



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

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

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

acordo em julgamento prevê ainda as responsabilidades dos entes federativos no custeio dos medicamentos objeto de judicialização no SUS. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA** – Titular: Ana Lúcia Silva Marçal Padduello, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras (SUPERANDO), Usuário, rodízio de titularidade. Titular: Cledson Fonseca Sampaio, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+ BRASIL), Usuário, rodízio de titularidade. Titular: Clóvis Alberto Pereira, Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB), Usuário, rodízio de titularidade. Titular: Dulcilene Silva Tiné, Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Prestadores de Serviços, Agenda de trabalho. Titular: Elenilson Silva de Souza, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), Usuário, Agenda de trabalho. Titular: Elgiane de Fátima Machado Lago, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Francisco Runja Manoel Antonio, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL), Usuário, Motivos pessoais. Titular: Gilson Silva, Força Sindical (FS), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Helena Ferreira Magalhães, União Brasileira de Mulheres (UBM), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Heliana Neves Hemetério dos Santos, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: José Eri Borges de Medeiros, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Gestor, Participação 1º Suplente. Titular: José Ramix de Melo Pontes Junior, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: José Vanilson Torres da Silva, Movimento Nacional População de Rua (MNPR), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Luiz Carlos Medeiros de Paula, Federação Nacional de Associações de Diabético (FENAD), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Maurício Cavalcante Filizola, Prestador de Serviço, Agenda de trabalho. Titular: Rosa Maria Anacleto, Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Vitória Davi Marzola. União Nacional dos Estudantes (UNE), Usuário, Rodízio de titularidade. Ana Lúcia, participa da reunião como integrante da Mesa Diretora para contribuir na coordenação dos trabalhos; e Elenilson Silva (por conta própria). **APRESENTAÇÃO DE NOVOS (AS) CONSELHEIROS (AS) NACIONAIS DE SAÚDE – I - ENTIDADES E MOVIMENTOS NACIONAIS DE USUÁRIOS DO SUS.** 2º Suplente: Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) - Alcebias Mota Constantino - (substituindo Ubirajara Nazareno Sompré). Portaria DE Pessoal GM/MS Nº 847, DE 22 DE agosto DE 2024 - Publicado em: 26/08/2024 | Edição: 164 | Seção: 2 | Página: 45. **II - ENTIDADES NACIONAIS DOS PROFISSIONAL DE SAÚDE, INCLUÍDA A COMUNIDADE CIENTÍFICA DA ÁREA DE SAÚDE** - 2º Suplente: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) - Derivan Brito da Silva - (substituindo Ricardo Lotif Araujo). Portaria GM/MS Nº 5.284, de 22 de agosto de 2024 - Publicado em: 26/08/2024 | Edição: 164 | Seção: 1 | Página: 68. **IV - SEGMENTO DO GOVERNO FEDERAL** - 2º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - Nilton Pereira Júnior - (substituindo Aristides Vitorino de Oliveira Neto). Portaria GM/MS Pessoal Nº 852, de 26 de agosto de 2024 - Publicado em: 27/08/2024 | Edição: 165 | Seção: 2 | Página: 44. **COORDENADORES (AS) DE PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE –** Carlos Cesar de Oliveira Sousa – Roraima – Norte. Geiza Pinheiro Quaresma – Espírito Santo – Sudeste. Itamar Silva dos Santos - Rio Grande do Sul – Sul. Jefferson de Sousa Bulhosa Júnior – Distrito Federal – Centro Oeste. Sueli Terezinha do Nascimento – Ceará – Nordeste **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE SETEMBRO –** Setembro amarelo - Prevenção ao suicídio. Setembro verde - Doação de órgãos. Setembro dourado - Câncer infanto-juvenil. 1/set. - Dia do Profissional de Educação Física. 3/set. - Dia do Biólogo. 5/set. - Dia Nacional de Conscientização e Divulgação da Fibrose Cística. 5/set. - Dia Oficial da Farmácia. 8/set. - Dia Mundial da Fisioterapia. 8/set. - Dia Nacional de Luta por Medicamento. 9/set. - Dia do Veterinário. 10/set. - Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio. 15/set. - Dia Mundial de Conscientização sobre Linfomas. 16/set. - Dia Internacional para a Prevenção da Camada de Ozônio. 17/set. - Dia Mundial da Segurança do Paciente. 18/set. - Dia Nacional de Conscientização e Incentivo ao Diagnóstico Precoce do Retinoblastoma. 19/set. - Dia Internacional de Atenção aos Acidentes Ofídicos. 19/set. - Dia do Ortopedista. 19/set. - Aniversário do SUS (Lei 8.080/90). 21/set. - Dia Nacional de Luta da Pessoa com Deficiência. 21/set. - Dia Mundial da Doença de Alzheimer e Dia Nacional de Conscientização da Doença de Alzheimer. 22/set. - Dia Nacional do Atleta Paraolímpico. 22/set. - Dia Internacional da Juventude. 23/set. - Dia de Combate ao Estresse. 23/set. - Dia Internacional contra a Exploração Sexual e o Tráfico de Mulheres e Crianças. 25/set. - Dia Internacional do Farmacêutico. 26/set. - Dia Nacional dos Surdos. 27/set. - Dia do Idoso. 27/set. - Dia Nacional 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. **INDICAÇÕES – 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 adjunta 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 Sarmiento, 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 Transmissíveis, 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 Compôr 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 Secretária 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 Secretária 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 61ª Reunião do Conselho Diretor da Organização Pan-  
296 Americana da Saúde (OPAS), 76ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da

Saúde (OMS) para as Américas, de 30 de setembro a 04 de outubro de 2024, em Washington.

*Indicação (referendar):* Conselheiro Fernando Pigatto (CONAM), Presidente do CNS.

**Deliberação: as indicações foram apresentadas por unanimidade. RELATÓRIO DA MESA DIRETORA** - Devido ao avançado da hora, o relatório não foi lido, mas será enviado a todos para conhecimento.

**ITEM 3 - COMEMORAÇÕES DOS 25 DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO E 10 ANOS DE GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA** - *Apresentação:* **Adriana da Silva**, representante da União de Negras e Negros Pela Igualdade - UNEGRO Espírito Santo, membro da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição - CIAN; **Kelly Poliany de Souza Alves**, Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN/DEPPROS/SAPS/MS; **Patrícia Jaime**, Vice-diretora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP-USP; conselheira **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN/CNS.

*Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, conselheira **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, coordenadora da CIAN/CNS, agradeceu a Mesa Diretora do CNS por pautar este tema, considerando a importância da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN e do Guia Alimentar importantes instrumentos para a saúde da população brasileira. A seguir, foi aberta a palavra às convidadas, com a leitura dos currículos de cada uma. A Coordenadora-Geral da CGAN/DEPPROS/SAPS, **Kelly Poliany de Souza Alves**, começou agradecendo o CNS por pautar este tema e por estimular este debate nos Conselhos Estaduais de Saúde. Explicou que a PNAN demarca 25 anos de compromissos do SUS com a melhoria da saúde e nutrição da população brasileira e este período demarca intenções, contingências e condições de possibilidades, assim como o próprio Sistema. Recordou o contexto no final da década de 1990, salientando que a Política, aprovada em 1999, atestou o compromisso do Ministério da Saúde com os males relacionados à escassez alