRIA DO  
11 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS  
12

13 Aos onze e doze dias do mês de setembro de 2024, realizou-se a 358<sup>a</sup> Reunião Ordinária do  
14 CNS. O primeiro dia e a tarde do segundo dia ocorreu no Hotel San Marco hotel, situado no  
15 Setor Hoteleiro Sul, quadra 5, bloco C, Asa Sul - Brasília/DF. A manhã do segundo dia de  
16 reunião foi realizada no Auditório Carlyle Guerra de Macedo da Organização Pan-Americana  
17 da Saúde Opas/OMS, Lote 19, Avenida das Nações, SEN - Asa Norte, Brasília/DF. Os  
18 objetivos da 358<sup>a</sup> Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Socializar e apreciar os  
19 itens do expediente. **2)** Apreciar e comemorar, as apresentações dos 25 anos da Política  
20 Nacional de Alimentação e Nutrição e 10 anos de guia alimentar para a população brasileira. **3)**  
21 Conhecer e deliberar sobre a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e as ameaças ao  
22 Direito Humano a Saúde. **4)** Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de  
23 Recursos Humanos e Relações de Trabalho - CIRHRT. **5)** Conhecer, apreciar e deliberar  
24 acerca das orientações sexuais e o impacto social atual na saúde. **6)** Conhecer e apoiar o  
25 lançamento da plataforma Mapa Colaborativo Movimentos Sociais em Saúde. **7)** Debater e  
26 deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN), no  
27 que diz respeito a análise do Relatório Anual de Gestão 2023. **8)** Compartilhar e deliberar as  
28 demandas da 4<sup>a</sup> Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e da 5<sup>a</sup>  
29 Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **9)** Apreciar e deliberar os  
30 encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais,  
31 Grupos de Trabalho e Câmaras Técnica. **MESA DE ABERTURA** - conselheiro **Fernando**  
32 **Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello** da Mesa Diretora  
33 do CNS; e **Swedenberger do Nascimento Barbosa**, Secretário Executivo do Ministério da  
34 Saúde. Neste ponto, foi lançado o primeiro vídeo das ações de comunicação e mobilização que  
35 o CNS tem feito em função da campanha “Aqui tem Conselho Local de Saúde”, iniciativa  
36 lançada durante a 17<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, em julho de 2023. Trata-se de uma  
37 série documental, produzida pelo CNS, para mostrar experiências de instalação de Conselhos  
38 Locais de Saúde - CLS em cada uma das cinco macrorregiões do país. O Presidente do CNS  
39 explicou que a estratégia visa implementar novos conselhos locais de saúde no âmbito das  
40 unidades do SUS, como forma de garantia de participação popular e exercício democrático do  
41 direito à saúde em todo o país. Este primeiro vídeo apresenta a experiência da instalação do  
42 conselho local no Município de Tefé/AM. Por fim, elogiou a equipe da Assessoria de  
43 Comunicação – ASCOM/CNS pela produção do material. O Secretário Executivo do Ministério  
44 da Saúde, **Swedenberger do Nascimento Barbosa**, após saudar todas as pessoas presentes  
45 e internautas, fez uma breve fala sobre a campanha e informes gerais sobre ações do  
46 Ministério da Saúde. Justificou também que não poderia permanecer na reunião, porque  
47 acompanharia a Ministra de Estado da Saúde em reuniões para tratar sobre mudanças  
48 climáticas e orçamento da saúde 2025. Saudou o Conselho por esta Campanha e elogiou a  
49 equipe de comunicação pelo vídeo. Recordou que o Ministério da Saúde apoiou o lançamento  
50 da iniciativa na 17<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, por entender que possibilita dar voz e  
51 visibilidade aos territórios para se tornarem protagonistas no fortalecimento do SUS mais  
52 equânime, universal e integral, e destinou recursos para implementação. Avaliou que o  
53 incentivo à criação de conselhos locais de saúde é uma importante iniciativa da gestão do  
54 Presidente Pigatto, junto com outras ações essenciais: atuação do Conselho durante a  
55 pandemia da COVID-19; e participação do Conselho nas atividades na Organização das  
56 Nações Unidas - ONU. Também destacou o esforço do Ministério da Saúde para incluir o  
Conselho em diversas atividades das quais o Colegiado foi afastado na gestão anterior da  
pasta. No que se refere às próximas ações, informou a participação da Ministra de Estado da  
Saúde em dois eventos internacionais: reunião da OPAS/OMS, em Washington – irá tratar

57 sobre telessaúde e pandemias; e Assembleia Geral da ONU, em Nova York – irá tratar sobre  
58 doenças não transmissíveis. Além disso, informou que a Ministra de Estado da Saúde  
59 participou da reunião do G-20, em Natal, com debate de pautas importantes, inclusive com  
60 abordagem do conceito de “uma só saúde”. Também comunicou que o Presidente da  
61 República anunciou o Plano Brasileiro de Inteligência Artificial - IA, intitulado “IA para o Bem de  
62 Todos”, que visa impulsionar o desenvolvimento e a aplicação da inteligência artificial no Brasil,  
63 e transformar a vida dos brasileiros e solidificar o país como um líder global em inovação  
64 tecnológica. Por fim, informou que a conclusão das obras do Plenário do Conselho estava  
65 prevista para o dia 20 de outubro e a reunião ordinária de novembro poderia ser realizada  
66 naquele espaço. **ITEM 1 - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 358<sup>a</sup> REUNIÃO ORDINÁRIA DO  
67 CNS – APROVAÇÃO DA ATA DA 355<sup>a</sup> REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - Coordenação:  
68 conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Ana Lúcia da Silva**  
69 **Marçal Paduello**, da Mesa Diretora do CNS - **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 358<sup>a</sup> REUNIÃO  
70 ORDINÁRIA DO CNS** – A mesa colocou em apreciação a ata da 358<sup>a</sup> Reunião Ordinária do  
71 CNS enviada previamente aos conselheiros e às conselheiras. **Deliberação: a pauta da 358<sup>a</sup>**  
72 **REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS foi aprovada por unanimidade.** **APROVAÇÃO DA ATA DA  
73 355<sup>a</sup> REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – A mesa colocou em apreciação a ata da 355<sup>a</sup>  
74 REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS, enviada previamente aos conselheiros e às conselheiras.  
75 Não houve contribuições ao texto. **Deliberação: a ata foi aprovada por unanimidade.** **ITEM 2**  
76 – **EXPEDIENTE** – Informes. Justificativa de ausências. Apresentação de novos (as)  
77 Conselheiros (as) Nacionais de Saúde e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de  
78 Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de setembro. Indicações. Relatório da  
79 Mesa Diretora. Coordenação: conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa  
80 Diretora do CNS; e **Ana Carolina Dantas Souza**, Secretária Executiva do CNS. **INFORMES –**  
81 **1)** Informe sobre o mês mundial de conscientização da doença de Alzheimer. Apresentação:  
82 Conselheira **Walquiria Alves** (ABRAZ). **2)** Informe a respeito das datas comemorativas sobre  
83 doenças do sangue e convite para audiência pública sobre talassemias, na Câmara dos  
84 Deputados, representando o CNS. Apresentação: Conselheira **Talita Garrido (ABRASTA)**. **3)**  
85 Informe da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos  
86 (RNFS) sobre o tema “Meninas Mães”. Apresentação: **conselheira Ligia Cardieri** (RNFS).  
87 Estudo sobre “**Estupro** de vulnerável: caracterização de crianças mães”. **Brasil e Regiões em**  
88 **2022**. Atualização do Estudo original sobre o decênio 2010-2019, realizado pela Rede  
89 Feminista de Saúde em 2021. **4)** Informe sobre o seminário e a Roda de Conversa da COFIN  
90 que acontecerão durante o mês de setembro. Apresentação: conselheiro **Mauri Bezerra**  
91 (**CNTSS**). Convite para participação nessas atividades. **5)** Informe. Apresentação: conselheira  
92 **Paula Johns** (ACT). **6)** Informe. Apresentação: conselheiro Elenilson (MORHAN). **7)** Informe  
93 sobre a decisão em trâmite do Supremo Tribunal Federal sobre a judicialização de  
94 medicamentos não incorporados no SUS. Apresentação: conselheira **Priscila Torres** (Biored  
95 Brasil). Como representante do Conselho Nacional de Saúde na comissão especial sobre  
96 judicialização de medicamentos no âmbito do SUS, informou que o plenário virtual do Supremo  
97 Tribunal Federal iniciou, no dia 6 de setembro de 2024, a votação para a padronização da  
98 judicialização de medicamentos no âmbito do SUS. O relator, ministro Gilmar Mendes,  
99 apresentou para votação o acordo firmado pelos membros da comissão especial que  
100 tratou sobre o fornecimento de medicamentos registrados na (Anvisa), mas não padronizados  
101 no SUS. As propostas apresentadas pelo Ministro Gilmar Mendes seguem com a maioria dos  
102 votos favoráveis e visam facilitar a gestão e o acompanhamento dos pedidos judiciais de  
103 medicamentos incorporados e não fornecidos no SUS, os não incorporados no SUS com  
104 registros na ANVISA e aqueles medicamentos especiais que não possuem registro na ANVISA.  
105 Para os medicamentos não incorporados no SUS, que tenham parecer desfavorável da  
106 CONITEC, haverá a necessidade do médico prescritor, detalhar e justificar tecnicamente com  
107 bases nas melhores evidências científicas, a real necessidade do uso de medicamentos não  
108 incorporados que tenham tido parecer negativo da CONITEC. Isso não quer dizer que os  
109 pedidos serão negados, pois infelizmente segundo os relatórios emitidos pela CONITEC,  
110 muitos medicamentos não são incorporados não porque não são seguros e eficazes e sim, são  
111 negados devido ao seu alto custo, o que traz a reflexão sobre os princípios da equidade do  
112 SUS e a necessidade de ampliação do financiamento do SUS. Dessa forma, é importante que  
113 o controle social esteja ciente que, a partir do término deste julgamento, previsto para o dia 13  
114 de setembro, os pedidos judiciais de medicamentos deverão ser realizados com relatórios  
115 médicos robustos, descrevendo jornada terapêutica, indicando se já foram utilizados os  
116 recursos disponíveis no SUS e fundamentando a necessidade clínica daquele usuário. O

117 acordo em julgamento prevê ainda as responsabilidades dos entes federativos no custeio dos  
118 medicamentos objeto de judicialização no SUS. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA** – Titular: Ana  
119 Lúcia Silva Marçal Padduello, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas  
120 e Doenças Raras (SUPERANDO), Usuário, rodízio de titularidade. Titular: Cledson Fonseca  
121 Sampaio, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+ BRASIL), Usuário,  
122 rodízio de titularidade. Titular: Clóvis Alberto Pereira, Organização Nacional de Cegos do Brasil  
123 (ONCB), Usuário, rodízio de titularidade. Titular: Dulcilene Silva Tiné, Federação Brasileira de  
124 Hospitais (FBH), Prestadores de Serviços, Agenda de trabalho. Titular: Elenilson Silva de  
125 Souza, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN),  
126 Usuário, Agenda de trabalho. Titular: Elgiane de Fátima Machado Lago, Central dos  
127 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular:  
128 Francisco Runja Manoel Antonio, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL),  
129 Usuário, Motivos pessoais. Titular: Gilson Silva, Força Sindical (FS), Usuário, Rodízio de  
130 titularidade. Titular: Helena Ferreira Magalhães, União Brasileira de Mulheres (UBM), Usuário,  
131 Rodízio de titularidade. Titular: Heliana Neves Hemetério dos Santos, Rede Nacional de  
132 Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR), Usuário, Rodízio de  
133 titularidade. Titular: José Eri Borges de Medeiros, Conselho Nacional de Secretarias Municipais  
134 de Saúde (CONASEMS), Gestor, Participação 1º Suplente. Titular: José Ramix de Melo Pontes  
135 Junior, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares  
136 (CONTAG), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: José Vanilson Torres da Silva, Movimento  
137 Nacional População de Rua (MNPR), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Luiz Carlos  
138 Medeiros de Paula, Federação Nacional de Associações de Diabético (FENAD), Usuário,  
139 Rodízio de titularidade. Titular: Maurício Cavalcante Filizola, Prestador de Serviço, Agenda de  
140 trabalho. Titular: Rosa Maria Anacleto, Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Vitória Davi  
141 Marzola, União Nacional dos Estudantes (UNE), Usuário, Rodízio de titularidade. Ana Lúcia,  
142 participa da reunião como integrante da Mesa Diretora para contribuir na coordenação dos  
143 trabalhos; e Elenilson Silva (por conta própria). **APRESENTAÇÃO DE NOVOS (AS)**  
144 **CONSELHEIROS (AS) NACIONAIS DE SAÚDE** – I - ENTIDADES E MOVIMENTOS  
145 NACIONAIS DE USUÁRIOS DO SUS. 2º Suplente: Coordenação das Organizações Indígenas  
146 da Amazônia Brasileira (COIAB) - Alcebias Mota Constantino - (substituindo Ubirajara  
147 Nazareno Sompré). Portaria DE Pessoal GM/MS Nº 847, DE 22 DE agosto DE 2024 -  
148 Publicado em: 26/08/2024 | Edição: 164 | Seção: 2 | Página: 45. II - ENTIDADES NACIONAIS  
149 DOS PROFISSIONAL DE SAÚDE, INCLUÍDA A COMUNIDADE CIENTÍFICA DA ÁREA DE  
150 SAÚDE - 2º Suplente: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) -  
151 Derivan Brito da Silva - (substituindo Ricardo Lotif Araujo). Portaria GM/MS Nº 5.284, de 22 de  
152 agosto de 2024 - Publicado em: 26/08/2024 | Edição: 164 | Seção: 1 | Página: 68. IV -  
153 SEGMENTO DO GOVERNO FEDERAL - 2º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - Nilton  
154 Pereira Júnior - (substituindo Aristides Vitorino de Oliveira Neto). Portaria GM/MS Pessoal Nº  
155 852, de 26 de agosto de 2024 - Publicado em: 27/08/2024 | Edição: 165 | Seção:  
156 2 | Página: 44. **COORDENADORES (AS) DE PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE** -  
157 Carlos Cesar de Oliveira Sousa – Roraima – Norte. Geiza Pinheiro Quaresma – Espírito Santo  
158 – Sudeste. Itamar Silva dos Santos - Rio Grande do Sul – Sul. Jefferson de Sousa Bulhosa  
159 Júnior – Distrito Federal – Centro Oeste. Sueli Terezinha do Nascimento – Ceará – Nordeste  
160 **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE SETEMBRO** – Setembro  
161 amarelo - Prevenção ao suicídio. Setembro verde - Doação de órgãos. Setembro dourado -  
162 Câncer infanto-juvenil. 1/set. - Dia do Profissional de Educação Física. 3/set. - Dia do Biólogo.  
163 5/set. - Dia Nacional de Conscientização e Divulgação da Fibrose Cística. 5/set. - Dia Oficial da  
164 Farmácia. 8/set. - Dia Mundial da Fisioterapia. 8/set. - Dia Nacional de Luta por Medicamento.  
165 9/set. - Dia do Veterinário. 10/set. - Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio. 15/set. - Dia Mundial  
166 de Conscientização sobre Linfomas. 16/set. - Dia Internacional para a Prevenção da Camada  
167 de Ozônio. 17/set. - Dia Mundial da Segurança do Paciente. 18/set. - Dia Nacional de  
168 Conscientização e Incentivo ao Diagnóstico Precoce do Retinoblastoma. 19/set. - Dia  
169 Internacional de Atenção aos Acidentes Ofídicos. 19/set. - Dia do Ortopedista. 19/set. -  
170 Aniversário do SUS (Lei 8.080/90). 21/set. - Dia Nacional de Luta da Pessoa com Deficiência.  
171 21/set. - Dia Mundial da Doença de Alzheimer e Dia Nacional de Conscientização da Doença  
172 de Alzheimer. 22/set. - Dia Nacional do Atleta Paraolímpico. 22/set. - Dia Internacional da  
173 Juventude. 23/set. - Dia de Combate ao Estresse. 23/set. - Dia Internacional contra a  
174 Exploração Sexual e o Tráfico de Mulheres e Crianças. 25/set. - Dia Internacional do  
175 Farmacêutico. 26/set. - Dia Nacional dos Surdos. 27/set. - Dia do Idoso. 27/set. - Dia Nacional  
176 da Doação de Órgãos. 28/set. - Dia Mundial de Luta Contra a Raiva. 29/set. - Dia Mundial do

177 Coração. 30/set. - Dia Internacional do Surdo. *Inclusão*: dia internacional da retina – último  
178 sábado do mês. 15 de set. - Dia Nacional de Conscientização sobre Doenças Reumáticas.  
179 11/set. - Dia do Cerrado. **INDICACÕES** – *Atividades*: 1) Convite da Coordenação-Geral de  
180 Integração Ensino-Serviço-Comunidade, para participar da Oficina “COAPES: Desafios e  
181 Perspectivas”, dia 15 de agosto de 2024, em Brasília-DF. (Estava em Brasília). *Indicação*  
182 (*Referendar*): Conselheira Elaine Pelaez (CFESS). 2) Convite da Secretaria de Vigilância em  
183 Saúde e Ambiente, para participar da reunião da instalação e primeira reunião do Centro de  
184 Operações de Emergência de Saúde Pública (COE) para MPOX, dia 15 de agosto de 2024, em  
185 Brasília-DF. (Estava em Brasília). *Indicação* (*Referendar*): Conselheiro Alex Gomes da Motta, e  
186 coordenador da CIVS. (Pastoral Saúde Nacional). 3) Convite da Sala de Situação Nacional de  
187 Mudanças Climáticas em Saúde, para reunião dia 15 de agosto de 2024, em Brasília-DF.  
188 (Estava em Brasília). *Indicação* (*Referendar*): Conselheiro Elenilson Silva de Souza, e  
189 coordenador adjunto da CIVS. (MORHAN). 4) Convite do Ministério da Saúde, para participar  
190 do Seminário Nacional de Oropouche, dia 15 de agosto de 2024, em Brasília-DF. (Estava em  
191 Brasília). *Indicação* (*Referendar*): Conselheiro e coordenador adjunto da CIVS, João Alves  
192 Junior (CFMV). 5) Convite de iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto  
193 Veredas e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para participar da "Oficina de  
194 Aprimoramento de Indicadores", com o objetivo de refinar os critérios e indicadores de  
195 qualidade que determinam se um serviço é amigável a adolescentes, dia 23 de agosto de  
196 2024. (Virtual). (*Referendar*): Conselheira Vânia Lúcia Leite (CNBB), coordenadora da CIASCV.  
197 6) Convite da Participação Social e Diversidade do MS, para participar da II Reunião do Fórum  
198 Nacional Permanente para Diálogo de Promoção de Estratégias de Fortalecimento de Políticas  
199 Públicas para as Mulheres Quilombo, no dia 26 de agosto de 2024. (**Virtual**). *Indicação*  
200 (*Referendar*): Conselheira Helena Ferreira Magalhães, coordenadora da CISMU. 7) Convite do  
201 Conselho Municipal de Saúde de Araucária, para participar da Reunião de Plenária e  
202 explanação sobre a Recomendação nº 022, no dia 27 de agosto de 2024. (Virtual). *Indicação*  
203 (*Referendar*): Conselheira Rosa Irlene Maria Serafim (ABRATO). 8) Convite da Comissão de  
204 Saúde da Câmara dos Deputados, para participar da Audiência Pública para debater os  
205 cancelamentos unilaterais de planos privados de assistência à saúde, no dia 27 de agosto de  
206 2024. (**Virtual**). *Indicação* (*Referendar*): Conselheira Ana Navarrete, e coordenadora da CISS,  
207 (IDEC). 9) Convite do Ministro de Estado do Trabalho e Emprego, Sr. Luiz Marinho, para  
208 participar da solenidade de assinatura do Protocolo de Intenções: Pacto do Trabalho Decente  
209 no Meio Rural, dia 28 de agosto de 2024, em Brasília-DF. (Estava em Brasília). *Indicação*  
210 (*Referendar*): Conselheira Madalena Margarida, coordenadora adjunta da CISTT e integrante  
211 da mesa diretora, (CUT). 10) Convite da Câmara de Vereadores de Campos dos  
212 Goytacazes/RJ, juntamente com a Associação de Retinopatia Norte Fluminense/Retina  
213 Campos, para participar da Audiência Pública sobre a Importância do Cuidado com a Saúde  
214 Ocular, versando sobre alerta acerca das doenças da retina e nervo óptico, dia 02 de setembro  
215 de 2024, em Campos dos Goytacazes-RJ. (Reside em Campos dos Goytacazes). **Indicação**  
216 (*Referendar*): Conselheira Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto, coordenadora adjunto da  
217 CIASPP (Retina Brasil). 11) Convite da Coordenadoria Nacional de Promoção da Regularidade  
218 do Trabalho na Administração Pública – Conap do Ministério Público do Trabalho, para  
219 participar da Audiência Pública com a finalidade de discutir o trabalho das catadoras e dos  
220 catadores de materiais recicláveis, em especial para divulgar e debater o estudo realizado  
221 sobre a cadeia produtiva da reciclagem, dia 05 de setembro de 2024. (Virtual). *Indicação*  
222 (*Referendar*): Conselheiro Jacildo Siqueira Pinho (CONTRAF), coordenador da CISTT. 12)  
223 Convite da Academia de Ciências Farmacêuticas do Brasil, para participar da Solenidade  
224 Comemorativa de 100 Anos da Academia de Ciências Farmacêuticas do Brasil, dia 9 de  
225 setembro de 2024, em São Paulo-SP. (**Reside em SP**). *Indicação* (*Referendar*): Conselheira  
226 Priscila Torres da Silva (BIORED), coordenadora adjunta da CICTAF. 13) Convite da Comissão  
227 de Saúde da Câmara dos Deputados, para participar de Audiência Pública para debater a  
228 atenção à saúde das pessoas com talassemia, dia 11 de setembro de 2024, em Brasília-DF.  
229 (Custeio da ABRASTA). *Indicação* (*Referendar*): Conselheira Talita Garrido (ABRASTA). 14)  
230 Convite do Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), para o Seminário: Controle  
231 Social das Políticas Públicas para a Garantia do Direito à Alimentação Adequada, na Mesa 1 –  
232 Apresentação Observatório da Alimentação Escolar (OAE) e falas dos Conselhos presentes,  
233 dia 11 de setembro de 2024, m Brasília-DF. (Virtual). *Indicação* (*Referendar*): Conselheira  
234 Camila Sarmento, coordenadora adjunta da CIAN (ANEPS). 15) Convite para o 62º COBEM,  
235 na atividade Cobem Talks, com o tema: "Expansão da privatização do ensino médico brasileiro:  
236 uma análise da implantação das diretrizes", dia 12 de setembro de 2024. (Virtual). *Indicação*

237 (Referendar): Conselheira Francisca Valda da Silva (ABEn), coordenadora da CIRHRT. **16**  
238 Convite da Coordenação do Projeto Equidade SUS, para participar do Encontro Equidade SUS:  
239 Um ano de avanços e parceria entre HAOC E MS/SGTES, dia 18 de setembro de 2024, em  
240 São Paulo-SP. (Custeio evento). *Indicação (Referendar)*: Conselheiro José Ramix Júnior,  
241 coordenador da CIPPE, (CONTAG). **17** Convite da Secretaria de Vigilância e Saúde Ambiente,  
242 para participar da Mesa de Abertura do “III Seminário de Enfermagem: A enfermagem e a  
243 proposta do Brasil Saudável – Unir para Cuidar” e do lançamento do Suplemento da Revista de  
244 Enfermagem em Foco: HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente  
245 Trasmisíveis, dias 17 e 18 de setembro de 2024, em Pernambuco. (custeio SVSA). *Indicação*  
246 (*Referendar*): Conselheira Regina Bueno (ANAIDS). **18**) Convite da Ouvidora-geral do SUS -  
247 OuvSUS/MS para participar do 3º Seminário Regional de Fortalecimento da Gestão, da  
248 Participação Social e das Ouvidorias do SUS, de 16 a 18 de setembro de 2024, em Salvador-  
249 BA. (Custeio Ouvidoria). *Indicação (Referendar)*: Conselheira Fernanda Lou Sans Magano  
250 (FENAPSI), integrante da mesa diretora. **19**) Convite da Secretaria de Atenção Especializada à  
251 Saúde, para a Mesa de Abertura do evento comemorativo ao Dia Mundial da Segurança do  
252 Paciente, dia 18 de setembro de 2024, em Brasília-DF. (Estará em Brasília). *Indicação*  
253 (*Referendar*): Conselheira e integrante da mesa diretora, Heliana Hemetério (CANDACES). **20**)  
254 Convite do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções sexualmente  
255 Transmissíveis da SVSA/MS, para participar da Mesa de Abertura do 1º Seminário do  
256 Programa Brasil Saudável – Unir para cuidar, dia 22 de setembro de 2024, em São Paulo-  
257 SP. (Estava em São Paulo). *Indicação (Referendar)*: Conselheiro e coordenador da CIVS, Alex  
258 Gomes Motta (Pastoral Saúde Nacional). **21**) Convite do Fórum Antimanicomial, para participar  
259 do 10º Fórum de Mobilização Antimanicomial - FMA, 6ª Mostra de Atenção Psicossocial - MAP  
260 e o 1º Encontro Nacional do Cuidado em Liberdade, com o tema “Cuidar em liberdade: uma  
261 luta de muitas gentes/frentes”, dias 25, 26 e 27 de setembro de 2024, em Juazeiro-BA.  
262 (Custeio CNS). *Indicação (Referendar)*: Conselheira Camila Sarmento, coordenadora adjunta  
263 da CIAN, (ANEPs). **22**) Convite da Casa Brasileira União Huntington para participar  
264 do Seminário de Doença de Huntington, dia 27 de setembro de 2024, em São Paulo-SP.  
265 (Custeio CNS). *Indicação (Referendar)*: Conselheira Ana Clébea Nogueira Pinto de Medeiros,  
266 coordenadora da CIASPP (FEMAMA). *Comissões Intersetoriais e Temáticas do CNS*. **23**)  
267 Indicação para a função de Secretário Executivo Adjunto da Comissão Nacional de Ética em  
268 Pesquisa – CONEP/CNS. *Indicação (referendar)*: Felipe Correia de Souza. **24**) Substituição do  
269 Sr. Roberto Portela (Pastoral dos Imigrantes) na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa –  
270 CONEP/CNS, segmento de usuários. *Indicação (referendar)*: Conselheira Lenise Aparecida  
271 Martins Garcia (CNBB). **25**) Indicação para Compor a Comissão de Comunicação e  
272 acessibilidade da 4ª CNGTES (Integrante). *Indicação: aguardando. Indicação em Grupos de*  
273 *Trabalho e Comissões Externas*. **26**) Convite do Departamento de Emergências em Saúde  
274 Pública, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, para compor o **Centro de**  
275 **Operações de Emergências de Saúde Pública MPOX**, no formato híbrido, às terças-feiras,  
276 de 10h às 12h. *Indicação (Referendar)*: **Titular**: Alex Gomes da Motta (Pastoral da Saúde  
277 Nacional). **Suplente**: Maria Laura Carvalho Bica (FENAS). **27**) Convite da Coordenação de  
278 Vigilância de Zoonoses e Doenças Transmissão Vetorial, da Secretaria de Vigilância em Saúde  
279 e Ambiente, para compor o Comitê Interministerial Uma Só Saúde. *Indicação (Referendar)*:  
280 **Titular**: João Alves do Nascimento Júnior (CFMV). **Suplente**: Alex Gomes da Motta (Pastoral  
281 da Saúde Nacional). **28**) Convite da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente para  
282 compor o Comitê Técnico do Programa Brasil Saudável. *Indicação (Referendar)*: **Titular**:  
283 Elenilson Silva de Souza (Bil) (MOHRAN). **Suplente**: Francisco Canindé Quirino (CONACS).  
284 **29**) Substituição do Sr. Ricardo Lotif Araujo (COFFITO) no Grupo de Trabalho Ministerial sobre  
285 o Transtorno do Espectro Autista (GT-TEA). *Indicação (Referendar)*: **Suplente**: de Maria do  
286 Carmo Tourinho Ribeiro (ABRA). **30**) Substituição do Sr. Roberto Portela (Pastoral dos  
287 Imigrantes) no Grupo de Trabalho (GT), de caráter consultivo, no âmbito do Ministério da  
288 Saúde cuja finalidade é elaborar a Política Nacional de Saúde das Populações Migrantes,  
289 Refugiadas e Apátridas, estabelecido pela portaria GM/MS nº 763. *Indicação*  
290 (*Referendar*): **Titular**: Alex Gomes da Motta (Pastoral da Saúde Nacional). **31**) Substituição do  
291 Sr. Roberto Portela (Pastoral dos Imigrantes) no Grupo de Trabalho do Conselho Consultivo do  
292 INCA: **Grupo 1 de Promoção, prevenção e vigilância**. *Indicação (Referendar)*: **Titular**:  
293 Elenilson Silva de Souza (MORHRAN). *Atividade internacional*. **32**) Convite do Diretor da  
294 Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), Dr. Jarbas Barbosa, para a participação do  
295 Conselho Nacional de Saúde na 61º Reunião do Conselho Diretor da Organização Pan-  
296 Americana da Saúde (OPAS), 76ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da

297 Saúde (OMS) para as Américas, de 30 de setembro a 04 de outubro de 2024, em Washington.  
298 *Indicação (referendar): Conselheiro Fernando Pigatto (CONAM), Presidente do CNS.*  
299 **Deliberação: as indicações foram apresentadas por unanimidade. RELATÓRIO DA MESA**  
300 **DIRETORA** - Devido ao avançado da hora, o relatório não foi lido, mas será enviado a todos  
301 para conhecimento. **ITEM 3 - COMEMORAÇÕES DOS 25 DA POLÍTICA NACIONAL DE**  
302 **ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO E 10 ANOS DE GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO**  
303 **BRASILEIRA** - Apresentação: Adriana da Silva, representante da União de Negras e Negros  
304 Pela Igualdade - UNEGRO Espírito Santo, membro da Comissão Intersetorial de Alimentação e  
305 Nutrição - CIAN; Kelly Poliany de Souza Alves, Coordenadora-Geral de Alimentação e  
306 Nutrição - CGAN/DEPPROS/SAPS/MS; Patrícia Jaime, Vice-diretora da Faculdade de Saúde  
307 Pública da Universidade de São Paulo - FSP-USP; conselheira Myrian Coelho Cunha da  
308 Cruz, coordenadora da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN/CNS.  
309 Coordenação: conselheira Fernanda Lou Sans Magano, da Mesa Diretora do CNS; e  
310 conselheiro Neilton Araújo de Oliveira, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de  
311 pauta, conselheira Myrian Coelho Cunha da Cruz, coordenadora da CIAN/CNS, agradeceu a  
312 Mesa Diretora do CNS por pautar este tema, considerando a importância da Política Nacional  
313 de Alimentação e Nutrição – PNAN e do Guia Alimentar importantes instrumentos para a saúde  
314 da população brasileira. A seguir, foi aberta a palavra às convidadas, com a leitura dos  
315 currículos de cada uma. A Coordenadora-Geral da CGAN/DEPPROS/SAPS, Kelly Poliany de  
316 Souza Alves, começou agradecendo o CNS por pautar este tema e por estimular este debate  
317 nos Conselhos Estaduais de Saúde. Explicou que a PNAN demarca 25 anos de compromissos  
318 do SUS com a melhoria da saúde e nutrição da população brasileira e este período demarca  
319 intenções, contingências e condições de possibilidades, assim como o próprio Sistema.  
320 Recordou o contexto no final da década de 1990, salientando que a Política, aprovada em  
321 1999, atestou o compromisso do Ministério da Saúde com os males relacionados à escassez  
322 alimentar e à pobreza, sobretudo a desnutrição infantil e materna, bem como o complexo  
323 quadro dos excessos já configurados no Brasil pelas altas taxas de prevalência de sobre peso e  
324 obesidade na população adulta. Lembrou o contexto institucional no final da década de 1990,  
325 momento em que a Política foi instituída, destacando: a reforma gerencial do Estado Brasileiro  
326 a partir de 1995 e a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – autarquia  
327 vinculada ao Ministério da Saúde responsável por programas nacionais de alimentação e  
328 nutrição no país entre 1972 e 1997 (25 anos). O presidente era indicado pelo Presidente da  
329 República (Também foi extinta a CEME – Central de Medicamentos); e criação da Secretaria  
330 de Políticas de Saúde e de Avaliação no Ministério da Saúde (Secretário João Yunes) -  
331 Departamento de Formulação de Políticas de Saúde: I - coordenar os processos de  
332 formulação, revisão e reorientação de políticas de saúde; II – divulgar as políticas formuladas  
333 por diferentes meios de comunicação. Além disso, lembrou que a PNAN trouxe a perspectiva  
334 do direito humano à alimentação e foi estratégica para manter o tema da Segurança Alimentar  
335 e Nutricional - SAN na agenda do governo federal, após a extinção do CONSEA (criado em  
336 1993 e extinto em 1995). Também destacou que a implementação da PNAN seguiu os passos  
337 da implementação da Estratégia Saúde da Família. Ou seja, a Política aconteceu junto com  
338 movimento de municipalização do SUS e fomento à Atenção Básica à Saúde por meio da  
339 expansão do Programa Saúde da Família. Em 2003, a Coordenação Geral da Política Nacional  
340 de Alimentação e Nutrição - CGPAN passou a ser vinculada ao Departamento de Atenção  
341 Básica da Secretaria de Atenção à Saúde - DAB/SAPS. Segundo, explicou que o contexto  
342 institucional, após 10 anos (2009) era muito diferente, com outras políticas temáticas, com  
343 destaque para: 2010 - 26 seminários estaduais e um nacional, em parceria com Comissão  
344 Intersetorial de Alimentação e Nutrição/Conselho Nacional de Saúde; 2011 - alinhamento com  
345 as necessidades de saúde da população brasileira derivadas de modificações no quadro  
346 epidemiológico e socioeconômico, novas direções de gestão e atenção à saúde adotadas no  
347 SUS nos últimos anos e responsabilidades do setor saúde junto ao SISAN; e nova versão da  
348 PNAN pactuada e aprovada na Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT,  
349 em 27 de outubro de 2011 (Portaria nº 2.715, de 17/11/11 - publicada no DOU em 18/11/11).  
350 Além disso, institucionalização do Sistema Alimentar e Nutricional e sua governança com o  
351 Conselho. Nesse contexto, disse que duas questões demandavam respostas: qual o papel da  
352 PNAN frente à institucionalização de uma política intersetorial de segurança alimentar e  
353 nutricional?; e as novas diretrizes e recomendações para atenção integral à saúde no SUS?  
354 Nessa linha, disse que houve atualização dos propósitos e diretrizes da Política: a melhoria das  
355 condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de  
356 práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e

357 o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição; e diretrizes: 1.  
358 Organização da Atenção Nutricional; 2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; 3.  
359 Vigilância Alimentar e Nutricional; 4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; 5.  
360 Participação e Controle Social; 6. Qualificação da Força de Trabalho; 7. Controle e Regulação  
361 dos Alimentos; 8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; e 9.  
362 Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional. Citou também os  
363 princípios, ou seja, os valores que dão base à PNAN: I - A Alimentação como elemento de  
364 humanização das práticas de saúde; II - O respeito à diversidade e à cultura alimentar; III - O  
365 fortalecimento da autonomia dos indivíduos; IV - A determinação social e a natureza  
366 interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição; e V - A segurança alimentar e  
367 nutricional com soberania. Salientou que a Política aponta que a atenção nutricional  
368 compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da  
369 saúde, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de agravos, devendo estar associados às  
370 demais ações de atenção à saúde do SUS para indivíduos, famílias e comunidades,  
371 contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.  
372 Acrescentou que a atenção nutricional deverá priorizar a realização de ações no âmbito da  
373 Atenção Básica, mas precisa incluir, de acordo com as necessidades dos usuários, outros  
374 pontos de atenção à saúde, como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços  
375 especializados, hospitalares, atenção domiciliar, entre outros no âmbito do SUS. Em que pese  
376 essas iniciativas, destacou que o cenário brasileiro persiste desde 2011: obesidade –  
377 crescimento em todos os grupos etários; doenças crônicas não transmissíveis – principal causa  
378 de mortalidade na população; desnutrição – redução significante, mas ainda prevalece em  
379 populações vulneráveis; e carências de micronutrientes – persiste especialmente em crianças e  
380 mulheres. Além disso, necessidades alimentares especiais (temporárias ou permanentes).  
381 Nesse contexto, salientou que é preciso considerar os determinantes sinérgicos da má  
382 nutrição, interseccionalidade, ferramenta analítica para compreender a sobreposição de  
383 desvantagens e discriminações sobre a situação alimentar e nutricional: classe social; raça;  
384 orientação sexual; identidade de gênero; e deficiência. Citou também as linhas de ação:  
385 organização do cuidado integral para doenças e agravos relacionados à má nutrição; vigilância  
386 alimentar e nutricional nos serviços da APS, pesquisas e inquéritos populacionais; e promoção  
387 da alimentação adequada e saudável. Por fim, citou oportunidades na agenda do SUS: Portaria  
388 GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, que institui a Política Nacional de Atenção  
389 Especializada em Saúde - PNAES, no âmbito do SUS; fases do curso da vida - ações de base  
390 familiar e comunitária – intersetorialidade nos territórios; possibilidade de inclusão do indicador  
391 de acompanhamento do estado nutricional como parte dos indicadores do cuidado para  
392 crianças, gestantes, idosos, pessoas com hipertensão e diabetes no âmbito do novo  
393 financiamento da APS – Componente de qualidade e indução de boas práticas; implementação  
394 da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) no eSUS APS; Portaria  
395 Interministerial MDS/MS nº 25, de 1º de Setembro de 2023, estabelece as orientações para  
396 priorização e organização da atenção aos indivíduos e famílias em insegurança alimentar e  
397 nutricional no âmbito da assistência social, saúde e segurança alimentar e nutricional;  
398 universalização com equidade do incentivo financeiro de apoio às Secretarias Estaduais e  
399 Municipais de Saúde para organização de ações de alimentação e nutrição na APS. LOA 2024:  
400 R\$140 milhões (41% a mais que repasses de 2023); incentivo de custeio - apoio às ações de  
401 alimentação e nutrição com base na PNAN; incentivo à priorização de ações de: promoção da  
402 alimentação adequada e saudável; vigilância alimentar e nutricional; prevenção dos agravos  
403 relacionados à alimentação e nutrição; e qualificação da força de trabalho em alimentação e  
404 nutrição; e oportunidades na agenda intersetorial para incidência sobre os determinantes e  
405 condicionantes da má nutrição. A segunda expositora foi a Vice-diretora da FSP-USP, **Patricia**  
406 **Jaime**, que iniciou declarando não possuir nenhum conflito de interesses real ou potencial em  
407 relação ao conteúdo da apresentação. Explicou que a participação na reunião possuía caráter  
408 estritamente científico e educacional, não havendo qualquer influência de empresas,  
409 organizações ou indivíduos com interesses comerciais ou financeiros nos tópicos abordados.  
410 Manifestou sua satisfação em retornar à reunião do Conselho, dez anos após tê-lo apresentado  
411 ao Plenário para fazer um balanço desse processo histórico e avaliar os resultados da decisão  
412 do CNS de aprovar um documento tão inovador. Também fez uma breve apresentação  
413 institucional, explicando ser a coordenadora científica do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas  
414 em Nutrição e Saúde – NUPENS/USP, órgão de integração da Universidade de São Paulo,  
415 criado em 1990 com a finalidade de estimular e desenvolver pesquisas populacionais em  
416 nutrição e saúde. O grupo realiza pesquisa científica com base em dois métodos -

epidemiologia nutricional e avaliação e políticas de saúde e propôs a classificação de alimentos Nova e criou o termo “alimentos ultraprocessados” na literatura científica nacional e internacional, que teve substancial aplicação em políticas públicas. Salientou que falar do Guia é sobretudo tratar de uma agenda coletiva e pública, composta por diversos atores sociais, públicos ou anônimos. São pessoas de diferentes áreas de atuação e inserção, comprometidas com o direito humano à alimentação adequada, à promoção da saúde e da SAN (gestores públicos, ativistas, movimentos sociais, acadêmicos, comunicadores, estudantes, nutricionistas e outros profissionais que têm feito a história do Guia). Lembrou que o Guia trouxe uma nova abordagem sobre como produzir recomendações alimentares para populações, considerando como regra de ouro “Prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados”. Ou seja, alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados; em variedade; predominantemente de origem vegetal; alimentos ultraprocessados evitados; estímulo à agricultura familiar, à economia local e à biodiversidade; cultura alimentar; e culinária culturalmente apropriada e saborosa. Recordou que as práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar foram organizadas em quatro dimensões: planejamento alimentar; modos de comer; organização doméstica; e escolha dos alimentos. Destacou que, ao definir a regra de ouro, o GAPB assume um novo e disruptivo paradigma compreensivo sobre a relação alimentação e processo saúde-doença-cuidado. Inclusive, frisou que evidências científicas acumuladas reforçam a atualidade das recomendações alimentares do Guia Alimentar brasileiro. Ressaltou que padrões alimentares ricos em alimentos ultraprocessados aumentam o risco de doenças e de morte na população. Nessa linha, citou pesquisa demonstrando que o consumo de ultraprocessados está associado a morte precoce e mais de trinta agravos à saúde humana. Fez referência a outro estudo que mostrou: 50% de morte relacionada a doenças cardiovasculares; e risco 12% maior de diabetes tipo 2 a cada 10% de aumento dos ultraprocessados na dieta. Além disso, enfatizou que padrões alimentares ricos em alimentos ultraprocessados degradam a natureza e comprometem a sustentabilidade dos sistemas alimentares. Nesse contexto, detalhou o impacto socioambiental das dietas ultraprocessadas: monotonia alimentar do campo à mesa; aumento das pegadas de carbono, hídrica e ecológica da alimentação; e perda da diversidade de espécies animais e vegetais utilizadas na alimentação e agricultura. Na agenda global, destacou que o GAPB possui forte “transferência de política”, com impacto em outros países que definiram documentos nesse sentido: América Latina: Brasil, Uruguai, Peru, Equador, México, Chile; Oriente Médio: Israel; Ásia: Malásia e Índia; e América do Norte: Canadá. Assim, na linha da disseminação e implementação do Guia, salientou que é necessário: base de diversos materiais de comunicação e educativos; referencial teórico para atenção nutricional do SUS; suporte para o planejamento estratégico de políticas de Saúde e de segurança alimentar e nutricional; e indução de políticas regulatórias e fiscais. Desse modo, frisou que o desafio é incorporar as recomendações do Guia na rotina do cuidado clínico ao longo do curso da vida. Nesse sentido, disse foram adotadas várias estratégias: disseminação dos documentos pelas universidades públicas; inclusão na comunicação jornalística, mídia e redes sociais; e definição de Parceria Nupens e Editora Panelinha (Rita Lobo) - Prato Feito Brasil, série documental com quatro episódios na TV aberta, com 16 milhões de espectadores. Entendo a necessidade de transformar as práticas de cuidado no SUS a partir do Guia, citou o projeto que desenvolveu os protocolos de uso do Guia Alimentar para a População brasileira na orientação alimentar individual. Também citou o QualiGuia, curso EAD oferecido pela Plataforma UNASUS, para formação de profissionais de profissionais de saúde para utilização dos Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira. Inclusive, destacou que esta iniciativa contribui para ampliar os marcadores de consumo alimentar do SISVAN e aumentar a vigilância alimentar e nutricional nos municípios. Em relação aos impactos, destacou o Decreto nº. 11.936, que regulamenta a composição da cesta básica brasileira (base de produtos *in natura* e minimamente processados); Decreto nº. 8.821, que dispõe sobre as ações de promoção da saúde no ambiente escolar; e Política Nacional de Abastecimento Alimentar que dialoga com o Guia. Por fim, solicitou que o CNS participe do debate da reforma tributária com apoio à proposta de tributo para bebidas açucaradas que tanto fazem mal à saúde da população e ao meio ambiente. (“reforma 3S” – saudável, solidária e sustentável). Considerando o quadro histórico complexo nesses dez anos de implementação do GAPB, disse que é necessário construir redes de apoio à proposição e manutenção de inovações nas políticas públicas de promoção da alimentação saudável e sustentável. Inclusive, disse que escreveu artigo, junto com o professor Carlos Monteiro, sobre os ataques que o Guia Alimentar vem sofrendo. Por fim, afirmou que o Guia Alimentar para a População Brasileira é exemplo de sucesso das

477 políticas públicas e é preciso persistir na sua efetiva implementação. A representante da  
478 UNEGRO Espírito Santo, **Adriana da Silva**, integrante da CIAN/CNS, fez reflexões sobre a  
479 Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN e os 10 Anos do Guia Alimentar Brasileiro,  
480 na perspectiva da população negra, maioria no Brasil. Lembrou que a Política Nacional de  
481 Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, atesta o compromisso do Ministério  
482 da Saúde com os males relacionados à escassez alimentar e à pobreza, sobretudo à  
483 desnutrição infantil e materna, bem como o complexo quadro já configurado no Brasil pelas  
484 altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade, na população adulta. Recordou que  
485 Segurança Alimentar e Nutricional – SAN consiste no direito de todas as pessoas ao acesso  
486 permanente a uma alimentação de qualidade baseada em práticas promotoras de saúde que  
487 respeitem a cultura e sejam ambiental, social e economicamente sustentáveis. Recordou que,  
488 no Brasil, o período de 2003 a 2014 foi o mais significativo na trajetória do Estado no combate  
489 à fome e na garantia do Direito Humano à Nutrição e à Alimentação Adequadas (DHANA).  
490 Todavia, o Informe DHANA 2019, publicado pela FIAN Brasil, em parceria com o Fórum  
491 Brasileiro de Segurança Alimentar Nutricional trouxe relatos dos retrocessos ocorridos desde o  
492 governo Temer como a Medida Provisória nº. 759/2016, que impacta negativamente na lógica  
493 de cadastramento de agricultoras (es) no INCRA; a publicação da Tese do Marco Temporal  
494 para Terras Indígenas que prejudica o assentamento dos povos originários; o aumento na  
495 violência do campo proveniente dos conflitos de terra; o aumento de 88% no desmatamento da  
496 Amazônia em relação a 2018; a extinção da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e  
497 Nutricional, que geria PAA e Cisternas, ocorrendo redução do orçamento na área; e aumento  
498 do número de agrotóxicos comercializados. Disse que essa grave situação ocorreu também em  
499 nível mundial, em razão dos conflitos da geopolítica internacional, como mostra o Relatório da  
500 ONU, com o aumento da Fome já atingindo a 821 milhões de pessoas no mundo. Disse que a  
501 gravidade em nível global também é apresentada no relatório do IPCC – Painel  
502 Intergovernamental Sobre Mudanças Climáticas (agosto/2019), com denúncia de que os  
503 sistemas alimentares hegemônicos estão sendo responsáveis pela produção de uma  
504 verdadeira sindemia global resultante da interação dos efeitos negativos de 3 pandemias:  
505 obesidade, desnutrição e mudanças climáticas. Frisou que a pandemia da COVID-19 agravou  
506 a fome no Brasil e, de acordo com o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no  
507 Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil, desenvolvido pela Rede Brasileira de Pesquisa  
508 em Soberania e Segurança Alimentar (Rede PENSSAN), em dezembro de 2020, a fome esteve  
509 presente em 10,7% das casas de pessoas negras, número maior que o encontrado nas de  
510 pessoas brancas (7,5%). Lembrou que pretos e pardos compõem a maior parte da população  
511 pobre brasileira, que mora nas periferias das grandes cidades e locais mais afastados das  
512 áreas rurais. São eles os mais vulneráveis às consequências sociais da crise econômica e  
513 sanitária. No entanto, mesmo antes da pandemia, essa parte da população já era a que mais  
514 sofria com os chamados desertos alimentares. Segundo dados da Pesquisa Nacional por  
515 Amostra de Domicílios (PNAD), publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
516 (IBGE), o número de pessoas negras, ou seja, que se autodeclararam pretas e pardas,  
517 constitui 56% do total da população brasileira em 2022 (IBGE, 2022). Se pessoas negras são  
518 mais da metade da população do Brasil, essa magnitude também se reflete nos maiores  
519 abismos que se evidenciam nos indicadores em saúde. Lembrou que o Brasil é o maior país  
520 em população negra fora da África, só ficando depois somente da Nigéria. Mas, apesar disso,  
521 são poucas as pesquisas a respeito da saúde da população negra, sobretudo, da segurança  
522 alimentar e nutricional. Salientou que, ao analisar as políticas públicas de saúde no âmbito da  
523 segurança alimentar e nutricional e os seus impactos na vida de homens e mulheres negras,  
524 percebe-se os desafios que precisam ser enfrentados. Lembrou que o país, de maioria negra,  
525 ainda mantém fortes assimetrias raciais, expressas sob a perspectiva da violação dos direitos  
526 humanos. Tais violações remetem ao racismo estrutural em suas múltiplas dimensões, como a  
527 individual, institucional, religiosa, recreativa, ambiental entre outras manifestações de graves  
528 violências. Diante disso, é preciso evitar leituras aligeiradas, acríticas e sem a preocupação de  
529 uma análise mais substantiva acerca da visibilidade demográfica das pessoas negras. Lembrou  
530 que pesquisas revelam que políticas públicas de equidade racial partem da mobilização da  
531 população negra, que participa ativamente das demandas, e buscam alinhá-las com as demais  
532 ações em saúde. No entanto, a redução das desigualdades étnico-raciais e os cuidados com  
533 hábitos alimentares da população negra brasileira necessita de atenção especial tanto no  
534 âmbito da gestão pública, quanto das reflexões acadêmicas, que pouco tratam o tema. Afirmou  
535 que o problema não é a escassez de alimentos, mas sim a falta de acesso. Frisou que pessoas  
536 pretas e pardas compõem a maior parte da população pobre brasileira, que mora nas periferias

537 das grandes cidades e locais mais afastados das áreas rurais. São eles os mais vulneráveis às  
538 consequências sociais da crise econômica e sanitária. No entanto, mesmo antes da pandemia,  
539 essa parte da população já era a que mais sofria com os chamados desertos alimentares.  
540 Como consequência, produtos industrializados e ultraprocessados chegam com mais facilidade  
541 tanto ao mercado quanto à dispensa das famílias. Nessa linha, lembrou que a falta de  
542 alimentação adequada e de atividade física são fatores fundamentais para o aumento de  
543 doenças crônicas. No mais, disseque o acesso a profissionais também é um problema, já que  
544 no SUS existem poucos nutricionistas por região nas unidades de saúde. No mais, salientou  
545 que ser negro no Brasil está relacionado diretamente aos declínios do acesso a serviços  
546 fundamentais como saúde, educação, renda, valorização dos saberes ancestrais, o que gera  
547 impacto na possibilidade de viver com dignidade da população negra. Destacou que um  
548 espelho dessa situação são os dados de insegurança alimentar que demonstram que a  
549 população negra é mais afetada por essa questão. Finalizando, afirmou que é preciso  
550 aprimorar os programas de políticas públicas para que atuem de fato no acesso dessa  
551 população aos serviços básicos para uma qualidade de vida ideal que todos merecem. Além  
552 disso, as políticas do país precisam considerar a população negra, que é a maioria no país e os  
553 conselhos locais precisam priorizar esta pauta, considerando recorte gênero e raça.  
554 **Manifestações.** Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** salientou que a insegurança alimentar  
555 e nutricional persiste no país, principalmente para os povos indígenas e os alimentos  
556 distribuídos, em cestas básicas, são industrializados, desconsiderando a cultura desse povo.  
557 Além disso, destacou que muitos indígenas, que saem das aldeias para buscar as cestas  
558 básicas de alimentos, não têm transporte para voltar, o que também é um dificultador. Por fim,  
559 disse que a desnutrição ainda é um problema do Brasil que acomete a população em situação  
560 de maior vulnerabilidade, com reflexos inclusive no desenvolvimento das crianças. Conselheiro  
561 **Marcos Pedrosa** saudou a mesa e lembrou o protagonismo do país na área de alimentação e  
562 nutrição, com referência ao trabalho do professor pesquisador Josué de Castro. Também  
563 manifestou satisfação com a divulgação das experiências exitosas do SUS/Brasil, a exemplo  
564 da Rede de Bancos de Leite e ressaltou que alimentação e nutrição são indissociáveis do  
565 cuidado integral defendido pelo Sistema. Por fim, frisou que o setor saúde possui papel  
566 importante no Programa Brasil sem Fome, lançado pelo Presidente da República. Conselheira  
567 **Paula Jhons** destacou a importância deste debate e salientou que é preciso continuar a defesa  
568 do consumo de “comida de verdade” (20% das calorias consumidas no Brasil são  
569 ultraprocessados, menos que outros países). Também solicitou o apoio à Campanha Reforma  
570 Saudável ([Reformasaudavel.org.br](http://Reformasaudavel.org.br)) que defende mais impostos para ultraprocessados e  
571 menos impostos para alimentos saudáveis. Por fim, fez menção ao livro “Gente  
572 ultraprocessada: por que comemos coisas que não são comida, e por que não conseguimos  
573 parar de comê-las”, de Chris van Tulleken, que duvidou da hipótese formulada pelo brasileiro  
574 Carlos Monteiro. O médico britânico entendia ser inviável que um grupo específico de produtos  
575 alimentícios — os ultraprocessados — pudesse ser responsabilizado pela explosão global dos  
576 índices de doenças crônicas não transmissíveis. Conselheira **Heliana Neves Hemetério dos**  
577 **Santos** cumprimentou a mesa pelas ricas explanações e enfatizou que a articulação de  
578 políticas públicas em relação à segurança alimentar nos diferentes espaços ainda não existe,  
579 porque o racismo ainda é uma realidade do país. Dessa forma, avaliou que é preciso ação  
580 individual para trabalhar contra o preconceito que existe em cada pessoa. Conselheira **Priscila**  
581 **Torres da Silva** fez um recorte sobre a pessoa com obesidade e a dificuldade para o  
582 tratamento, lembrando que o SUS possui apenas 37.537 nutricionistas na rede e 7.707 na  
583 atenção primária. Portanto, é preciso garantir as condições de acesso aos profissionais de  
584 nutrição na atenção primária à saúde e fortalecer o papel do nutricionista no cuidado básico.  
585 Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** salientou que é preciso avançar no debate sobre  
586 alimentação/nutrição, respeitando a cultura e a tradição dos povos e assegurando a qualidade  
587 dos alimentos produzidos. Conselheira **Ligia Aparecida Correa Cardieri** saudou as pessoas  
588 convidadas pelas explanações e sugeriu a elaboração de cartilha explicativa sobre o “Guia  
589 Alimentar para a População Brasileira”, com linguagem acessível, de fácil compreensão, para  
590 ser amplamente divulgada à população. Também perguntou sobre o incentivo aos hospitais  
591 públicos para que ofertem alimentos mais saudáveis e o que pode ser feito para enfrentar o  
592 problema do uso indiscriminado de agrotóxicos na produção de alimentos. Conselheira  
593 **Altamira Simões dos Santos de Sousa** também saudou a mesa pelas ricas explanações e,  
594 reconhecendo a importância do Guia, ponderou que é preciso considerar que populações  
595 específicas, como comunidades tradicionais e povos de terreiro, possuem cultura alimentar  
596 ligada ao sagrado e à herança ancestral. E, na questão da obesidade, salientou que é preciso

597 cuidado para não repetir padrões pré-definidos. Por fim, disse que é preciso lutar contra a lista  
598 de agrotóxicos que cresceu no último governo. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi**  
599 destacou a importância desta pauta e salientou que a força política de todas as pessoas  
600 possibilita, coletivamente, um retorno positivo para o povo brasileiro. Também destacou a  
601 importância da articulação das políticas públicas para além da saúde e reforçou a necessidade  
602 de um programa de desenvolvimento com geração de renda para que a política se materialize  
603 nos territórios. Nessa linha, reforçou a importância de fortalecer a agricultura familiar,  
604 estratégias como “cozinhas solidárias”, e a comunicação com a comunidade. Por fim, enfatizou  
605 a importância de agenda no G20 para tratar sobre alimentação, com respeito à diversidade do  
606 povo brasileiro. Conselheira **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa** chamou a atenção  
607 para a necessidade de garantir a distribuição de suplementos alimentares no SUS para  
608 pessoas que necessitem. Inclusive, frisou que esses produtos são essenciais para pessoas  
609 idosas que sofrem de sarcopenia, condição que enfraquece os ossos, aumentando risco de  
610 quedas, por exemplo. Sobre alimentos ultraprocessados, disse que a CIASCV/CNS, em  
611 parceria com a CIAN/CNS e a CIASB/CNS, realizou uma roda de conversa sobre o tema,  
612 demonstrando os prejuízos desses alimentos para as pessoas desde a infância até a velhice.  
613 Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos Filho** salientou que é preciso debater a questão do  
614 agronegócio nesta pauta. Lembrou que as principais culturas do país, que recebem grande  
615 volume de subsídios governamentais, são *commodities* (soja, milho e cana-de-açúcar) e não  
616 alimentos. Por outro lado, o Movimento Sem Terra - MST, maior produtor de arroz orgânico da  
617 América Latina, é discriminado e perseguido. Nessa linha, avaliou é preciso inverter a lógica  
618 vigente no país, com priorização da agricultura familiar, que produz alimento para a população  
619 brasileira, assegurando mais subsídios financeiros. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**  
620 destacou a importância deste debate e concordou que é preciso fortalecer o papel do  
621 nutricionista na APS. Nessa linha, frisou a importância do processo de educação alimentar,  
622 ressaltando que a alimentação é uma questão social. Também manifestou preocupação com a  
623 E-multi, pois a presença do nutricionista nessas equipes depende da especialidade que o  
624 gestor irá escolher para compor a equipe. Como encaminhamento, sugeriu a elaboração de  
625 recomendação ao Ministério da Saúde para ampliação do financiamento da APS e da Atenção  
626 Especializada visando o enfrentamento da insegurança alimentar e inclusão de nutricionistas  
627 na força de trabalho da saúde. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, sentindo-se  
628 contemplada nas falas anteriores, enfatizou que os movimentos na área de alimentação e  
629 nutrição são importantes, mas ainda insuficientes. Afirmou que a fome é um “projeto de  
630 sociedade e de Estado” e, diante do projeto de disputa grave e acirrada, é necessário unir mais  
631 forças para enfrentar a situação. Frisou que é preciso enfrentar o Estado mínimo, com defesa  
632 de políticas públicas que transformem a realidade atual. Por fim, salientou que é preciso  
633 reproduzir o debate desta pauta nos territórios (conselhos locais), interferir no processo de  
634 reforma tributária e dialogar com os candidatos às eleições municipais em defesa do SUS.  
635 Conselheira **Sílvia Cavalleire Araújo da Silva** saudou a mesa pelas explanações,  
636 especialmente a representante da UNEGRO/Espírito Santo, Adriana da Silva, que enfatizou a  
637 importância de atenção para a população em situação de maior vulnerabilidade. Recordou,  
638 inclusive, que parte da população brasileira consome alimentos fora do prazo de validade ou  
639 produtos ultraprocessados, por terem custo menor, e esta é uma questão que precisa ser  
640 enfrentada. Por fim, sugeriu que a elaboração de recomendação com vistas a evitar o  
641 desperdício de alimentos no país. **Retorno da mesa.** A representante da UNEGRO/Espírito  
642 Santo, **Adriana da Silva**, membro da CIAN/CNS, agradeceu as falas e fez as seguintes  
643 considerações: o racismo estrutural é uma realidade no país e, por consequência, ocorre  
644 extermínio da população negra jovem e aumento do índice de feminicídio de mulheres negras;  
645 é preciso debater o nutricídio, extermínio da população negra por meio da alimentação; é  
646 essencial ampliar as políticas voltadas a incluir profissionais nutricionistas no SUS; é preciso  
647 ser antirracista, na prática do dia a dia, observando a realidade dos territórios; e os diferentes  
648 precisam ser tratados de forma diferente (equidade), com recortes nas políticas específicas  
649 para que se possa avançar no país. A Coordenadora-Geral da CGAN/DEPPROS/SAPS/MS,  
650 **Kelly Poliany de Souza Alves**, também agradeceu as intervenções e comentou as seguintes  
651 questões: considerando os inquéritos populacionais brasileiros, observa-se que nenhum grupo  
652 populacional do país possui dieta baseada em alimentos ultraprocessados. Todavia, a  
653 tendência de consumo de ultraprocessados possui recorte raça/cor (os dois últimos inquéritos  
654 feitos pelo IBGE apontou dois grupos populacionais com maior consumo de calorias de  
655 alimentos ultraprocessados: população indígena (de 14 para 20%) e população negra); é  
656 preciso enfrentar esse quadro, fortalecendo o Guia Alimentar, a comida de verdade, a

657 ancestralidade, as competências sociais do cozinhar; Grupo de Pesquisa, em parceria com  
658 institutos, elaborou documento para debate do enfrentamento da monotonia dos sistemas  
659 agroalimentares no G-20; e é preciso trazer o sentido do Guia Alimentar para todos os  
660 profissionais de saúde da equipe da APS e da Equipe Multi, para além do profissional  
661 nutricionista. A Vice-diretora da FSP-USP, **Patrícia Jaime**, manifestou satisfação com o debate  
662 deste tema no Conselho, inclusive em outras oportunidades. A propósito, recordou que um dos  
663 resultados destes debates foi a construção, em parceria com o Culinafro, da UFRJ/Macaé, de  
664 projeto de promoção da alimentação adequada saudável em afro perspectiva, junto com povos  
665 tradicionais de matriz africana. Além disso, destacou que a perspectiva da ESF é que a prática  
666 do cuidado seja contextualizada com o território das pessoas usuárias. Nessa linha, está em  
667 desenvolvimento ferramenta para que os profissionais da APS realizarem o mapeamento  
668 alimentar do território. Além disso, está sendo desenvolvido projeto com a Universidade  
669 Federal da Paraíba para disseminação das práticas de educação popular em saúde voltadas  
670 para a promoção da alimentação adequada e saudável. No mais, pontou que: está previsto o  
671 lançamento do Programa Nacional de Abastecimento Alimentar, em outubro, que prevê  
672 estratégias para produção de alimentos; importância do preenchimento do inquérito de  
673 diagnóstico sobre a implementação da Política de Saúde da População Negra (até 15 de  
674 setembro), para diagnóstico e direcionamento das ações para implementação; e destaque para  
675 o aumento histórico do repasse para Estados e Municípios – de R\$ 57 milhões, em 2023, para  
676 R\$ 140,00 milhões em 2024. Por fim, convidou todos os integrantes do Conselho a participar  
677 do “SUS em pauta”, em 26 de setembro, sobre o tema “Importância do Plano Nacional de  
678 Agroecologia e Produção Orgânica e o Programa de Redução de Agrotóxicos para Proteção da  
679 Saúde”. Conselheira **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, coordenadora da CIAN/CNS, agradeceu  
680 a Mesa Diretora do CNS por pautar este tema e enfatizou que todos os profissionais devem  
681 envolver-se nesta pauta. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS,  
682 sintetizou os encaminhamentos que emergiram do debate. Conselheiro **Neilton Araújo de  
683 Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, acrescentou a seguinte proposta aos encaminhamentos:  
684 realizar mostra nacional de experiências bem sucedidas em práticas de atividades físicas  
685 (dispõe-se a contribuir com essa iniciativa). A mesa colocou em apreciação as propostas.  
686 **Deliberação: o Pleno aprovou as seguintes propostas:** 1) elaborar recomendação ao  
687 Ministério da Saúde para ampliação do financiamento da APS e da Atenção  
688 Especializada visando o enfrentamento da insegurança alimentar e inclusão de  
689 nutricionistas na força de trabalho da saúde; 2) elaborar cartilha explicativa sobre o  
690 “Guia Alimentar para a População Brasileira”, com linguagem acessível, de fácil  
691 compreensão, e dar ampla divulgação para a população; e 3) redigir recomendação com  
692 vistas a evitar o desperdício de alimentos no país. As propostas serão enviadas à  
693 CIAN/CNS para os devidos encaminhamentos. Com essa deliberação, a mesa agradeceu  
694 as convidadas e, às 12h47, encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram  
695 presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: nomes serão incluídos. Retomando, às  
696 14h, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 - A SAÚDE DO TRABALHADOR E  
697 DA TRABALHADORA - AMEAÇAS AO DIREITO HUMANO A SAÚDE** - *Apresentação:  
698 Benedito Carlos dos Santos*, Presidente do SINDIMOTOC/SP; **Edjane Rodrigues Silva**,  
699 Secretaria de Políticas Sociais da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura -  
700 CONTAG; **Luiz Henrique da Costa Leão**, Coordenador-Geral da Vigilância em Saúde do  
701 Trabalhador - CGVST/SVSA/MS; e conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho**, Coordenador da  
702 Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT/CNS.  
703 **Coordenação:** conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e  
704 conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheiro  
705 **Jacildo de Siqueira Pinho**, Coordenador da CISTT/CNS, saudou todas as pessoas e explicou  
706 que esta pauta inicia uma série de debates sobre saúde do trabalhador como processo  
707 preparatório para a 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 5ª  
708 CNSTT. O primeiro expositor foi o Presidente do SINDIMOTOC/SP, **Benedito Carlos dos  
709 Santos**, que falou sobre o trabalho da categoria de motoboy e os desafios enfrentados por este  
710 segmento de trabalhadores, para reflexão. Inicialmente, explicou que cerca de 8000000  
711 pessoas no Brasil desempenham a atividade de motoboy e muitos em condições de trabalho  
712 degradante. Inclusive, pontuou que o trabalho degradante é uma realidade em vários setores.  
713 Recordou que, em 2009, durante o governo Lula foi sancionada a Lei nº. 12.009/2009, que  
714 regulamenta o exercício das atividades dos profissionais em transporte de passageiros,  
715 “mototaxista”, em entrega de mercadorias e em serviço comunitário de rua, e “motoboy”, com o  
716 uso de motocicleta. Em 2011, foi publicada a Lei nº. 12.436, que prevê punição para

estabelecimentos que "incentivarem" seus motoboys a andar em alta velocidade para fazer entregas no menor tempo possível. Essa norma visou coibir práticas de estabelecimentos comerciais que estipulam limites no tempo de entrega para atrair o cliente. No ano de 2014, foi aprovada lei que estabeleceu adicional de periculosidade para trabalhadores motociclistas, mas a norma abrange somente os trabalhadores com carteira assinada (o que é minoria nesta categoria). Inclusive, avaliou que esta é uma questão importante para ser debatida na Conferência. Explicou que essa legislação, apesar de estar em vigor, não foi implementada na prática, inclusive por falta de fiscalização e de incentivo dos governos. Além disso, com o advento de plataformas digitais, o debate girou em torno de uma nova regulamentação do trabalho por aplicativo e não da aplicação da regulamentação já aprovada. A esse respeito, avaliou que não é necessária nova legislação, mais sim a implementação das leis já sancionadas, uma vez que a atividade é a mesma, ainda que ocorra por outros meios (antes, por ligação telefônica, agora, por aplicativos). Também afirmou que, do total de 34000 motociclistas do país, 17,5 mil não possui CNH, o que é muito grave e contribui para os índices de acidente. Salientou que a categoria de motoboys precisa ser vista com atenção, pois estão em situação de grande vulnerabilidade social. Em São Paulo, por exemplo, 80% são pessoas que moram em comunidades e não possuem condições de se alimentar adequadamente, o que contribui para aumentar os riscos de doenças. Além disso, lembrou que praticamente a totalidade desses profissionais são usuários do SUS, o que é uma questão a ser vista pelo governo e pela sociedade. O Coordenador-Geral da CGVST/SVSA/MS, **Luiz Henrique da Costa Leão**, iniciou cumprimentando todas as pessoas e agradecendo o convite para debater este tema importante e desafiador. Ressaltou que, ao tratar da saúde do trabalhador e da trabalhadora, do ponto de vista dos direitos humanos, é preciso considerar três objetos do desejo humano: trabalho; saúde e direitos. No caso do trabalho, a intenção é contribuir para a vida social; trabalhar e inscrever-se no mundo pelo trabalho, entendendo este como a capacidade de transformar a natureza em cultura, a matéria-prima em elementos da convivência social e que estrutura o mundo simbólico e o mundo material. O desejo por saúde para viver com potencialidade, ter bem-estar, alcançar o bem-viver. Ou seja, saúde na sua máxima expressão, com direito a transporte, a acesso aos serviços de saúde, condição digna na economia. No caso do Brasil, desejo pela capacidade de conviver com o diferente, acolhendo o outro na sua singularidade, na sua diferença, ou seja, direito ao reconhecimento mútuo. E o desejo por direitos, ou seja, ninguém deseja ter seu direito violado. Desse modo, explicou que a desarmonia entre esses três objetos do desejo humano significa ameaça aos direitos humanos, à garantia da dignidade humana. Nesse contexto, disse que o mundo do trabalho é um espaço de grandes injustiças, pois nele não necessariamente é possível expressar os desejos de ter trabalho, saúde (muitos perdem a saúde e a vida ao entrar no trabalho) e direitos (por conta da degradação das condições de trabalho, das condições de vida e de direitos na sociedade). Dessa forma, avaliou que um dos grandes desafios da Conferência é tentar responder a essa situação que traz angústia nas várias frações da classe trabalhadora. Nas suas palavras, a 5ª CNSTT, a exemplo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, deve ser um marco na busca da garantia da integridade, da dignidade e da liberdade humana, tendo como base a Constituição Federal, assegurando a saúde do trabalho como um direito humano universal. Salientou que isso implica na necessidade de pensar nas especificidades, pois a universalidade do direito não se ancora em uma lógica excludente. Nesse contexto, destacou a importância de debater questões específicas como trabalhadores de "plataformas" e da agricultura familiar. Salientou que o contexto do país é de "desarmonização" dos três desejos humanos, com reflexo em várias áreas do trabalho. No campo, por exemplo, a situação é de destruição, com degradação do ambiente e exploração da força de trabalho humana, além de uso de agroquímicos e agrotóxicos, contaminando o solo e a água. Nessa linha, salientou que é preciso ter uma relação de trabalho no campo que preserve as nascentes, com produção de alimentos sem agrotóxico, sem agroquímicos, priorizando o combate à fome da população e não apenas o desenvolvimento econômico. Inclusive, sinalizou que trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar do país têm sofrido pressão, pois o campo tem sido visto como local de desenvolvimento econômico que não respeita a diversidade do direito humano ao trabalho e à vida. Diante dessa pressão, populações tradicionais, quilombolas e agricultores familiares deixam o campo, buscando as periferias nas cidades. Além disso, esse movimento aumenta a violência no campo em todas as suas nuances, com impacto em diversas áreas. Salientou ainda que a exposição de trabalhadores e trabalhadoras aos agrotóxicos pode causar diversos problemas de saúde como câncer, neurotoxicidade, desregulação endócrina, distúrbios reprodutivos, doenças cardiovasculares, além de má-formação e morte fetal.

777 Também falou sobre os trabalhadores que trabalham por meio de plataformas digitais, exemplo  
778 típico de jornada exaustiva de trabalho (alguns trabalham por até 13 horas na direção de motos  
779 ou carros). Lembrou outras situações vivenciadas por esses profissionais que demonstram  
780 ameaça à garantia do direito humano à saúde: exposição às intempéries, à pressão térmica,  
781 estresse térmico, calor ou frio intenso, chuva, ruído das grandes cidades, pressão do trânsito.  
782 Salientou que essas pautas preocupam a sociedade, a academia e também a Coordenação  
783 Geral do Trabalhador do Ministério da saúde. Nessa linha, a Coordenação já vem trabalhando  
784 e definiu ações para o enfrentamento como a criação de curso presencial, executado com 335  
785 secretarias municipais de saúde para organizar ações relativas à população exposta a  
786 agrotóxico. Detalhou que foram 214 municípios priorizados, com 200.760 profissionais  
787 alcançados. Além disso, participação, junto com outras coordenações, da implementação da  
788 vigilância de populações expostas aos agrotóxicos, das condições das águas e do ar relativo;  
789 apoio ao Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos – Promara; e apoio a iniciativas de  
790 combate ao câncer relacionado ao trabalho. Além disso, citou como avanço a inclusão dos  
791 agrotóxicos na lista de doenças relacionadas ao trabalho, uma conquista liderada pela ex-  
792 coordenadora do CGVST/SVSA/MS, com apoio do controle social. Em relação aos fatores de  
793 risco, disse que a Coordenação definiu ações para melhorar e promover a saúde. No caso das  
794 plataformas, foram implementadas notas técnicas, uma delas para orientar a rede de saúde  
795 pública a melhorar a notificação dos acidentes, detalhando inclusive a relação do acidente de  
796 trânsito com trabalho. Por fim, disse que o desafio é grande, mas o trabalho articulado – gestão  
797 e controle social – possibilitará grandes avanços. A terceira expositora foi a Secretaria de  
798 Políticas Sociais da CONTAG, **Edjane Rodrigues Silva**, que iniciou cumprimentando todas as  
799 pessoas presentes e agradecendo o convite para participar deste debate. Na linha da saúde  
800 como direito humano, citou o art. 196 da Constituição de 1988: “A saúde é direito de todos e  
801 dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do  
802 risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços  
803 para sua promoção, proteção e recuperação”. Explicou que, na busca do alcance deste direito,  
804 a CONTAG vem lutando pela construção de um projeto de desenvolvimento para o meio rural  
805 “Projeto Alternativo de Desenvolvimento Rural Sustentável e Solidário – PADRSS”. Explicou  
806 que o PADRSS é o projeto político do Movimento Sindical de Trabalhadores e Trabalhadoras  
807 Rurais - MSTTR, cujos pilares estruturadores são: realização da reforma agrária ampla e  
808 massiva; fortalecimento e valorização da agricultura familiar; soberania alimentar e condições  
809 de vida e trabalho com justiça e dignidade; garantia da igualdade entre as pessoas; e Políticas  
810 de proteção social tais como: educação do campo, saúde integral, assistência técnica, moradia,  
811 esporte, cultura, lazer, previdência social, dentre outras. Acrescentou que é preciso ter um  
812 projeto alternativo de desenvolvimento rural em bases sustentáveis, inclusive por conta da  
813 concentração da terra. Segundo dados do INCRA, 2010: 85,9% das terras são minifúndios;  
814 21,4% da área e 1% dos imóveis têm mais de 1.000 ha, ocupando 44% da área –  
815 predominância do latifúndio; degradação ambiental: Brasil é um dos maiores consumidores de  
816 agrotóxico do mundo; degradação dos solos, desertificação, contaminação dos rios, lençóis  
817 freáticos e nascentes; e posicionamento neoliberal contra os subsídios para a agricultura  
818 familiar. Além disso, pontuou que é preciso considerar as disputas de projetos no país:  
819 monocultura/policultura; degradação ambiental; e preservação das vidas. Segundo, detalhou  
820 fatores de riscos afetam a saúde do trabalhador e da trabalhadora do campo: exposição direta  
821 ou indireta a diversos tipos de substâncias e agentes químicos (pulverizações aéreas,  
822 contaminação das águas dos solos e rios pelo uso de agrotóxicos); exposição dos  
823 trabalhadores e trabalhadoras a poeiras e fumaças, aumentando os riscos de doenças  
824 respiratórias; acidentes de trabalho com operação de máquinas e manuseio de equipamentos;  
825 mordidas e ataques de animais domésticos; picadas de animais peçonhentos (cobras,  
826 escorpiões, etc); acidentes para o deslocamento do trabalho, principalmente motocicletas); e  
827 saúde mental (incertezas no acesso a terra, falta de perspectiva de uma vida melhor para a  
828 juventude, violência no campo pela concentração das terras, conflitos agrários, avanço no  
829 consumo de drogas etc). Nessa linha, citou desafios que precisam ser enfrentados: garantir  
830 projeto de desenvolvimento para o campo com democratização do acesso a terra, geração de  
831 oportunidade de trabalho e renda com sustentabilidade ambiental e justiça social; fortalecer a  
832 Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas -  
833 PNSIPCA; e implementar as ações do Programa Nacional de Saneamento Rural - PNSR.  
834 Concluídas as exposições, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou a importância da  
835 articulação entre Ministério da Saúde e CNS no enfrentamento desta pauta. **Manifestações.** A  
836 ex-Coordenadora da CGSAT/MS, **Luciene Aguiar**, Chefe de Gabinete da Secretaria de

Vigilância em Saúde, agradeceu a oportunidade de fala e destacou o processo conjunto exitoso de preparação da preparação da 4<sup>a</sup> CNGTES, que irá debater temas importantes como consequências do trabalho, institucionalização da CGSAT, entre outros temas cientes. Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** reconheceu que o trabalho degradante é uma realidade no país e precisa ser enfrentada, todavia, ponderou que essa não é uma realidade de todos os setores. Explicou que o setor industrial, por exemplo, garante as condições adequadas de trabalho aos seus trabalhadores, com observância às normas de segurança. Inclusive, o trabalho na indústria é fiscalizado e empresas são multadas, no caso de irregularidades. Conselheira **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa** manifestou preocupação com a forma de direção dos motoqueiros, muitas vezes perigosas, aumentando o risco de acidentes. Além disso, destacou a importância de regulamentar a profissão de cuidador da pessoa idosa, inclusive para qualificar o cuidado dessas pessoas. Conselheira **Helenice Yemi Nakamura** destacou a importância deste tema e salientou que o mundo do trabalho precisa ser visto a partir de diversos fatores. Nessa linha, fez as seguintes perguntas para nortear o debate: como adequar o campo ocupação nos cadastros realizados nas UBS para refletir a diversidade das ocupações e suas especificidades?; como impactar na formação interdisciplinar de profissionais de saúde, da engenharia e do direito para assumir o trabalho como direito e a saúde como vida?; como estabelecer canais de comunicação eficazes e promover a colaboração entre unidades de saúde, sindicatos e órgãos responsáveis pela saúde do trabalhador?; e como ampliar as notificações das doenças relacionadas ao trabalho e dos acidentes de trabalho no SINAN? Conselheira **Débora Raymundo Melecchi** defendeu a saúde como direito, salientando que implica em valorizar a classe trabalhadora do campo e da floresta. No cenário atual, destacou pontos que precisam ser debatidos: inteligência artificial, que segue como uma forma excludente, inclusive sendo utilizado como processo de perseguição dos trabalhadores e trabalhadoras; papel da vigilância em saúde, especialmente no que diz respeito à atualização das normas reguladoras, que tem causado perda de proteção dos trabalhadores e trabalhadoras; e crescimento do adoecimento mental dos trabalhadores e trabalhadoras. Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales** salientou que a realidade dos trabalhadores no movimento sindical é complexa e, nesta pauta, é preciso falar de questões como garantia de direitos trabalhistas, de saúde mental e de acesso a terra. Inclusive, lembrou que muitos trabalhadores não possuem poder de escolha e, muitas vezes, são submetidos a trabalho análogo à escravidão (e faltam registros a esse respeito). Frisou que é preciso formar e capacitar profissionais de saúde da atenção primária sobre as questões relacionadas ao trabalho e também garantir direito trabalhista, emprego digno e justo, salário de excelência, sem se submeter ao setor privado. Encerrou reiterando que o trabalhador não deve ser visto como um "meio de exploração". Conselheira **Paula Jhons** destacou que é preciso debater os problemas perversidade deste mundo como falta de incentivo a quem produz comida de verdade (agricultura familiar) e uberização do trabalho. Nesse contexto, salientou que é preciso considerar que as grandes corporações transnacionais quase não pagam impostos, assim como os bilionários. Inclusive, ressaltou que as empresas que fazem pressão para pegar menos impostos são as mesmas que adoecem a população e recebem bilhões em subsídios, refletindo a precarização e a acumulação de capital. Por fim, disse que é preciso refletir sobre o direcionamento dos recursos públicos e subsídios e os reflexos na destruição do planeta. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos Filho** salientou que muitos são os desafios a serem debatidos nesta Conferência como reflexos da modernização, novos sistemas, uberização, entre outros. Além disso, é preciso fortalecer a luta pela terra e pela sobrevivência e defender a mudança de lógica vigente (maior incentivo ao agronegócio – R\$ 400 bilhões - e R\$ 75 bilhões para a agricultura familiar). Por fim, recordou que, em fevereiro de 2023, o Ministério Público do Trabalho resgatou 201 trabalhadores que estavam na situação de trabalho análogo à escravidão na segunda maior indústria produtora de vinho do Brasil. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** relatou sua história de trabalhador do campo desde criança, situação que ainda se repete até hoje e frisou que os trabalhadores rurais continuam vivendo de forma precária, sem garantia do direito humano à saúde. De outro lado, chamou a atenção para a precarização dos trabalhadores urbanos como motoboys, e os riscos que correm na sua profissão. **Retorno da mesa.** O Presidente do SINDIMOTOC/SP, **Benedito Carlos dos Santos**, agradeceu a CUT pelo convite e o CNS pela oportunidade de participar deste debate e pontuou os seguintes aspectos: a nota técnica com orientações sobre a notificação de acidentes de trabalho é essencial, porque terá impacto positivo nas políticas públicas (no caso dos motociclistas, por exemplo, a maioria dos acidentes é registrada como acidente de trânsito); o uso de motocicletas no campo tem aumentado e é preciso avaliar os impactos; a

uberização é a “escravidão digital” e a precarização está em todos os meios; e muitos são os casos de adoecimento e de suicídio entre motociclistas e motoristas. A Secretaria de Políticas Sociais da CONTAG, **Edjane Rodrigues Silva**, também agradeceu as contribuições do Conselho e sinalizou as seguintes questões: a perspectiva da saúde do trabalhador e do direito humano precisa ser compreendida como uma questão conjunta – trabalhadores e trabalhadoras; importância da participação da CONTAG no CNS e nas conferências de saúde para trazer as pautas da agricultura familiar e tentar modificar a realidade. Por fim, colocou a CONTAG à disposição para debater e fazer avançar as pautas das pessoas trabalhadoras rurais e agricultoras familiares. O Coordenador-Geral da CGVST/SVSA/MS, **Luiz Henrique da Costa Leão**, ressaltou a importância deste debate haja vista os desafios postos, inclusive considerando que o Brasil foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, em 2016, pelo crime de escravidão contemporânea. Pontuou os seguintes aspectos: a Coordenação possui a missão de garantir o direito humano à saúde no trabalho; é preciso conhecer e valorizar as experiências de cuidado à saúde do trabalhador; as normas regulamentadoras são avanços, mas é preciso refletir sobre o que não é suficiente, levando em conta o adoecimento e a morte de trabalhadores; é preciso avançar nos currículos de formação profissional, contemplando a vigilância, no sentido de organizar rede de saúde que evite o adoecimento da população; tem sido feito esforço para reduzir as fichas de notificação a duas – acidente de trabalho e agravo de notificação universal, mas é preciso avançar em outros campos (CBO, NAI, formas de classificar o trabalhador) para ter mais informações sobre a relação dos agravos com os processos e ambientes de trabalho; outro desafio a ser considerado é a intervenção nos processos de ambiente do trabalho para gerar mais informações e evitar o prevalecimento de doenças e mortes sob a qualidade de vida; e a 5<sup>a</sup> CNSTT será um momento importante de maturidade da sociedade para lidar com este tema sensível e difícil, mas necessário. Conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho**, coordenador da CISTT/CNS, salientou que é preciso ter uma ação específica em relação aos motoboys, haja vista as dificuldades enfrentadas por este segmento. Também destacou que os agricultores familiares são os que mais sofrem por conta do avanço do agronegócio para produção de *commodities*. Por fim, reforçou a importância de levar esta pauta para debate na 5<sup>a</sup> CNSTT e debater as melhores estratégias para garantir a saúde do trabalhador e da trabalhadora. Conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, sugeriu enviar as propostas que surgiram do debate à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS para os devidos encaminhamentos, em diálogo com as áreas e órgãos afins. Essas proposições também devem ser debatidas nas conferências previstas – 4<sup>a</sup> CNGTES e 5<sup>a</sup> CNSTT. Das propostas que surgiram do debate, a mesa citou as seguintes: 1) atualizar a legislação para incluir trabalhadores de aplicativos, garantindo que recebam os mesmos direitos e proteções que os trabalhadores com carteira assinada; 2) garantir um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CEREST em cada Região de Saúde do País; e 3) desenvolver e implementar protocolos claros e padronizados para notificação/registro de doenças e agravos. **Deliberação: o Pleno decidiu enviar as propostas que surgiram do debate à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS para os devidos encaminhamentos, em diálogo com as áreas e órgãos afins.** Essas proposições também devem ser debatidas nas conferências previstas – 4<sup>a</sup> CNGTES e 5<sup>a</sup> CNSTT. Das propostas que surgiram do debate, a mesa citou as seguintes: 1) atualizar a legislação para incluir trabalhadores de aplicativos, garantindo que recebam os mesmos direitos e proteções que os trabalhadores com carteira assinada; 2) garantir um Centro de Referência de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CEREST em cada Região de Saúde do País; e 3) desenvolver e implementar protocolos claros e padronizados para notificação/registro de doenças e agravos. Outras propostas que surgiram do debate que foram entregues à coordenação da mesa, mas não foram lidas: implementar auditorias regulares nas empresas e plataformas digitais para garantir o cumprimento das leis e regulamentações que protegem os motociclistas; fortalecer parcerias com órgãos de trânsito para monitorar a validade da CNH dos motociclistas e garantir que todos estejam devidamente habilitados; revisar e expandir as leis sobre periculosidade para cobrir todos motociclistas, independentemente do seu tipo de contrato; oferecer cursos de capacitação e segurança para motociclistas, com incentivos financeiros ou descontos em equipamentos de proteção; criar programas de certificação para garantir que todos os motociclistas possuam CNH adequada e estejam treinados para realizar suas funções com segurança; estabelecer parcerias com clínicas e hospitais para oferecer consultas médicas regulares e *check-ups* a preços reduzidos para os motociclistas; desenvolver

957       programas de apoio que garantam acesso à alimentação saudável para os motociclistas,  
958       incluindo parcerias com estabelecimentos para oferecer refeições a preços acessíveis; investir  
959       em melhorias na infraestrutura urbana, como a criação de rotas específicas para motociclistas  
960       e a melhoria das condições das vias; fornecer assistência jurídica para motociclistas que  
961       enfrentam problemas relacionados a contratos injustos ou disputas com empregadores; lançar  
962       campanhas de conscientização sobre a importância do respeito às leis de trânsito e à  
963       segurança dos motociclistas; implementar programas educativos para motoristas de carros,  
964       promovendo a segurança e o respeito pelos motociclistas nas vias; incentivar o  
965       desenvolvimento e a adoção de tecnologias de segurança, como sistemas de monitoramento e  
966       aplicativos de suporte para motociclistas; criar ou melhorar plataformas digitais que ofereçam  
967       suporte e benefícios para motociclistas, incluindo informações sobre segurança, legislação e  
968       oportunidades de trabalho; fortalecer a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do  
969       Campo, da Floresta e das Águas - PNSIPCFA; implementar as ações do Programa Nacional de  
970       Saneamento Rural - PNSR; fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador/as com  
971       destaque para reorganização da Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores no SUS com o  
972       objetivo de desenvolver um novo modelo de organização dos CERESTs (Resolução CNS nº.  
973       603/2018; assegurar profissionais com formação técnica e perfil para atender as demandas  
974       específicas das populações do campo, da floresta e das águas nos CERESTs; criar  
975       regulamentos para a profissão de cuidador de idosos, garantindo a formalização e  
976       reconhecimento legal da função; acompanhar e apoiar Projetos de Lei sobre cuidadores;  
977       revisar e expandir os campos de ocupação nos cadastros realizados nas unidades básicas de  
978       saúde para refletir a diversidade das ocupações e suas especificidades; desenvolver  
979       Programas de Formação Interdisciplinar sobre Saúde do Trabalhador - profissionais de saúde,  
980       engenharia e direito; incluir conteúdos relacionados à saúde do trabalhador nos currículos  
981       acadêmicos; e estabelecer canais de comunicação eficazes e promover a colaboração entre  
982       unidades de saúde, sindicatos e órgãos responsáveis pela saúde do trabalhador. **ITEM 5 -**  
983       **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO -**  
984       **CIRHRT – Informes. Pareceres de processos de autorização, reconhecimento e**  
985       **renovação de cursos de graduação da área da saúde - Apresentação:** conselheiro **João**  
986       **Pedro Santos da Silva**, Coordenador adjunto da Comissão Intersetorial de Recursos  
987       Humanos e Relação de Trabalho – CIRHRT. Coordenação: conselheira **Fernanda Lou Sans**  
988       **Magano**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, da  
989       Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheiro **João Pedro Santos da Silva**, Coordenador da  
990       CIRHRT/CNS, fez uma apresentação sobre os 28 pareceres elaborados pela Comissão, no  
991       período de 3 a 30 de agosto de 2024 (27 dias), sendo catorze insatisfatórios e catorze  
992       satisfatórios com recomendações. A situação dos processos analisados é a seguinte: **1)**  
993       Relação nº de processos analisados e curso – número de processos analisados e ato  
994       regulatório - Autorização: 5; Autorização vinculada a Credenciamento fora da sede – 0;  
995       Autorização vinculada a Credenciamento: 2; e Reconhecimento: 21; **2)** Relação nº de  
996       processos analisados e Curso - Enfermagem: 1; Medicina: 15; Odontologia: 3; e Psicologia: 9;  
997       **3)** Relação de cursos e tipo de ato regulatório: Enfermagem: 1 de autorização, 2 de  
998       reconhecimento e 1 de autorização vinculada a credenciamento; Medicina: 1 de Autorização  
999       vinculada a credenciamento e 14 de reconhecimento; Odontologia: 2 de Reconhecimento e 1  
1000       de autorização vinculada a credenciamento; Psicologia: 1 de Autorização e 10 de  
1001       Reconhecimento; e **4)** Relação nº de processos analisados e parecer final: 14 insatisfatórios; e  
1002       14 satisfatórios com recomendações. Não havendo manifestações, a mesa colocou em  
1003       votação os pareceres. **Deliberação: aprovados, por maioria, uma abstenção, os 28**  
1004       **processos apresentados pela CIRHRT/CNS.** Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da  
1005       Mesa Diretora do CNS, fez os seguintes informes gerais da CIRHRT: câmaras técnicas da  
1006       CIRHRT/CNS estão em pleno funcionamento; Comissão continua debatendo e defendendo  
1007       posição contra os cursos de graduação em saúde na modalidade EaD e o retorno de cursos  
1008       totalmente EaD para presencial; foi realizada reunião virtual da CIRHRT/CNS com a Secretaria  
1009       da SERES/MEC, Marta Bramo, sobre a Portaria do MEC nº. 528, de 6 de junho de 2024, que  
1010       estabelece um novo marco regulatório para a oferta de cursos de graduação na modalidade  
1011       EaD – na oportunidade, a Comissão defendeu seu posicionamento; foi solicitada nova  
1012       reunião, presencial, com o MEC para aprofundar o debate deste tema; a ideia é elaborar novo  
1013       documento do CNS contra para a oferta de cursos de graduação na modalidade EaD, para  
1014       evitar que esse processo avance. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** reforçou a  
1015       necessidade de mais visibilidade, nas redes sociais, à posição do CNS em defesa da formação  
1016       em saúde na forma presencial. Conselheiro **Carlos Alberto Eilert** manifestou preocupação

1017 com cursos de graduação em saúde na modalidade EaD e reiterou que o fórum do Conselho  
1018 Federal de Educação Física estava realizando levantamento de cursos de educação física  
1019 nessa condição e tentando uma reunião com o MEC para tratar desse tema há três anos, mas  
1020 sem sucesso. Assim, colocou a entidade à disposição para contribuir neste debate.  
1021 Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS, explicou que é possível  
1022 ampliar o diálogo com o CFEF sobre educação EAD e orientar a ASCOM/CNS para maior  
1023 divulgação do posicionamento do Conselho contra cursos de saúde nesta modalidade.  
1024 Conselheiro **João Pedro Santos da Silva**, Coordenador adjunto da CIRHRT, destacou a  
1025 importância do apoio de todas as entidades que compõem o Conselho à posição contrária do  
1026 Conselho à autorização de qualquer curso de graduação em saúde na modalidade EaD, por se  
1027 tratar de um processo de precarização do ensino em prol do lucro, que coloca o SUS em risco.  
1028 Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** reiterou que a Comissão continuará a acompanhar  
1029 este tema e, inclusive, informou que será sugerida a realização de roda de conversa do Projeto  
1030 Participa Mais para tratar sobre posição contrária do Conselho à autorização de qualquer curso  
1031 de graduação em saúde na modalidade EaD. Definido esse ponto, a mesa de coordenação  
1032 encerrou este ponto de pauta. **ITEM 6 - AS ORIENTAÇÕES SEXUAIS E O IMPACTO SOCIAL**  
1033 **ATUAL NA SAÚDE** - Apresentação: **Aline Luana de Oliveira Chaves**, Coordenação Nacional  
1034 do Coletivo LGBTI+ do Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra - MST; **Lilian Silva**  
1035 **Gonsalves**, Coordenadora de Acesso e Equidade - CAEQ/DESCO/SAPS/MS; **Luanda Pires**,  
1036 Cofundadora e Presidenta da Associação Brasileira de Mulheres Lésbicas, Bissexuais,  
1037 Travestis, Transexuais e Intersexos - ABMLBTI; e conselheira **Shirley Mashal Diaz Morales**,  
1038 Coordenadora Adjunta da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU/CNS.  
1039 Coordenação: conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS;  
1040 e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheira  
1041 **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, explicou que esta pauta foi sugerida pela Comissão  
1042 Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade – CIPPE/CNS e pela Comissão  
1043 Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU/CNS e reiterou a importância deste debate inclusive  
1044 para entender o significado de orientação sexual e enfrentar o preconceito relativos a essas  
1045 orientações. Conselheira **Shirley Mashal Diaz Morales**, Coordenadora Adjunta da  
1046 CISMU/CNS, agradeceu a Mesa Diretora do CNS por pautar este tema e sinalizou que as  
1047 Comissões propuseram este debate, diante da importância de compreender a diversidade da  
1048 população e construir políticas públicas que respondam a essa condição. Destacou que o  
1049 preconceito acerca da orientação sexual ainda é muito forte na sociedade e é preciso ampliar a  
1050 discussão para que essa orientação não seja um ponto de preconceito e discriminação e que  
1051 sejam definidas políticas públicas que respondam à diversidade. Recordou, inclusive, que a  
1052 Constituição Federal Brasileira assegura o direito à diversidade, e reiterou a importância da  
1053 participação de todas as pessoas no enfrentamento aos diversos tipos de preconceito e  
1054 discriminação de forma mais efetiva. Após essas considerações iniciais, foi aberta às  
1055 convidadas para explanações. Antes das exposições, a mesa fez a leitura do currículo de cada  
1056 uma delas, para conhecimento. A primeira expositora foi a Cofundadora e Presidenta da  
1057 ABMLBTI, **Luanda Pires**, que fez provocações sobre a temática para reflexão conjunta sobre a  
1058 necessidade de um olhar direcionado para as mulheres lésbicas, bissexuais, trans e  
1059 intersexuais - LBTI na definição de políticas públicas de saúde. Agradeceu o convite para  
1060 participar deste debate e aproveitou para reconhecer o papel importante do CNS na construção  
1061 das políticas públicas efetivas, interseccionais e intersetoriais. Salientou que, ao tratar dos  
1062 desafios enfrentados por mulheres LBTIS (cerceamento de direitos, dificuldade de acesso ao  
1063 atendimento, discriminação, negligência), é preciso refletir sobre o surgimento desses  
1064 preconceitos e os motivos pelos quais essas discriminações ainda estruturam a sociedade.  
1065 Explicou que gênero e sexualidade são conceitos relacionais históricos, constituídos na época  
1066 da colonização, fundamentais para a implementação do sistema colonial europeu ao redor do  
1067 mundo, e também do sistema capitalista. Assim, a divisão da humanidade em gênero e raça e  
1068 a referência do “homem universal” como europeu, branco, cisgênero e heterossexual foram  
1069 fundamentais para construção da falsa hegemonia que há na sociedade como um todo. Além  
1070 disso, pontuou que, ao falar de gênero e sexualidade e as dificuldades de mulheres LBTIs no  
1071 acesso às ações de serviços públicos de saúde, é preciso considerar como o capitalismo e a  
1072 moral cristã também permeiam esses conceitos, fundam as discriminações e impedem o  
1073 combate à LGBTfobia. Recordou que o Brasil é um dos poucos países no mundo que  
1074 criminalizou LGBTfobia, mas ainda é um dos mais inseguros para essa população. Segundo  
1075 dados, pelo 16º ano consecutivo, o Brasil é o país que mais mata mulheres transexuais no  
1076 mundo e a violência contra a população LGBT aumenta a cada ano. Desse modo, reiterou a

importância de políticas públicas educativas e de orientação voltadas aos vários setores, para mudar esse quadro. Explicou que a comunidade LGBTQIAP rompe a moral cristã de que o sexo é uma prática exclusiva do casamento heterossexual, uma ideia fundada no início da sociedade (a mulher sai da “propriedade” do pai para o marido e o sexo possui a finalidade única de procriação). Disse que essa “moral cristã” está arraigada na sociedade brasileira, considerando inclusive que o Brasil é um país essencialmente cristão, o que dificulta o combate à violência contra a comunidade LGBTQIAP. Reconheceu que houve avanços na garantia dos direitos das mulheres, entre eles, Lei Maria da Penha (que protege também mulheres lésbicas, transexuais e bissexuais), mas é preciso refletir porque esses direitos não são efetivados. Lembrou que o assassinato de mulheres sempre foi uma realidade, na época da colonização, a “caça às bruxas”, execução de mulheres, inclusive utilizada como ferramenta para conseguir territórios e, hoje, ocorre na forma de feminicídio, lesbocídio e transfeminicídio. De acordo com relatórios da Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA, a maioria de mulheres transexuais assassinadas está na idade média de 35 anos de idade. Além disso, frisou que o Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP publica anualmente o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, que reúne dados do setor de segurança pública no Brasil, inclusive sobre violência contra as mulheres. Todavia, é preciso considerar que esses dados são subnotificados. Salientou que o sistema de justiça precisa adaptar-se aos novos regramentos e às questões de gênero, raça e classe, a fim de conseguir implementar, de fato, as leis. Destacou, ainda, que as vítimas de feminicídio no Brasil, mulheres cisgênero e heterossexual, com média de idade de 35 anos, foram assassinadas dentro de casa por seus companheiros. Ou seja, a maior parte da população, que é feminina, está sendo assassinada em razão de gênero, e a sociedade não consegue desconstruir os conceitos que causam esses assassinatos de mulheres - lésbicas, bissexuais, transexuais, intersexo ou cisgêneras. Frisou que este é um problema social, porque a sociedade ignora os dados e é essencial entender a diversidade, que precisa ser pautada de acordo com suas subjetividades e as discriminações a elas direcionadas. Afirmou que as discriminações criadas no período colonial ainda estruturam a sociedade, portanto, é essencial combatê-las para proteger as mulheres, de acordo com os recortes necessários. Nessa linha, lembrou que as mulheres negras são as mais violentadas e assassinadas; mulheres lésbicas ou mulheres bissexuais enfrentam dificuldade para conseguir atendimento de saúde, além de recusa e negligenciamento. Inclusive, lembrou que o Supremo Tribunal Federal reconheceu a LGBTfobia como uma discriminação racista, assim, a recusa e a negligência no atendimento, além de discriminatórias e inconstitucionais, têm impacto direto no SUS, causando adoecimento e morte desta parcela da população. Disse que na última reunião do Conselho Nacional de Direitos das Mulheres foi assinado acordo entre o Ministério dos Direitos Humanos e Ministério das Mulheres para fomento de pesquisas e políticas públicas voltadas à saúde das mulheres LGBTIs. Finalizando, sugeriu que o Conselho, em parceria com outros espaços sociais, proponha protocolos para ensinar a enfrentar as discriminações que influenciam os serviços de saúde. A segunda expositora foi **Aline Luana de Oliveira Chaves**, Coordenação Nacional do Coletivo LGBTI+ do MST, que começou agradecendo o convite e afirmado que existe uma estrutura social enraizada em preconceitos racistas e patriarcais, que dificulta a inclusão e acolhimento da população LGBTQIA+ em questão nos ambientes da saúde. Um exemplo recorrente é a falta de reconhecimento do nome social de pessoas trans ao não serem tratadas pelo nome social ou ao gênero com o qual se identificam, mesmo antes de formalizarem sua retificação legal. Disse que as pessoas se sentem desrespeitadas e expostas a situações de violência, e a falta de respeitabilidade compromete a prestação de cuidados integrais à saúde dessas pessoas. Destacou que a dificuldade vivenciada por esta população guarda relação com o padrão heteronormativo que os classifica como “diferentes” e cria grande desigualdade contra essas pessoas nos serviços de saúde. Assim, o próprio sistema constitui e padroniza cuidados médicos conforme as genitálias de nascimentos dos sujeitos – o que gera uma série de violências, como por exemplo, a restrição do acesso a exames e consultas ginecológicas de homens trans. Explicou que a construção das políticas públicas para a população LGBTQIA+ é caracterizada pela participação social na definição de suas prioridades. Nessa linha, abordou algumas razões pelas quais as demandas por políticas públicas e ações afirmativas e/ou preparatórias se configuram em questões públicas. Lembrou que as políticas públicas do Brasil estão engendradas ao recorte binário cisgênero heterossexual que não/ou pouco contempla as necessidades específicas de lésbicas e sapatão, (re) produzindo precariedade e desigualdade no reconhecimento da diversidade. Considerando as desigualdades de acesso aos serviços públicos, são necessárias medidas para ampliar a cobertura de atenção à saúde em ações específicas para lésbicas para

1137 promoção de equidade. Além disso, é necessário que o Estado escute as demandas de  
1138 mulheres lésbicas. Nessa linha, citou prioridades de ações afirmativas e/ou reparatórias nas  
1139 áreas das políticas públicas em questão: cursos de formação profissionais e gestoras/es da  
1140 saúde para atender às especificidades das pessoas LGBTQIA+, considerando os marcadores  
1141 sociais e a diferença dos diversos territórios, erradicando as situações de discriminação nos  
1142 serviços saúde; criação de normas, protocolos de atenção à saúde de lésbicas, focando a rede  
1143 existente e não criando serviços específicos/excludentes, o que inclui mental, geriátrica, sexual  
1144 reprodutiva, divulgando direito para lésbicas em todos os territórios; produção de dados sobre a  
1145 saúde lésbicas, com inclusão da orientação sexual e expressão gênero nos indicadores  
1146 oficiais; pesquisa para ampliação do conhecimento sobre as necessidades de saúde e para o  
1147 desenvolvimento de ações adequadas e eficazes de proteção contra ISTs e HIV/Aids para  
1148 lésbica; atualização da caderneta de saúde de lésbicas, considerando as demandas  
1149 específicas da saúde de lésbicas; e Caderneta da gestante: inserir informações sobre a dupla  
1150 maternidade lésbica, seja no caso de inseminação caseira ou de métodos tradicionais de  
1151 reprodução humana. Também citou desafios a serem enfrentados: reconhecer e chegar às  
1152 diferentes realidades – para além dos grandes centros, esta população está nas periferias, nos  
1153 interiores dos estados, no campo, nos quilombos, nas regiões das águas e florestas;  
1154 dificuldade de coleta de dados no acesso a saúde, sistema da atenção básica e especializada; e  
1155 formação permanente e continuada com trabalhadoras e trabalhadores, que trabalham na área  
1156 da saúde, desde os agentes de saúde familiar, até as secretarias órgãos correspondentes tanto  
1157 em relação às políticas equidade, acerca importância do preenchimento adequado formulários  
1158 das questões relativas a pessoas LGBTQIA+, para garantir uma abordagem acolhedora  
1159 respeitosa. Além disso, salientou que a conscientização sobre todas as formas de violência  
1160 contra as pessoas LGBTQIA+ começa ao buscar, de forma coletiva, caminhos e práticas para  
1161 superá-las. Se as normas sociais influenciam e regulamentam a configuração de corpos,  
1162 identidades de gênero e sexualidades, bem como os padrões associados a eles, os  
1163 movimentos sociais enfatizam que a diversidade e as capacidades da vida humana devem ser  
1164 reconhecidas em sua totalidade. Por último, expôs a coordenadora de Acesso e Equidade  
1165 (CAEQ/DESCO/SAPS/MS), **Lilian Silva Gonsalves**, que abordou o tema a partir dos seguintes  
1166 tópicos: aspectos históricos e interseccionais; direitos da diversidade sexual; Políticas de  
1167 Saúde; acesso e organização dos serviços de saúde; e desafios. No que se refere aos  
1168 aspectos históricos e interseccionais, explicou que questões morais e éticas foram muito  
1169 impostas às sexualidades para poder legitimar discursos discriminatórios. Na cultura ocidental,  
1170 a religião é um exemplo de como se exerce o papel sobre o controle do corpo e se produz um  
1171 saber sobre sexualidade, quando se estabelece as primeiras normas para o celibato dos  
1172 padres, e o papel da mulher junto ao sexo, que passou a ser meramente para procriação,  
1173 sendo o prazer e o desejo repreendidos. Posteriormente, "desvios" e "normalidade" foram  
1174 grandes marcadores do discurso médico do século XIX, que trazem para si vários aspectos  
1175 morais do que seria considerado "normal". Desde então, a medicina passou a ser uma entidade  
1176 oficial que tinha o poder de categorizar aspectos do comportamento humano em prol da Igreja.  
1177 Destacou que o poder atribuído às ciências médicas nunca deixou de ser atravessado pelo  
1178 contexto social, político e cultural. Historicamente, o grande exemplo desse processo foi o  
1179 surgimento do racismo científico no qual inúmeras ideias eugenistas – movimento  
1180 essencialmente social que visava a exclusão de "elementos indesejados" da sociedade a fim  
1181 de "melhorar" a população - no século XX "justificavam" as atrocidades da Segunda Guerra  
1182 Mundial, a exemplo: câmara de gás para ciganos, população negra, "desviantes sexuais" e  
1183 "degenerados". No caso do Brasil, explicou que essas ciências médicas foram apresentadas às  
1184 faculdades no ideal do embranquecimento da população mestiça e no processo "civilizatório"  
1185 imposto à população indígena. Nos anos 80, surgiu a Teoria Queer, que a partir de estudos  
1186 gays, lésbicos e feministas, contestam e desconstroem normas sociossexuais (cis  
1187 heterossexual e patriarcal), afirmando que a orientação sexual e identidade de gênero das  
1188 pessoas são atos construídos socialmente e que, portanto, não existiriam papéis sexuais inatos  
1189 ou biologicamente determinados. Disse que a Teoria Queer tem contribuído para questionar  
1190 padrões de identidades, contribuindo para a aquisição de direitos e redução de desigualdades.  
1191 As identidades, e o que é autorizado ou não por cada uma delas, seriam formas variáveis de se  
1192 estabelecer um papel sexual. A teoria analisa os processos sociais a partir do estranhamento  
1193 do olhar, questionando a ideia de identidades normais ou "desviantes" e de desejos como  
1194 legítimos e ilegítimos. Ainda sobre os aspectos históricos e interseccionais, explicou que  
1195 sexualidade refere-se a aspectos centrais da vida do ser humano que abrange corpo, sexo,  
1196 identidades, papéis e expressões de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e

reprodução. Acrescentou que a sexualidade está intrinsecamente relacionada com as principais questões que atravessam a atualidade, como as étnico-raciais, o terrorismo, a migração, os conflitos do mundo neocapitalista e as relações pós/neocoloniais. O (não) lugar dos corpos negros e indígenas nos debates sobre sexualidade expõe a necessidade de incluir nessa reflexão outros processos sociais para além da desigualdade sexual, como o racismo e o etnocentrismo. Explicou que a colonialidade tem como conceito e característica analisar os diversos tipos de opressão definidos a partir de estruturas de gênero, etnia e raça. É uma forma de conhecer e desafiar aspectos que tomam o Ocidente, a branquitude, o masculino e a heterossexualidade como medida do humano. No que diz respeito aos direitos da diversidade sexual, explicou que os direitos sexuais, hoje tidos como direitos humanos, asseguram o livre exercício da sexualidade, da autonomia na tomada de decisões sobre o próprio corpo e a igualdade de gênero. Além disso, englobam outras garantias, dentre elas o direito à saúde integral regulamentado pela legislação brasileira. Detalhou que a noção de que as identidades sexuais não heterossexuais seriam "patologias", caracterizadas como "transtornos ou inversões sexuais" de pessoas "degeneradas" a serem "curadas" é considerada ultrapassada. Atualmente, reconhecem-se as identidades LGBTIA+ como parte da diversidade humana com igual dignidade às demais. Portanto, é preciso superar a compreensão que via essas identidades como "espécies de homossexualidades", para o reconhecimento das especificidades das questões de saúde de cada um dos segmentos da sigla. Sobre as Políticas de Saúde, explicou que o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Atualmente, a Portaria que institui a Política encontra-se na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017. Detalhou que a Política Nacional de Saúde LGBT é determinante na elaboração das políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população. É também um documento indicador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade. A Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade, a equidade em saúde e com a efetiva participação da comunidade. Acrescentou que os cidadãos que utilizam o nome social têm esse direito resguardado pelo Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016, assim como, definições orientadoras pela Política LGBT e pela Carta de Direitos dos Usuários da Saúde. A Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, e apresenta a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde. Inclusive, destacou que o CNS é um agente importante para a implementação da Política LGBT no SUS, pois o Conselho possibilita que usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços tenham lugar no processo de tomada de decisões sobre a formulação e execução das políticas de saúde. Essa composição ajuda a garantir que as necessidades da população sejam consideradas nas políticas públicas e que os recursos sejam usados de maneira adequada. Feito essa contextualização, apresentou as ações da Coordenação do Acesso e Equidade - CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS voltadas a promoção do acesso e equidade em saúde: **a)** Acesso e organização dos serviços de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB é a estratégia que articula o acesso da população LGBTIA+ à rede de atenção à saúde, por meio das atividades desenvolvida pelas Unidades Básicas de Saúde e no território, de forma compartilhada com as equipes da Estratégia Saúde da Família, bem como serviços e equipes em todos os níveis de atenção do SUS, e em parceria com outras instituições públicas e da sociedade civil. As estratégias de promoção do acesso à saúde da população LGBTIA+ visam, sobretudo, afastar a discriminação e o preconceito no sistema de saúde e promover o acesso aos serviços de saúde que atendam às necessidades de saúde dessa população. Este deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores da saúde; **b)** Serviço: qualificação dos campos do e-SUS APS e CadSUS - processo de qualificação dos campos do e-SUS APS e CadSUS, com o objetivo de construir um conjunto mínimo de dados relacionados à equidade. Esse esforço visa garantir que as informações registradas nos sistemas de saúde sejam aprimoradas e reflitam as singularidades das populações, assegurando um acompanhamento mais preciso e eficaz. Quesitos de Equidade (material em elaboração) - Os quesitos da equidade são os campos que contêm informações que permitem identificar as populações em situação de vulnerabilidade presentes nos territórios, é com base nesses registros realizados por profissionais que atuam na APS que a gestão – de todas as esferas administrativas – e as próprias equipes poderão visualizar a realidade sociodemográfica e epidemiológica local. **c)** Articulação intra sectorial: Comitê Técnico de Saúde LGBTIA+. O

1257 Comitê Técnico de Saúde da População Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transexual,  
1258 Intersexo, Assexual e Outras (Comitê Técnico de Saúde LGBTIA+), tem por objetivo rearticular  
1259 a participação social no âmbito do Ministério da Saúde. A rearticulação do Comitê atende a  
1260 demanda apresentada por movimentos sociais à Coordenação do Acesso e Equidade  
1261 (Caeq/CGESCO/Desco/Saps/MS). Vale ressaltar que o referido Comitê não se reunia desde a  
1262 extinção da sua antiga coordenação, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
1263 (SGEP/MS). *Status de atualização:* em ajustes para retorno à Consultoria Jurídica do MS. **d)**  
1264 Participação social - participação social no Comitê Técnico de Saúde LGBTIA+. As  
1265 representações do Comitê Técnico de Saúde desempenham um papel fundamental no debate  
1266 sobre os cuidados de saúde para pessoas LGBTIA+, desta maneira, os atores sociais são  
1267 incluídos nos processos decisórios do país, com o objetivo de influenciarem a definição e a  
1268 execução da política de saúde. É crucial ressaltar a importância das pautas prioritárias do  
1269 Ministério da Saúde, incluindo a participação ativa da juventude, do povo do campo, das  
1270 pessoas negras, dos povos indígenas e das mulheres migrantes. **e)** Articulação intersetorial -  
1271 Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+. O governo federal instituiu o  
1272 Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis,  
1273 Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras - CNLGBTQIA+. A criação do Conselho  
1274 reforça o compromisso em fortalecer o diálogo e assegurar a participação social na formulação  
1275 de políticas que assegurem condições de igualdade, equidade e garantia de direitos  
1276 fundamentais, fortaleçam o respeito e propiciem cuidado às pessoas LGBTIA+. Entre suas  
1277 atribuições, o Conselho irá atuar na construção de ações governamentais e no  
1278 acompanhamento de matérias legislativas que tenham implicações sobre as pessoas  
1279 LGBTIA+. **f)** Formação – Curso UNASUS: Cuidado Integral à População LGBTQIAPN+:  
1280 promoção do acesso, equidade e integralidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Carga  
1281 Horária: 45h. Público alvo: gestores, trabalhadores da saúde e sociedade civil. Objetivo geral:  
1282 Oferecer ações educativas em saúde de pessoas LGBTQIAPN+ centradas no profissional de  
1283 saúde para promover saúde adequadamente a este grupo populacional. Na linha das  
1284 Campanhas, citou a Semana da Visibilidade Lésbica: respeito e incentivo à autodeclaração a  
1285 partir da atualização da ficha de cadastro individual e o acesso à saúde e o cuidado integral à  
1286 saúde, os cuidados em saúde e suas expressões e a oferta de serviços na APS. No que diz  
1287 respeito aos desafios, salientou que o reconhecimento das demandas dessa população  
1288 contribui para alcançar os princípios que norteiam o SUS. Identidade de gênero e orientação  
1289 sexual não-hegemônicas são fontes de iniquidades e por si só precisam ser consideradas no  
1290 planejamento de ações de saúde. Nessa linha, elencou problemas enfrentados pela população  
1291 LGBTIA+, sinalizando avanços necessário, que incluem: acesso da população LGBTIA+ ao  
1292 SUS; necessidade de qualificação de profissionais; interiorização e descentralização de  
1293 serviços sensíveis à LGBTI+; distintas formas de violências e discriminação, esse coletivo  
1294 frequentemente tem sua saúde mental abalada pelos efeitos da exposição contínua ao  
1295 preconceito e à discriminação, o que alguns pesquisadores denominam de “estresse  
1296 minoritário”; lacunas de pesquisas em saúde de algumas populações, como de lésbicas,  
1297 bissexuais, intersexos e outras, no que se refere à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais,  
1298 questões recorrentes relacionadas às limitações por parte de profissionais de saúde na  
1299 abordagem desse grupo; problemas no acesso às redes de atenção; e limitações nos sistemas  
1300 de informação do SUS, que acabam contribuindo para a falta de informações dessa população.  
**Manifestações.** Conselheira **Sílvia Cavalleire Araújo da Silva** destacou a importância deste  
1301 debate no Conselho, lembrando que a pauta moralista é uma realidade, com interferência  
1302 inclusive nos espaços públicos de gestão. Nessa linha, propôs uma recomendação do CNS ao  
1303 Ministério da Saúde para que todas as unidades de saúde tenham placa comunicando que a  
1304 prática de discriminação contra a identidade de gênero e a orientação sexual constitui crime de  
1305 racismo. Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales** agradeceu as expositoras pelas ricas  
1306 explanações, que contribuíram para aprofundar o debate deste importante tema. Como  
1307 encaminhamento, propôs: ampliar campanhas para registro da orientação sexual e para  
1308 implementação da Política Nacional de Saúde da População LGBTQIA+; garantir a formação  
1309 profissional das equipes da APS para atender a população LGBTQIA+; sugerir agenda para  
1310 atualização da Política Nacional de Saúde da População LGBTQIA+, assegurando a  
1311 participação do CNS; e garantir a participação de representante do CNS para o comitê técnico  
1312 LGBT do Ministério da Saúde. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi** reiterou a  
1313 importância desta pauta que apresenta os desafios e traz visibilidade às lutas. Apresentou as  
1314 seguintes sugestões: incluir essa temática nos currículos de formação das universidades; e  
1315 manter articulação com órgãos internacionais (Organização Mundial da Saúde – OMS e

1317 Organização Internacional do Trabalho – OIT) para ampliar o debate dessa temática em nível  
1318 internacional e buscar ações efetivas. Conselheira **Ligia Aparecida Correa Cardieri** informou  
1319 que a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos lançou  
1320 almanaque dirigido a jovens, que trabalha os conceitos de gênero, sexualidade, direitos, com  
1321 linguagem leve e acessível e colocou a entidade à disposição para contribuir nas ações de  
1322 enfrentamento às discriminações e preconceitos. Concluídas as falas, foi aberta a palavra às  
1323 expositoras para comentários sobre as falas. Após o retorno, a mesa procedeu aos  
1324 encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno aprovou as seguintes propostas:** 1) elaborar  
1325 recomendação ao Ministério da Saúde para que todas as unidades de saúde tenham  
1326 placa comunicando que a prática de discriminação contra a identidade de gênero e a  
1327 orientação sexual constitui crime de racismo; 2) ampliar campanhas para registro da  
1328 orientação sexual e para implementação da Política Nacional de Saúde da População  
1329 LGBTQIA+ ; 3) garantir a formação profissional das equipes da APS para atender a  
1330 população LGBTQIA+; 4) recomendar a atualização da Política Nacional de Saúde da  
1331 População LGBTQIA+, assegurando a participação do CNS; 4) indicar representante do  
1332 CNS para o comitê técnico LGBT do Ministério da Saúde; 5) sugerir a reprodução do  
1333 debate dessa temática nos CES e CMS para diminuir preconceitos arraigados; 6) manter  
1334 articulação com órgãos internacionais (Organização Mundial da Saúde – OMS e  
1335 Organização Internacional do Trabalho – OIT) para ampliar o debate dessa temática em  
1336 nível internacional e buscar ações efetivas. Essas proposições serão enviadas às  
1337 Comissões Intersetoriais do CNS de Saúde da Mulher (CISMu) e de Promoção da  
1338 Equidade (CIPPE) para os devidos encaminhamentos. Definido este ponto, às 18h20, a  
1339 mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e  
1340 conselheiras: nomes serão incluídos. **ITEM 7 - LANÇAMENTO DA PLATAFORMA MAPA**  
1341 **COLABORATIVO MOVIMENTOS SOCIAIS EM SAÚDE** - *Composição da mesa:*  
1342 **Swedenberger do Nascimento Barbosa**, Secretário Executivo do Ministério da Saúde;  
1343 **Márcio Macedo**, Ministro de Estado Chefe da Secretaria-Geral da Presidência da República;  
1344 **Túlio Franco**, representante do movimento Frente pela Vida e membro do Conselho de  
1345 Participação Social da Presidência da República; conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**,  
1346 Presidente do CNS; e **Júlio Pedrosa**, coordenador do Sistema de Saúde da Organização Pan-  
1347 Americana da Saúde – OPAS/OMS. O primeiro a fazer uso da palavra foi o Secretário  
1348 Executivo do Ministério da Saúde, **Swedenberger do Nascimento Barbosa**, que iniciou  
1349 saudando todas as pessoas presentes, nominalmente os demais integrantes da mesa, e  
1350 manifestando sua satisfação com este momento de lançamento da Plataforma Mapa  
1351 Colaborativo Movimentos Sociais Em Saúde. Justificou a ausência da Ministra de Estado da  
1352 Saúde, Nísia Trindade, que acompanhava o Presidente da República no lançamento da Rede  
1353 Alyne, estratégia de reestruturação da antiga Rede Cegonha, cujo objetivo é reduzir a  
1354 mortalidade materna e expandir as ações voltadas para saúde materno infantil. Nessa linha de  
1355 respostas a situações atuais que afetam a saúde pública, disse que o Ministério da Saúde  
1356 definiu ações voltadas a regiões fortemente afetadas pelo calor, seca e queimadas como  
1357 construção de tendas para atendimento à população (hidratação e nebulização);  
1358 recomendações de proteção, como evitar atividades ao ar livre e aumentar a ingestão de água  
1359 e de utilização de meios para umidificar as residências; atenção especial a crianças e  
1360 gestantes; entre outras. Além disso, informou que o Ministério da Saúde criou a Sala de  
1361 Situação Nacional de Emergências Climáticas em Saúde, em agosto de 2024, para monitorar  
1362 situações que podem se tornar emergências para a população, como secas, inundações,  
1363 queimadas, ondas de calor e aumento de temperaturas. Sobre o Mapa, destacou que visa  
1364 tornar o SUS mais participativo e próximo dos movimentos sociais, considerando a importância  
1365 da participação dos movimentos sociais nos avanços das políticas públicas. Afirmou que a  
1366 iniciativa foi pensada na lógica de que não é possível assegurar o avanço das políticas públicas  
1367 e garantir os direitos de cidadania à população sem a colaboração dos movimentos sociais.  
1368 Salientou que o Mapa evidencia o papel de cada uma das entidades e reitera o compromisso  
1369 do governo de garantir a interlocução com a sociedade e fortalecer a participação social. Disse  
1370 que esta é uma pauta intensa, que será aprofundada posteriormente, e o anseio é que o Mapa  
1371 sirva como diretriz para fortalecer a democracia e aprofundar o processo político de  
1372 participação da sociedade. Por fim, cumprimentou novamente o Presidente do Conselho, por  
1373 ter sido condecorado, pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, com a Medalha Oswaldo Cruz.  
1374 Na sequência, foi reproduzido vídeo institucional sobre o Mapa Colaborativo dos Movimentos  
1375 Sociais em Saúde. O representante do movimento Frente pela Vida, **Túlio Franco**, membro do  
1376 Conselho de Participação Social da Presidência da República, cumprimentou todas as pessoas

1377 presentes e afirmou que a história do SUS se confunde com a história do movimento social.  
1378 Frisou que o projeto de nação sustenta-se com a participação social e, nessa linha, citou dois  
1379 avanços recentes: a) Frente pela Vida, lançada em maio de 2020, em meio à pandemia de  
1380 Covid-19, marcando a união de diversas entidades da sociedade civil em defesa da  
1381 democracia, da ciência e do SUS; e b) Sistema de Participação Social, constituído em 2023,  
1382 com a finalidade de estruturar, coordenar e articular as relações do Governo federal com os  
1383 diferentes segmentos da sociedade civil na aplicação das políticas públicas – constituição do  
1384 Fórum de Participação Social da Presidência da República e reativação do Fórum  
1385 Interconselhos. Frisou que o Fórum conduziu a participação social na elaboração do Plano  
1386 Plurianual – PPA, assegurando ampla participação nesse processo. Nessa linha, afirmou que o  
1387 projeto de participação social em curso, sólido e consistente, precisa consolidar-se em cada  
1388 território. Inclusive, lembrou que o SUS é um exemplo de constituição de políticas públicas de  
1389 participação social e reconheceu a força do Conselho Nacional de Saúde, que abriga o controle  
1390 social do SUS, destacando a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde, que contou  
1391 com sete mil participantes. Por fim, conclamou todos a divulgar o Mapa, uma ferramenta para  
1392 que os movimentos sociais, entidades populares e organizações da sociedade civil se  
1393 reconheçam, valorizem o território onde atuam e deem voz a demandas e necessidades de  
1394 saúde. O representante da Fiocruz, **Rodrigo Murtinho**, saudou os integrantes da mesa e  
1395 demais presentes e manifestou alegria em participar deste momento, representando o  
1396 Presidente da Fundação, Mário Moreira. Recordou que a FIOCRUZ é uma das parceiras na  
1397 construção do Projeto e esta iniciativa lançada na 17ª Conferência Nacional de Saúde  
1398 demonstra o compromisso da Ministra de Estado da Saúde com o fortalecimento da  
1399 participação social. Além de democratizar o acesso à informação, avaliou que a ferramenta  
1400 demonstra o compromisso do governo brasileiro com os movimentos sociais, possibilitando  
1401 ampliar a capacidade de articulação do controle social com a temática da saúde. Por fim,  
1402 afirmou que a Fiocruz está comprometida com a perspectiva que o Projeto demonstra –  
1403 democratização do acesso à informação, apropriação da tecnologia digital para organização do  
1404 país e fortalecimento do controle social - para efetivação do direito à saúde. Conselheiro  
1405 **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, saudou todas as pessoas presentes e afirmou  
1406 que o lançamento da Plataforma na reunião demonstra a importância desta pauta para o CNS.  
1407 Recordou que o Conselho enfrentou sérios obstáculos, mas garantiu a realização da 17ª  
1408 Conferência Nacional de Saúde, com o apoio do Ministério da Saúde, e também contribuiu no  
1409 processo de criação da Frente pela Vida. Afirmou que o Conselho reconhece o papel da Rede  
1410 Conselhos e entende que o Mapa ajuda a integrar as diferentes instâncias do controle social.  
1411 Destacou que os desafios permanecem de forma real, portanto, o Mapa precisa ser “vivo” para  
1412 dialogar com os espaços de controle social e fortalecer o SUS e a democracia. Finalizando,  
1413 afirmou que é preciso fortalecer espaços e instituições para enfrentar situações complexas,  
1414 com algumas que já aconteceram, como a pandemia da COVID-19.. Por fim, desejou vida  
1415 longa ao SUS, à democracia e ao controle social. O coordenador do Sistema de Saúde da  
1416 OPAS/OMS, **Júlio Pedrosa**, saudou todas as pessoas presentes e manifestou a satisfação da  
1417 Organização com o lançamento do Mapa naquele espaço. Avaliou o Mapa é importante porque  
1418 permitirá a conexão do movimento social, a troca de experiências e o fortalecimento da  
1419 atuação conjunta, contribuindo para impulsionar o SUS. Disse que o fortalecimento da  
1420 participação social é um desafio e está entre as prioridades da OPAS e da OMS. Recordou o  
1421 papel importante do Brasil na aprovação da resolução da OMS sobre participação social e  
1422 salientou que o país é referência nessa experiência coletiva. Disse que a participação social se  
1423 refere também à construção de uma democracia real, que é essencial para avançar na saúde e  
1424 no bem-estar da população. Frisou que a Plataforma é um espaço valioso para os movimentos  
1425 sociais como suporte ao SUS e o país demonstra que o sistema social é possível e que o  
1426 controle social o sustenta. Afirmou que a OPAS/OMS continuará a trabalhar, fornecendo  
1427 conhecimento técnico e evidências, pois com todos juntos será possível construir um mundo  
1428 mais saudável, com mais participação social, e melhor acesso a toda a população,  
1429 especialmente as mais vulneráveis. O Ministro de Estado Chefe da Secretaria-Geral da  
1430 Presidência da República, **Márcio Macedo**, cumprimentou os integrantes da mesa e os demais  
1431 presentes e saudou especialmente todas as mulheres em nome das conselheiras Lúcia Souto,  
1432 Fernanda Lou Sans Magano, Francisca Valda da Silva e Heliana Hemetério. Também registrou  
1433 saudação do Presidente da República que, junto com a Ministra de Estado da Saúde, lançaria,  
1434 em Belford Roxo/RJ, a Rede Alyne - estratégia de reestruturação da antiga Rede Cegonha,  
1435 que visa reduzir a mortalidade materna e expandir as ações voltadas para saúde materno  
1436 infantil. Avaliou que o lançamento da Plataforma era um momento simbólico, pois consolida

novo ciclo que se iniciou com a eleição do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Disse que o Mapa, construído de forma coletiva, significa a participação da sociedade civil organizada na elaboração, debate das políticas públicas da saúde e possibilidade de produzir novas políticas públicas. Além disso, contribui para consolidação do movimento da saúde brasileira e potencializa as ações dos movimentos sociais nos territórios e reforça a disputa da narrativa em defesa da democracia e valores civilizatórios da humanidade, além da defesa da ciência e do SUS. Pontuou que no Brasil e no mundo há uma disputa dos valores civilizatórios com o fascismo, portanto, é preciso fortalecer a democracia, o respeito, a tolerância. Reforçou o respeito e a admiração pelos movimentos sociais organizados do país e reconheceu a liderança do CNS neste processo, com papel fundamental, por exemplo, na resistência à negação da ciência durante a pandemia da COVID-19. Lembrou que mais de 700 mil brasileiros perderam a vida e, se não fosse o SUS, haveria muito mais mortes. Lembrou, inclusive, fatos antidemocráticos que ocorreram no país – “impeachment” da Presidente da República Dilma Rousseff, de forma injusta; prisão do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, de forma injusta, arbitral, ilegal; e utilização de recursos públicos para tentar impedir a vitória do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva na última eleição (R\$ 350 bilhões). Na linha contrária a esses fatos, afirmou que está em curso processo coletivo de reconstrução da participação social, com construção de políticas públicas para o povo e com o povo. Nessa linha, disse que foram adotadas várias iniciativas: criação do Conselho Nacional de Participação Social; retomada do Fórum Interconselhos; criação do Sistema Ministerial de Participação Social; construção do Plano Plurianual participativo (participação de 4 milhões de pessoas). Por fim, afirmou que o CNS é símbolo da resistência e afirmou que este Colegiado está escrevendo mais um capítulo da participação social do país. Encerrado esse primeiro momento, a mesa foi recomposta por **Rodrigo Murtinho**, representante da Fiocruz; conselheira **Lúcia Regina Florentino Souto**, Chefe da Assessoria de Participação Social e Diversidade do Ministério da Saúde e coordenadora do projeto; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, conselheira **Lúcia Regina Florentino Souto**, Chefe da Assessoria de Participação Social e Diversidade do Ministério da Saúde e coordenadora do projeto, saudou todas as pessoas presentes a este momento histórico e afirmou que a ferramenta é mais um instrumento importante para fortalecer e ampliar iniciativas dos movimentos sociais, promovendo redes colaborativas e participativas, na linha da construção do país desejável. Destacou que são muitos os desafios a serem enfrentados, entre eles, dar visibilidade à participação social. Nessa linha, afirmou que o Mapa é uma importante estratégia para dar visibilidade aos movimentos sociais em saúde do país, que são protagonistas na construção e na defesa do direito universal à saúde. Assim, proposta é responder, de forma articulada, às questões sobre o território que temos e o que queremos, integrando as políticas públicas essenciais, com participação social e educação popular. Por fim, disse que as conselheiras Heliana Hemetério e Francisca Valda da Silva foram indicadas para representar o CNS na condução deste Projeto. Conselheira **Francisca Valda da Silva** saudou todas as pessoas presentes e manifestou satisfação com este momento. Disse que o Projeto foi apresentado à Mesa Diretora do CNS e o Conselho decidiu participar da iniciativa, com indicação do nome dela e da conselheira Heliana Hemetério para representar o Conselho na elaboração do Projeto. Salientou que muitos são os desafios estruturais e conjunturais e, portanto, é preciso fortalecer o protagonismo da sociedade civil no país. Ressaltou que é preciso lutar contra o modelo vigente de autoritarismo, supressão de direitos e tirania fiscal (mínimo para o social e máximo para o capital), reforçando a premissa de saúde como investimento e não como gasto. Salientou que é essencial fortalecer a participação social e a experiência do setor da saúde do Brasil, que é reconhecida e respeitada no mundo. Inclusive, lembrou que o CNS, junto com o Ministério da Saúde, foi protagonista na aprovação da resolução da OMS sobre participação social para conquistas de sistemas universais de saúde. Por fim, afirmou que a participação social, de forma capilarizada, com a força da articulação entre os movimentos sociais conectados por meio do Mapa Colaborativo, se fortalecerá para incidir na democratização do Estado, com luta em prol da garantia de direitos e da defesa do SUS. O representante da Fiocruz, **Rodrigo Murtinho**, salientou que a Plataforma faz parte de um conjunto de plataformas que visam democratizar o acesso à informação, fortalecer o controle social e combater a desinformação. Detalhou que a ferramenta foi construída com base no software livre MediaWiki com o objetivo de ser um espaço colaborativo, vivo, em constante construção, que reflete a diversidade e a riqueza das iniciativas populares em saúde, fortalecendo a democratização do acesso à informação e à tecnologia. Por fim, saudou a equipe responsável pelo Projeto. Conselheira **Lúcia Regina Florentino Souto**, coordenadora do projeto,

1497 acrescentou que a Plataforma interage com uma série de iniciativas do Conselho como Projeto  
1498 Participa Mais e oficinas de orçamento e financiamento, que visam aperfeiçoar a integração  
1499 das diferentes políticas públicas nos territórios. A seguir, a mesa foi recomposta para  
1500 apresentação do Mapa Colaborativo Movimentos Sociais em Saúde – MapaMovSaúde. Foram  
1501 convidadas a compor a mesa as pessoas integrantes da equipe responsável pela construção  
1502 da Plataforma: **Marcelo Fornazin**, pesquisador em Saúde Pública da Fiocruz e coordenador da  
1503 equipe técnica do projeto; **Natalia Fazioni**, coordenação executiva do Projeto; **Bruno César**  
1504 **Dias**, equipe de comunicação; e **Priscila Viegas**, equipe de mobilização. A apresentação foi  
1505 feita de forma coletiva pela equipe. Segundo os expositores, o Mapa Colaborativo dos  
1506 Movimentos Sociais em Saúde – MapaMovSaúde é um Projeto colaborativo, desenvolvido pelo  
1507 Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde e a Fiocruz, que visa  
1508 tornar visíveis as ações dos movimentos sociais em todo o Brasil, e fortalecer a democracia e o  
1509 SUS. Os objetivos deste Projeto são: 1) dar visibilidade aos movimentos sociais, atuantes no  
1510 campo ampliado da saúde, como sujeitos políticos da transformação do Brasil; 2) Mapeamento  
1511 social e produção interativa e colaborativa de suas ações; 3) Baseada no modelo Wiki, a  
1512 produção de conteúdo de forma aberta e livre; e 4) Conhecimento produzido por esses  
1513 movimentos pode ser indutor do aprimoramento das políticas públicas de saúde. O lançamento  
1514 do Projeto ocorreu na 17ª Conferência Nacional de Saúde e resultou em 400 cadastros de  
1515 movimentos sociais. A plataforma online permite que movimentos sociais registrem e atualizem  
1516 suas histórias e demandas de saúde, utilizando fotos, vídeos e informações de contato. Os  
1517 movimentos se identificam no mapa do Brasil por meio de ferramentas de georreferenciamento,  
1518 destacando suas lutas e iniciativas. Além disso, a ferramenta produzirá notícias e conteúdos  
1519 audiovisuais baseados na produção dos próprios movimentos, promovendo autonomia e  
1520 colaboração. A governança do projeto MapaMovSaúde se dá da seguinte forma: Conselho  
1521 gestor – representantes dos movimentos sociais participantes do Projeto; Equipes de trabalho  
1522 – coordenação executiva; equipe de tecnologia; equipe de comunicação; e equipe de  
1523 mobilização. As ações de coordenação executiva e curadoria são: orquestração entre os  
1524 membros do conselho gestor; acompanhamento das equipes de trabalho; e estruturação da  
1525 equipe de curadoria após lançamento - acompanhar e apoiar os movimentos na produção de  
1526 conteúdo; produzir dados quantitativos e qualitativos para subsidiar mobilização, comunicação  
1527 e políticas; e monitorar conteúdo disponível na plataforma e realizar curadoria, excluindo,  
1528 ampliando ou propondo melhorias. No que diz respeito à comunicação, a perspectiva  
1529 orientadora é produção de uma comunicação estratégica e dialógica com os momentos sociais.  
1530 As ações da equipe de mobilização são: preparação: mobilização geral; mobilização de  
1531 validação; mobilização de compartilhamento; e mobilização de controle social. Após a  
1532 apresentação, houve algumas intervenções do Pleno do Conselho. As falas reforçaram a  
1533 importância deste Projeto para valorização dos movimentos sociais como sujeitos políticos da  
1534 transformação do Brasil. **Não houve deliberação. Para conhecimento.** Às 12h35, a mesa  
1535 encerrou a manhã do segundo dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros  
1536 e conselheiras: nomes serão incluídos. Retomando, a mesa foi composta para o item 8 da  
1537 pauta. **ITEM 8 - COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO -**  
1538 **COFIN - Análise do Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde – RAG 2023 -**  
1539 Apresentação: conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador da Comissão Intersetorial de  
1540 Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS; **Francisco Funcia**, consultor da COFIN/CNS;  
1541 **Alexandre Lima**, Secretaria de Planejamento e Orçamento - SPO/MS. Coordenação:  
1542 conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro  
1543 **Fernando Pigatto**, Presidente do CNS. Iniciando, conselheiro **André Luiz de Oliveira**,  
1544 coordenador da COFIN/CNS, explicou que neste ponto estavam previstos dois pontos para  
1545 debate neste item: Programação Anual de Saúde - PAS para 2023 – “PAS Revisada” e  
1546 Relatório Anual de Gestão – RAG do Ministério da Saúde 2023. Sobre o RAG, recordou que,  
1547 desde 2016, o Conselho vem reprovando os Relatórios de Gestão do MS e que o RAG/MS  
1548 referia-se ao Plano de Saúde 2020-2023, que foi reprovado pelo CNS. Lembrou que,  
1549 diante do resultado do processo eleitoral em outubro de 2022, no final daquele ano,  
1550 representantes do CNS participaram dos debates do grupo de transição do Ministério da Saúde  
1551 e foi sinalizada a necessidade de recompor o orçamento da saúde e garantir aportes maiores à  
1552 saúde pública. Diante disso, o governo do Presidente Lula, após negociação, garantiu a  
1553 aprovação da “PEC de Transição” que destinou R\$ 22,5 bilhões para o Ministério da Saúde.  
1554 Desse total, R\$ 10,3 bilhões foram destinados à recomposição do orçamento de 2023. O  
1555 restante, R\$ 12,5 bilhões, foi destinado a novos recursos e novos investimentos. Inclusive, foi  
1556 enviado documento, com antecedência, aos conselheiros e às conselheiras, detalhando esses

novos investimentos – R\$ 6 bilhões para alta e média complexidade, R\$ 1,2 bi para a atenção primária; e para o Programa Mais Médicos. Inclusive, destacou que a nova gestão do Ministério da Saúde buscou resgatar o debate com o controle social, inaugurando nova fase na relação, com realização de várias reuniões no primeiro semestre de 2023. Este processo de aproximação possibilitou a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde, em julho de 2023, efetivando o apoio ao SUS e a valorização do controle social. No segundo semestre de 2023, aprofundou-se o debate com o governo sobre a avaliação do RAG/MS 2023, elaborado com base no PNS 2000-2023, redigido na gestão anterior e reprovado pelo Conselho. Diante dessa situação, relatou que o Conselho, por meio da COFIN/CNS e da Mesa Diretora, promoveu negociação com a Secretaria Executiva do MS e foi definida proposta final chamada “Entregas Específicas para 2023 – Programa Anual de Saúde Revisada”. Essa proposta foi encaminhada ao Pleno em dezembro de 2023 e aprovada. Assim, acordou-se que, para 2023, o Conselho levaria em conta o referido documento para a análise do RAG. Seguindo o trâmite, no final de março de 2024, o Ministério da Saúde entregou o Relatório Anual de Gestão e a COFIN iniciou a análise. Outras comissões também realizaram análise sistematizada. Resgatou que esse processo avançou até uma análise preliminar do Relatório, em julho de 2024, e foram observadas situações inusitadas. Assim, para subsidiar a análise, o CNS, por meio da COFIN, solicitou ao Ministério da Saúde a elaboração de documento com recorte específico acerca das entregas pactuadas em dezembro de 2023. Feito esse resgate, abriu a palavra ao assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, que apresentou o resumo executivo da análise do RAG/MS 2023, que contou com sete etapas. **1)** Cumprimento da Aplicação ASPS Mínima (Piso) – valor empenhado: **a)** R\$ 179,8 bilhões - inclui R\$ 7,3 bi das despesas de transferência do piso enfermagem; e **b)** R\$ 172,5 bilhões - exclui R\$ 7,3 bi das desp. transf. piso enfermagem; **a1)** Valor do Piso ASPS (VP) (com as fontes das respectivas regras de cálculo para apuração desse valor) - R\$ 185,1 bilhões (CF/EC86 e CNS Rec016), diferença de menos R\$ 5,3 bilhões e abaixo do piso; R\$ 172,6 bilhões (LC201/23 (RCL estimada), +7,2 bilhões, acima do Piso; e R\$ 147,9 bilhões (EC95 e MS/RAG2023), +31,9 bilhões, acima do Piso; e **b1)** R\$ 185,1 bilhões (CF/EC86 e CNS Rec016), diferença de menos R\$ 12,6 bilhões e abaixo do piso; R\$ 172,6 bilhões (LC201/23 (RCL estimada), menos de R\$ 0,1 bilhão, abaixo do Piso; e R\$ 147,9 bilhões (EC95 e MS/RAG2023), + R\$ 24,6 bilhões, acima do Piso. **1.1)** Avaliação da Aplicação ASPS: Despesa Empenhada ASPS (em % da RCL) – 2022: 12,12%; e 2023: 14,57%; Despesa Empenhada ASPS (em % do PIB): 2022: 1,51%; e 2023: 1,66%. **2)** Compensação integral dos Restos a Pagar cancelados em 2022 e apresentação da análise de viabilidade técnica e financeira da execução financeira em 2024 dos Restos a Pagar de empenhos de 2022 e anos anteriores pelo gestor (Critério de análise: LC 141 e deliberações do CNS em anos anteriores): total de Restos a Pagar Cancelados em 2022: R\$ 2,7 bilhões; valor da Compensação como aplicação adicional ao piso em 2023: R\$ 2,6 bilhões; cumprimento “formal-legal” em 2023 da compensação acumulada dos Restos a Pagar cancelados em 2022 (insuficiência de R\$ 0,1 bilhão): não houve; houve cumprimento “de fato” em 2023 da compensação acumulada do valor total dos Restos a Pagar cancelados em 2022 (adotando como critério de análise o valor aplicado acima do piso ASPS): não houve, se for considerado o piso ASPS de R\$ 185,1 bilhões, independentemente da inclusão ou não das despesas com o piso da enfermagem nas despesas empenhadas; houve, se for considerado o piso ASPS de R\$ 172,6 bilhões, incluindo as despesas com o piso da enfermagem nas despesas empenhadas; não houve se for considerado o piso ASPS de R\$ 172,6 bilhões, excluindo as despesas com o piso da enfermagem nas despesas empenhadas; houve se for considerado o piso ASPS de R\$ 147,9 bilhões, independentemente da inclusão ou não das despesas com o piso da enfermagem nas despesas empenhadas; e apresentação da análise de viabilidade técnica e financeira da execução financeira em 2024 dos RP dos empenhos de 2022 e anos anteriores: não houve. **3)** Empenhos ASPS a pagar do exercício (inscrição restos a pagar) – máximo de 5% (critério de análise: Resolução CNS 505/2015). Proporção de Empenhos 2023 a Pagar (ou inscrição em restos apagar) em relação ao valor empenhado bruto ASPS: acima do limite de referência de 5,00% da Resolução do CNS 505/2015; maior que os 11,4% de 2022; e maior que os 7,30% de 2016 (ano do menor índice do período 2004-2022); Descrição: a) Valor Empenhado ASPS Bruto 2023 (sem excluir as despesas que servem de compensação dos restos a pagar cancelados): R\$ 182,4 bi; b) Valor dos Empenhos 2023 a Pagar (Saldo a Pagar): 23,0; c) Proporção (=B/A): 12,61%; **4)** Estoque total de Restos a Pagar ASPS e Não ASPS (inscrição e reinscrição) (Critério de análise: definições do CNS em anos anteriores): situação em 2023 (para execução em 2024 de R\$ 31,5 bilhões) é maior que a situação em 2022 (para execução em 2023 de R\$ 27,5 bilhões): aumento nominal em 14,5% (acima da

variação do IPCA). Observação: Situação de 2023 (para execução em 2024) dos Restos a Pagar inscritos e reinscritos está acima da situação de 2017 (para execução de 2018), assim como ocorreu em 2022 (para execução em 2023). **5)** Critérios de escolha do gestor para a execução parcial ou total da despesa orçada: não informado. **6)** Despesas de Transferências Fundo a Fundo para Estados e Municípios e avaliação dos impactos nas condições de saúde da população pelo gestor (Critério de análise: Resolução 505 do CNS e outras deliberações): Avaliação de impacto das despesas com transferências para Estados, DF e Municípios nas condições de saúde da população: não informado; nível de liquidação (%) das despesas com transferências para Estados, DF e Municípios (Fundo a Fundo): adequado (em termos consolidado), adequado (transferências para Municípios) e regular (transferências para Estados); empenhos 2023 a pagar (fundo a fundo) como proporção do valor empenhado = 6,5%: acima de 5% da Resolução 505 do CNS (não cumpriu Resolução CNS) e Índice de 2022: 3,3% (cumpriu Resolução CNS). **7)** Comprovação de disponibilidade financeira para os empenhos a pagar do exercício, bem como para o total após somar o valor do estoque de restos a pagar (Critério de análise: LC 141): disponibilidade financeira em caixa comprovada em 31/12/2023: insuficiente para o total de Restos a Pagar inscritos e reinscritos de R\$ 31,5 bilhões para execução em 2024, insuficiente para os empenhos 2023 a pagar de R\$ 23 bilhões e não houve comprovação da disponibilidade financeira por outra forma que não dinheiro em caixa. **8)** Nível de execução das despesas liquidadas (critério de análise: LC 141 e definições do CNS em anos anteriores) - quantidade de itens de despesas classificados com nível de liquidação: FNS: Adequado: 11, Regular: 6, Inadequado: 6 (Instituto Cardiológico, Farmácia Básica, Programa Sangue e Hemoderivados, Aquisição e Distribuição Medicamentos DST-AIDS, Manutenção e Emendas); Intolerável: 2 (Publicidade Utilidade Pública e Vigilância Epidemiológica); Inaceitável: 9 (DATASUS, Atenção à Saúde Primária e Especializada, Aquisição e Distribuição de Medicamentos Estratégicos, Medicamentos Componente Especializado, Pesquisa em Ciência e Tecnologia, Outros Programas, Vacinas e Vacinação, Incremento MAC-PAB e Reaparelhamento Unidades do SUS). FIOCRUZ: Adequado: 2; Inadequado: 3 (Outros Programas, Manutenção Unidade Pesquisa e Manutenção); Intolerável: 2 (COVID e Vacinas e Vacinação); Inaceitável: 3 (Modernização de Unidades de Pesquisa, Estudos e Pesquisas e Emendas). GHC: Adequado: 1; Inadequado: 1 (Atenção Hospitalar); e Inaceitável: 2 (Sentença Judicial –Custeio e Emendas). **9)** Emendas Parlamentares ASPS: R\$ 15,4 bilhões (8,4% do valor total empenhado bruto ASPS de R\$ 182,4 bilhões): 72,5% Emendas Individuais; e 27,5% Emendas Coletivas (bancadas, etc). Observação: houve mais R\$ 7,6 bilhões de Emendas classificadas como Incremento Atenção Primária à Saúde e Incremento à Atenção Especializada – com isso, o valor total de Emendas foi de R\$ 23 bilhões. Houve crescimento da participação de emendas parlamentares no orçamento do Ministério da Saúde: Total de emendas em 2023 foi R\$ 23 bilhões (12,6% do total ASPS empenhado), enquanto em 2022 foi R\$ 15 bilhões (9,8% do total ASPS empenhado). **10)** Cumprimento das metas da Programação Anual de Saúde (PAS) 2023: 82,5% das metas de 2023 tiveram um índice de realização acima de 75% da previsão. Até 50% - percentual de alcance das metas de 2023: 8,74%; e percentual de alcance das metas do PNS: 8,74%. acima de 50% até 75% - percentual de alcance das metas de 2023: 8,74%; e percentual de alcance das metas do PNS: 8,74%. Acima de 75% até 100%: percentual de alcance das metas de 2023 - 42,72% e percentual de Alcance das Metas do PNS: 42,72%. Acima de 100%: percentual de alcance das metas de 2023: 39,81% e percentual de Alcance das Metas do PNS: 39,81%. **11)** Despesas por Subfunção e Avaliação da Relação entre as subfunções: atenção básica – variação sobre ano anterior: 2022: 0,20%; e 2023: 14,02%; 302 - assistência hospitalar e ambulatorial - 2022: 12,96%; e 2023: 28,00%; 303 - suporte profilático e terapêutico - 2022: 12,24%; e 2023: 35,42%; 304 - vigilância sanitária - 2022: 6,44%; e 2023: 6,98%; 305 - vigilância epidemiológica: 2022: 4,04%; e 2023: 44,89%; 306 - alimentação e nutrição: 2022: -10,47%; e 2023: 0,95%; e outras subfunções - 2022: -56,81%; e 2023: 61,40%. Proporção das despesas – destaque para: 45% com assistência hospitalar e ambulatorial; e 22% da atenção básica. Segundo, apresentou quadro síntese das análises do cumprimento das metas apresentadas no RAG 2023, com base nas respostas das comissões para três perguntas: Pergunta 1: No entendimento desta Comissão ou Câmara Técnica, o desempenho desta Meta contribuiu para o cumprimento do Objetivo analisado?; Pergunta 2: Nas informações apresentadas para esta Meta no Relatório Anual de Gestão (RAG), houve explicação (ões) ou justificativa(s) por parte do Ministério da Saúde que mostrou/ mostraram os impactos dos resultados alcançados nas condições de saúde da população?; e Pergunta 3 - No entendimento desta comissão, após as análises das Metas realizadas anteriormente, conclui-se que este objetivo foi atingido,

1677 parcialmente atingido ou não atingido?. As respostas foram as seguintes: a) Pergunta 1: maior  
1678 incidência de "sim" em comparação a "não". b) Pergunta 2: maior incidência de "sim" em  
1679 comparação a "não". Pergunta 3: maior incidência de "parcialmente atingido". Por fim, falou  
1680 acerca dos resultados sobre a execução do adendo referente Plano Nacional de Saúde 2020-  
1681 2023 (pactuações da PAS 2023 Revisada) – última etapa de análise. Inclusive, agradeceu a  
1682 SPO/MS pela agilidade na resposta à solicitação da COFIN/CNS de informações sobre o RAG.  
1683 Como resultado, destacou: Educação e Formação em Saúde: valor executado positivo;  
1684 manutenção do contrato de gestão com a ADAPS – valor negativo para dotação, mas  
1685 execução positiva; manutenção do funcionamento do Programa Farmácia Popular – sistema  
1686 gratuidade – executado de acordo com o que havia sido pactuado; manutenção do  
1687 funcionamento do Programa Farmácia Popular – copagamento – valor executado  
1688 correspondente ao que havia sido pactuado; educação formação em saúde – regular na  
1689 dotação, mas execução dentro do que estava na dotação; proteção, promoção e recuperação  
1690 da saúde indígena – executado de acordo com o que foi pactuado; insumos para prevenção e  
1691 controle de doenças – abaixo do que havia sido pactuado e executado de acordo com que  
1692 estava na dotação; administração da unidade – abaixo do pactuado, mas executado de acordo  
1693 com o que estava na dotação; estruturação das unidades da atenção especializada –  
1694 executado o valor pactuado; estruturação de serviços atenção á urgência e emergência na  
1695 rede assistencial - abaixo do pactuado e executado de acordo com a dotação; pesquisa,  
1696 desenvolvimento tecnológico, inovação em saúde – colocado o que foi pactuado e executado  
1697 de acordo com o pactuado; sistema de tecnologia e informação, comunicação para saúde -  
1698 regular em termos do pactuado e executado de acordo com a dotação; fortalecimento do  
1699 sistema nacional de vigilância em saúde - dotação de acordo com o pactuado e executado de  
1700 acordo com o pactuado; implementação de políticas públicas, atenção primária à saúde -  
1701 abaixo do pactuado e executado de acordo com o que estava na dotação; fortalecimento do  
1702 programa nacional de genômica e saúde de precisão – dotação de acordo com o pactuado e  
1703 executado de acordo com o pactuado; publicidade de utilidade pública - regular o que foi  
1704 colocado na dotação e executado de acordo com a dotação; implantação, ampliação, melhoria  
1705 das ações de serviços sustentáveis e saneamento básico a pequenas comunidades rurais -  
1706 zero na dotação, foi pactuado valor maior (segundo explicações do Ministério da saúde,  
1707 FUNASA saiu do cômputo de ações e serviços públicos de saúde, mas depois voltou); atenção  
1708 e referência à pesquisa clínica - colocado o que foi pactuado e executado de acordo com o  
1709 pactuado; modernização das unidades da Fundação Oswaldo Cruz - colocado de acordo com o  
1710 pactuado na dotação e executado de acordo com o pactuado; e volume total de R\$ 18,29 bi, o  
1711 executado foi R\$ 18,27 bi. **Execução orçamentária das ações que passaram por**  
1712 **recomposição.** Custeio da média e alta complexidade. Custeio da média e alta complexidade  
1713 na dotação - colocado o valor pactuado e limitado o valor pactuado; piso de atenção primária à  
1714 saúde - regular em relação ao valor pactuado e executado de acordo com o que estava na  
1715 dotação; imunobiológicos para prevenção e controle de doenças - abaixo do que foi pactuado e  
1716 foi executado de acordo com o valor da dotação; componente especializado da assistência  
1717 farmacêutica - colocado valor compatível com o que foi pactuado e executado de acordo com o  
1718 que estava na dotação; desenvolvimento e modernização de plataformas tecnológicas,  
1719 complexo industrial da saúde – colocado o que foi pactuado e executado de acordo com o valor  
1720 pactuado; farmácia popular - colocado o valor de acordo com o pactuado e executado o valor  
1721 pactuado; estruturação de unidades de atenção especializada em saúde - colocado o valor  
1722 pactuado na dotação e executado o valor pactuado; estruturação do serviço de atenção  
1723 primária - executado o valor colocado na dotação; e provisão de médicos - regular em termos  
1724 do colocado na dotação e executado de acordo com a dotação. **Entregas específicas para**  
1725 **2023 (anexo III).** Ampliar para 72,31% a cobertura da atenção primária à saúde. 2357 equipes  
1726 de saúde da família; 1.975 equipes de atenção primária e 26.104 agentes comunitários de  
1727 saúde. Diante dos dados apresentados, foi positivo (igual ou acima do previsto). Ampliar para  
1728 40,2% a cobertura da saúde bucal na atenção primária à saúde – houve ampliação para  
1729 44,83%, ou seja, positivo (igual ou acima do previsto). 2988 equipes de saúde bucal. Alcançar  
1730 a ocupação superior a 85% das vagas oferecidas em programas de provimento médico federal  
1731 (Projeto mais Médicos e Programa mais Médicos para o Brasil) - o alcance da ocupação de  
1732 83,45% foi considerado positivo; vacinação - realizar pelo menos 12 campanhas de multi  
1733 vacinação para crianças menores de 1 ano até dezembro de 2023 - foram realizadas 27  
1734 campanhas de multi vacinação, o que foi considerado positivo (foram recebidas outras  
1735 informações); realizar até 15 oficinas de microplanejamento de vigilância de cobertura vacinal,  
1736 atendendo todas as regiões brasileiras até dezembro de 2023 - foram realizadas 18 oficinas, o

que foi considerado positivo. Atenção especializada. Alcançar 21338 leitos de terapia intensiva adulto - alcançados 22245 leitos de terapia intensiva, o que foi considerado positivo; alcançar a taxa de expansão de procedimentos de cirurgia eletivas propostas para cada ano – houve 18% de expansão nacional, e expansão em todas as regiões, com 563.841 cirurgias realizadas por meio do Programa Nacional de Filas, o que foi considerado positivo; construir cinco centros especializados em reabilitação, financiados pelo Ministério da saúde – considerado regular, pois foram construídos apenas dois centros; 23 novas habilitações de centros de reabilitação (15 novos serviços e 8 ampliações); construir três oficinas ortopédicas financiadas pelo Ministério da saúde - foram construídas 2 oficinas ortopédicas, mas houve cinco novas habilitações de oficinas ortopédicas – regular . Assistência Farmacêutica. Em junho de 2023, foram anunciadas ações de fortalecimento da ampliação do Programa Farmácia Popular no Brasil, com a expansão da oferta de medicamentos gratuitos e credenciamento novas unidades em municípios de maior vulnerabilidade social. Com isso, 55 milhões de beneficiários do Programa Bolsa Família passaram a ter acesso a 39 medicamentos e fraldas geriátricas disponíveis no Programa – avaliação positiva por conta da expansão do Programa Aqui tem Farmácia Popular, do relançamento do Programa e retomada do credenciamento de novas farmácia popular, de primeiro de 75%, 71 (2022) para 80,5% (2023); expansão do Programa Aqui tem Farmácia Popular - 21.909.425 usuários atendidos e 14.948 bilhões de unidades farmacotécnicas dispensadas; Adquirir 100% dos medicamentos e insumos estratégicos sob responsabilidade de compra centralizada pelo Ministério da saúde para abastecimento do SUS - aquisição de 102,86% dos medicamentos e insumos estratégicos são sob responsabilidade centralizada no Ministério da saúde - foi positivo; habilitar no mínimo 350 novos municípios o programa nacional de qualificação de assistência farmacêutica no sistema único de saúde - Qualificar SUS - 350 novos municípios habilitados, foi positivo; implantar o cuidado farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde em 30% das farmácias do componente especializado das SES e DF - implantação do cuidado farmacêutico no âmbito do SUS em 22,5% das farmácias do componente –regular. Fortalecimento do Complexo Industrial da Saúde - fomento a 10 estruturas tecnológicas críticas; recuperação da capacidade dos laboratórios públicos oficiais; estímulo a alianças estratégicas e projetos de cooperação voltados para pesquisa - novos produtos e serviços. Parte do recurso viabilizado em 2023, por meio do PAC, está sendo utilizado por esses projetos ou possui previsão para utilização em outros instrumentos que estão em análise para o ano de 2024 – considerado regular. Assistência à População Yananomami. Realizar 14 rotinas de retirada de resíduos do polo base Surucucu - 16 rotinas realizadas, considerado positivo; 100% de adequação das estruturas de reforma provisória do CASAI - realizado 80% de adequação, conclusão de melhorias e adequações das instalações sanitárias e acompanhamento da entrega do projeto para a CASAI Yanomami - considerado regular; elaborar 100% do projeto de reforma e ampliação do polo base surucucu - elaboração de 100% do projeto de reforma e ampliação do polo base Surucu; ampliação para 1256 o número de vagas de profissionais em atuação no território Yanomami – ampliação para 1404, acima do número previsto - considerado positivo; e incluir diversas categorias - 36 médicos, 129 enfermeiros, 21 dentistas, 335 técnicos de enfermagem, 244 agentes indígenas de saúde – ampliado para 1.404, acima do previsto, considerado positivo. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador da COFIN/CNS, agradeceu o assessor da COFIN/CNS pela apresentação e fez esclarecimentos adicionais sobre os pontos apresentados. Explicou que o ano de 2023 começou com grande demanda acerca da população Yanomami, portanto, foi feito recorte, com avaliação positiva. Salientou que a COFIN/CNS cumpriu o acordo com o Pleno do Conselho de análise com recorte sobre as entregas relativas ao RAG/MS/2023. **Manifestações.** Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales**, após elogiar o trabalho da COFIN, fez os seguintes apontamentos: o CNS ainda não aprovou a PAS, porque foi pactuada a necessidade de melhorias (neste momento, essas melhorias foram apresentadas); e a COFIN apontou as entregas positivas do RAG/MS/2023, mas o Relatório enviado pelo Ministério da Saúde e não analisado pelas comissões não contemplada os apontamentos /inserções. Desse modo, sugeriu que naquele momento o Pleno avaliasse a PAS; e que o RAG retornasse à COFIN e ao Ministério da Saúde para inserção e avaliação posterior do Conselho. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** cumprimentou a COFIN/CNS pelo produto apresentado e fez um destaque para os seguintes avanços: aumento de recurso da atenção básica; reestruturação do PNI; e ampliação da cobertura da assistência farmacêutica. Por fim, reforçou a importância de ampliar o diálogo da SPO com as demais áreas técnicas do Ministério da Saúde, a fim de assegurar que o Relatório reflita o que foi feito nas diferentes áreas do Ministério da Saúde. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi**

1797 também reiterou os elogios à Comissão pelo trabalho e, sobre as entregas, fez um destaque ao  
1798 fortalecimento do complexo econômico industrial da saúde, uma agenda política, com mudança  
1799 de projeto de desenvolvimento e impacto na vida das pessoas. Por fim, manifestou satisfação  
1800 com a defesa do complexo produtivo que se traduz em produção que respeite o SUS e as  
1801 necessidades sociais da população. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** elogiou a Comissão  
1802 pelo trabalho e reforçou a proposta de encaminhamento da conselheira Shirley Marshall: que o  
1803 RAG/MS/2023 retorne à Comissão e ao Ministério da Saúde, para incorporação das melhorias  
1804 e posterior retorno ao Pleno do Conselho, para nova avaliação. Além dos avanços já citados  
1805 nas falas anteriores, citou a ampliação da cobertura da atenção primária, mobilização nacional  
1806 em defesa da vacinação, expansão do credenciamento dos programas de farmácia popular.  
1807 Por fim, reconheceu o avanço na ampliação das equipes no território Yanomami, mas frisou  
1808 que é preciso garantir os direitos desta força de trabalho e, no caso dos centros especializados  
1809 de reabilitação, ressaltou a importância de garantir gestão estatal/pública e contemplar as  
1810 Regiões Norte e Nordeste. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** reforçou os elogios à  
1811 Comissão e destacou os avanços alcançados neste último período. Também destacou a  
1812 importância de fiscalizar os serviços prestados nos Estados e Municípios e lutar de forma  
1813 conjunta para que haja mais recursos para o SUS. Conselheiro **Nilton Pereira Júnior**  
1814 manifestou sua satisfação com a sua primeira participação no Conselho, enquanto  
1815 representante do Ministério da Saúde e comentou pontos da apresentação da COFIN. Sobre a  
1816 avaliação negativa de reestruturação dos serviços de urgência e emergência, explicou que  
1817 somente foi possível utilizar o orçamento no início do ano. No primeiro ano de gestão da  
1818 Ministra da Saúde foi finalizado o processo de licitação, mas houve problemas. Assim, o  
1819 recurso foi remanejado para 2024 e o Ministério da Saúde adquiriu 1.780 ambulâncias (uma  
1820 parte foi entregue e o restante será entregue até o final de 2024). Citou ainda a recomposição  
1821 dos orçamentos da atenção especializada que, apesar de não ser suficiente, é importante para  
1822 financiar as ações e serviços especializados. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou  
1823 a importância deste debate, inclusive para melhor entendimento do processo e chamou a  
1824 atenção para as entregas positivas, demonstrando transparência e a importância do trabalho  
1825 colaborativo da SPO/MS e demais secretarias e o Conselho. Destacou que a PAS está  
1826 contemplada no RAG e sugeriu a todas as pessoas que fizessem a leitura do documento  
1827 enviado pela COFIN. Também concordou com a proposta de reenviar o RAG para a COFIN e o  
1828 Ministério da Saúde para complementação, de modo a expressar o compromisso bilateral –  
1829 controle social e gestão, em prol da melhoria do acesso à saúde da população. Conselheira  
1830 **Altamira Simões dos Santos de Sousa** também elogiou a COFIN pelo trabalho e a  
1831 contribuição das demais comissões do Conselho. Salientou que o processo de negociação,  
1832 apesar do governo democrático, é complexo e nem sempre é possível alcançar o desejável.  
1833 Apesar dos avanços, disse que é preciso ter atenção para o que é preciso evoluir: expansão  
1834 das ESF; garantia do acesso da população, especialmente os grupos em situação de maior  
1835 vulnerabilidade, aos serviços de saúde; ampliação do orçamento da saúde. **Retorno da mesa.**  
1836 Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador da COFIN/CNS, agradeceu a confiança do  
1837 Conselho no trabalho da Comissão, o empenho das comissões do Conselho na análise do  
1838 RAG/MS/2023, o apoio da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde neste processo de  
1839 negociação, e novamente a SPO pela agilidade nas respostas às demandas da Comissão  
1840 sobre as entregas. Disse que estava prevista a participação do Secretário Executivo Adjunto do  
1841 Ministério da Saúde, Elton Bernardo Bandeira de Melo, que ajudou bastante no processo de  
1842 negociação, mas houve um imprevisto e não pode comparecer. Por fim, disse que o objetivo  
1843 coletivo maior é avançar no fortalecimento do SUS. Conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**,  
1844 Presidente do CNS, também agradeceu a Comissão e as demais comissões pelo trabalho e  
1845 frisou que o CNS sempre busca construção coletiva, com diálogo democrático. Feitas essas  
1846 considerações, a mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno aprovou as**  
1847 **entregas da PAS para 2023 – “PAS Revisada”;** e decidiu votar o Relatório Anual de  
1848 Gestão - RAG 2023, considerando as entregas da PAS, na reunião ordinária do mês de  
1849 novembro de 2024. A COFIN irá debater as proposições relativas ao RAG/MS 2023. Com  
1850 essa deliberação, a mesa agradeceu o coordenador da COFIN e do assessor técnico e  
1851 encerrou este item. **ITEM 9 - CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - 4ª Conferência Nacional de**  
1852 **Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Informes. 5ª Conferência Nacional de Saúde**  
1853 **do Trabalhador e da Trabalhadora - Informes.** Coordenação: conselheira **Fernanda**  
1854 **Magano**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa  
1855 Diretora do CNS. **4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde -**  
1856 **4ª CNGTES - Informes.** Conselheira **Fernanda Magano**, da Mesa Diretora do CNS, fez um

1857 breve informe sobre o processo preparatório da 4<sup>a</sup> CNGTES. Explicou que as dificuldades  
1858 relativas ao prazo para realização das conferências estaduais foram negociadas caso a caso e  
1859 resolvidas, com o compromisso de entrega dos documentos dentro do prazo. Além disso,  
1860 foram realizadas diversas atividades preparatórias e outras seriam realizadas no mês de  
1861 novembro. No quadro geral, informou que foram realizadas 24 conferências estaduais e a do  
1862 Distrito Federal e mais três serão realizadas, com compromisso de envio dos documentos  
1863 dentro do prazo. Além disso, comunicou que as conferências livres estavam ocorrendo dentro  
1864 do determinado e ainda havia prazo para inscrição de atividades autogestionadas (até aquele  
1865 momento, doze inscrições). Salientou que a comissão organizadora da 4<sup>a</sup> CNGTES e as  
1866 comissões temáticas vinham se reunindo, com participação efetiva da Secretaria da  
1867 SGTES/MS. Além disso, destacou que outros assuntos relativos ao mundo do trabalho, a  
1868 exemplo da carreira única, estavam em debate na Mesa Nacional de Negociação Permanente  
1869 do SUS – MNNPSUS. Também justificou que a ausência da conselheira Francisca Valda,  
1870 coordenadora geral da 4<sup>a</sup> CNGTES, que participava de atividade externa sobre a Conferência.  
1871 Por fim, disse que o tema era de interesse de todos os segmentos, pois garantir condições  
1872 objetivas para a gestão do trabalho no SUS significa garantir atendimento à população,  
1873 segundo os princípios do Sistema. Para conhecimento. Não houve deliberação. **5<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - Conselheira Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, fez um informe sobre a 5<sup>a</sup> CNSTT, com foco no calendário. Recordou que, na última reunião do CNS, informara ao Pleno que a comissão organizadora apresentaria proposta de alteração do calendário da Conferência. Essa mudança atende à solicitação de presidentes e secretários executivos de conselhos de saúde por conta da dificuldade de realizar as etapas nas datas definidas, em virtude das eleições municipais e da 4<sup>a</sup> CNGTES, que é uma das etapas preparatórias da 5<sup>a</sup> CNSTT. Assim, foi publicada, *ad referendum*, a Resolução nº 758, de 29 de agosto de 2024, que altera dispositivos relativos à data de realização das etapas da 5<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras. Nos termos da Resolução, o calendário das etapas da 5<sup>a</sup> CNSTT é o seguinte: Etapa Regional e/ou Macrorregional: até o dia 15 de abril de 2025; Conferências Livres: até 30 de abril de 2025; Etapa Estadual e Distrital: entre 15 de abril e 15 de junho de 2025; e Etapa Nacional: de 18 a 21 de agosto de 2025. Detalhou que o calendário das etapas preparatórias passaria a: 12<sup>a</sup> RENASTTÃO – 5 a 7 de novembro de 2024; e 4<sup>a</sup> Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – CNGTES - 10 a 13 de dezembro de 2024; 1º Congresso Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do DIESAT – março/abril 2025; e Atividades Centrais Sindicais - março/abril de 2025. Ainda sobre as atividades gerais preparatórias para a 5<sup>a</sup> CNSTT, fez um destaque para o Projeto de Articulação das CISTT em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em execução pelo DIESAT, com realização de atividades estaduais na forma virtual e presencial. Detalhou os Estados que participarão desta primeira etapa: Minas Gerais; Paraíba; Tocantins; Pernambuco; Amapá; Rondônia; Bahia; Maranhão; Ceará; Mato Grosso; Distrito Federal; São Paulo; e Acre. Sobre as conferências municipais/macrorregionais, disse que até o momento foram comunicadas as seguintes: 3<sup>a</sup> Conferência regionalizada de saúde do trabalhador e da trabalhadora da região do café, 30 e 31 de outubro de 2024, em Cacoal, Rondônia; e 1<sup>a</sup> Conferência livre de saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador do SUS, 26 de agosto 2024, virtual. Por fim, apresentou o calendário das próximas reuniões da comissão organizadora da 5<sup>a</sup> CNSTT: reunião Virtual: 16 de setembro, às 14h; e reunião presencial: 4 de novembro, das 9h às 18h. O representante da CGSAT/MS, **Leonardo Mendonça**, justificou a ausência do Coordenador-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador, Luís Henrique da Costa Leão, e fez um informe sobre as atividades preparatórias da 5<sup>a</sup> CNSTT, desenvolvidas pela CGSAT: 4/7/2024 - encontro estadual de saúde do trabalhador "Novos rumos do Planner e dos indicadores da Renast da Bahia; 8/8/2024 - seminário do Fórum Sindical e Popular de Saúde e Segurança do Trabalhador e da Trabalhadora de Minas Gerais; 22/8/2024 – reunião da CGSAT e coordenações estaduais de saúde do trabalhador; 28/8 – 21º Encontro da RENAST São Paulo; e 2/9 - reunião da CGSAT e a coordenação estadual da saúde do trabalhador. Além disso, destacou o projeto de parceria CISTT/CNS e DIESAT e a conferência livre, que irá acontecer em março de 2025. Por fim, reiterou o compromisso de continuar esse processo conjunto para a construção da etapa nacional da 5<sup>a</sup> CNSTT. Feito esse informe, a mesa colocou em votação o calendário das etapas da 5<sup>a</sup> CNSTT. **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o calendário das etapas da conferência nacional: Etapa Regional e/ou Macrorregional: até o dia 15 de abril de 2025; Conferências Livres: até 30 de abril de 2025; Etapa Estadual e Distrital: entre 15 de abril e 15 de junho de 2025; e Etapa**

1917 **Nacional: de 18 a 21 de agosto de 2025.** Após essa deliberação, conselheira **Madalena**  
1918 **Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, fez um informe sobre as eleições do CNS, que  
1919 ocorreria no dia 12 de novembro de 2024. Informou que foi gravado *podcast* sobre as eleições  
1920 do Conselho para o próximo triênio e salientou que as informações sobre o processo estavam  
1921 disponíveis na página do CNS. Após esse informe, a coordenação da mesa agradeceu e  
1922 encerrou este ponto de pauta. **ITEM 10 - ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos**  
1923 **Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas.**  
1924 **Coordenação:** conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e  
1925 conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS. **1) Moção de apoio.**  
1926 Expressa apoio a Senhora Maria da Penha diante das recentes ameaças contra sua vida  
1927 ferindo seu direito de ir e vir. Tema aprovado na 357<sup>a</sup> RO do CNS. No documento, o CNS vem  
1928 a público: reafirmar apoio, acolhimento, solidariedade à Sra. Maria da Penha Fernandes,  
1929 repudiando a todo e qualquer ato, ação ou omissão que coloque em risco sua vida, que o  
1930 Estado Brasileiro ofereça permanentemente vigilância e cuidado na proteção de sua vida bem  
1931 como a de todas (os) aquelas (es) que atuam na defesa das mulheres, e, reiteramos nosso  
1932 compromisso com a construção de um país onde todas as mulheres possam viver sem medo,  
1933 com dignidade e respeito. **Deliberação: a moção de apoio foi aprovada por unanimidade.** **2)**  
1934 Recomendação elaborada pela CIRHRT, CIVS e CICTAF. Tema aprovado na 357<sup>a</sup> RO do  
1935 CNS. Recomenda a abertura de 572 cargos de Especialistas em Regulação e Vigilância  
1936 Sanitária. Recomenda: à Presidência da República, que apresente Medida Provisória para  
1937 criação de 572 cargos para especialistas, reconhecendo a urgente necessidade de reposição  
1938 de seu quadro de servidores e a importância vital desse reforço para a manutenção e  
1939 ampliação das atividades da Agência; e, ao Congresso Nacional, que cumpra seu papel em  
1940 construir politicamente aprovação de proposições legislativas comprometidas com a vida das  
1941 pessoas, os direitos constitucionais e defesa do Brasil aprovando instrumento legal que garanta  
1942 a abertura de 572 cargos para Especialistas em Regulação e Vigilância Sanitária. **Deliberação:**  
1943 **a recomendação foi aprovada por unanimidade.** **3)** Resolução. Dispõe sobre a recriação do  
1944 Grupo de Trabalho sobre Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças  
1945 Reumáticas (GT-REUMATO/CNS). **Resolve:** Art. 1º Aprovar a recriação do Grupo de Trabalho  
1946 sobre Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Reumáticas (GT-  
1947 REUMATO/CNS), instituído pela Resolução CNS nº 733, de 01 de fevereiro de 2024, que teve  
1948 o seu prazo expirado pela decorrência de seis meses desde a sua criação, conforme prevê o  
1949 Art. 53 do Regimento Interno do CNS (Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008).  
1950 Parágrafo único. O GT-REUMATO/CNS será paritário e composto por 4 (quatro) membros,  
1951 entre os quais, 2 (dois) usuários, 1 (um) trabalhador e 1 (um) gestor/prestador. Art. 2º Caberá  
1952 ao GT-REUMATO/CNS a produção de materiais e sugestões a serem encaminhados ao Pleno  
1953 do CNS, observadas as diretrizes e propostas constantes das Conferências Nacionais de  
1954 Saúde, as recomendações e resoluções deste Conselho, no intuito de fundamentar a  
1955 contribuição do CNS para criação dessa política. Art. 3º O GT-REUMATO/CNS se reunirá de  
1956 acordo com o calendário de reuniões a ser definido em sua primeira reunião, sendo os casos  
1957 omissos elucidados pela Mesa Diretora e resolvidos, em última instância, pelo Pleno do CNS.  
1958 Art. 4º Observados os termos desta resolução e o previsto no Regimento Interno do Conselho  
1959 Nacional de Saúde, fica instituído o GT-REUMATO/CNS com a composição abaixo descrita em  
1960 ordem alfabética: I – Luciana Tolêdo Lopes (Gestores/prestadores); II - Priscila Torres da Silva  
1961 (Usuárias); III - Regina Célia de Oliveira Bueno (Usuárias); e IV - Shirley Marshal Diaz Morales  
1962 (Trabalhadoras). Art. 5º Os resultados dos estudos e debates do GT-REUMATO/CNS devem  
1963 ser apresentados à Mesa Diretora e aprovados pelo Pleno do CNS na primeira reunião  
1964 realizada após o encerramento do trabalho do GT. **Deliberação: a resolução foi aprovada**  
1965 **por unanimidade.** **4)** Resolução. Dispõe sobre a recriação do Grupo de Trabalho sobre a  
1966 Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde. No documento, o CNS resolve:  
1967 Art. 1º Aprovar a recriação do Grupo de Trabalho da Coordenação Nacional de Plenárias de  
1968 Conselhos de Saúde (GT-Plenária/CNS), instituído pela Resolução CNS nº 735, de 01 de  
1969 fevereiro de 2024, que teve o seu prazo expirado pela decorrência de seis meses desde a sua  
1970 criação, conforme prevê o Art. 53 do Regimento Interno do CNS (Resolução CNS nº 407, de 12  
1971 de setembro de 2008). Parágrafo único. O GT-Plenária/CNS será paritário e composto por 4  
1972 (quatro) membros, entre os quais, 2 (dois) usuários, 1 (um) trabalhador e 1 (um)  
1973 gestor/prestador. Art. 2º Caberá ao GT-Plenária/CNS a produção de subsídios e materiais a  
1974 serem encaminhados ao Pleno do CNS, observadas as diretrizes e propostas aprovadas pelas  
1975 Conferências Nacionais de Saúde, as recomendações e resoluções deste Conselho Nacional  
1976 de Saúde, no intuito de fundamentar a contribuição do CNS para a discussão acerca da

1977 Coordenação Nacional da Plenária dos Conselhos de Saúde. Art. 3º O GT-Plenária/CNS se  
1978 reunirá de acordo com o calendário de reuniões a ser definido em sua primeira reunião, sendo  
1979 os casos omissos elucidados pela Mesa Diretora e resolvidos, em última instância, pelo Pleno  
1980 do CNS. Art. 4º Observados os termos desta resolução e o previsto no Regimento Interno do  
1981 Conselho Nacional de Saúde, aprovado pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de  
1982 2008, fica instituído o GT-Plenária/CNS com a composição abaixo descrita em ordem  
1983 alfabética: I - Ana Lúcia Silva Marçal Padduello (Usuários); II - Cleonice Caetano Souza  
1984 (Usuários); III - Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda (Gestores/prestadores); e IV - Sueli  
1985 Terezinha Goi Barrios (Trabalhadores). Art. 5º Os resultados dos estudos e debates do GT-  
1986 Plenária/CNS devem ser apresentados à Mesa Diretora e aprovados pelo Pleno do CNS na  
1987 primeira reunião realizada após o encerramento do trabalho do GT. **Deliberação: a resolução**  
1988 **foi aprovada por unanimidade.** 5) Resolução. *Dispõe sobre a recriação do Grupo de*  
1989 *Trabalho sobre investigação de óbitos relacionados ao trabalho e outras providências*  
1990 *correlatas. No documento, o CNS resolve:* Art. 1º Aprovar a recriação do Grupo de Trabalho  
1991 sobre a investigação de óbitos relacionados ao trabalho (GT-ORT/CNS), instituído pela  
1992 Resolução CNS nº 734, de 01 de fevereiro de 2024, que teve o seu prazo expirado pela  
1993 decorrência de seis meses desde a sua criação, conforme prevê o Art. 53 do Regimento  
1994 Interno do CNS (Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008). Parágrafo único. O GT-  
1995 ORT/CNS será paritário e composto por 4 (quatro) membros, entre os quais, 2 (dois) usuários,  
1996 1 (um) trabalhador e 1 (um) gestor/prestador. Art. 2º Caberá ao GT-ORT/CNS a produção de  
1997 subsídios e materiais a serem encaminhados ao Pleno do CNS, observadas as diretrizes e  
1998 propostas aprovadas pelas Conferências Nacionais de Saúde, as recomendações e resoluções  
1999 deste Conselho Nacional de Saúde, no intuito de fundamentar a contribuição do CNS para a  
2000 discussão em torno dos óbitos relacionados ao trabalho. Art. 3º O GT-ORT/CNS se reunirá de  
2001 acordo com o calendário de reuniões a ser definido em sua primeira reunião, sendo os casos  
2002 omissos elucidados pela Mesa Diretora e resolvidos, em última instância, pelo Pleno do CNS.  
2003 Art. 4º Observados os termos desta resolução e o previsto no Regimento Interno do Conselho  
2004 Nacional de Saúde, aprovado pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008, fica  
2005 instituído o GTORT/CNS com a composição abaixo descrita em ordem alfabética: I - Altamira  
2006 Simões dos Santos de Sousa (Usuárias); II - Angélica Espinosa B. Miranda  
2007 (Gestoras/prestadoras); III - Gilson Silva (Usuários); e IV - Ruth Cavalcanti Guilherme  
2008 (Trabalhadoras). Art. 5º Os resultados dos estudos e debates do GT-ORT/CNS devem ser  
2009 apresentados à Mesa Diretora e aprovados pelo Pleno do CNS na primeira reunião realizada  
2010 após o encerramento do trabalho do GT. No caso, a Sra. Angélica Espinosa B. Miranda será  
2011 substituída por Rivaldo Venâncio da Cunha (Sra. Angélica Miranda não é mais conselheira).  
2012 **Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade. ENCERRAMENTO –** Nada mais  
2013 havendo a tratar, a mesa encerrou a 358ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes as  
2014 seguintes conselheiras e conselheiros: nomes serão incluídos.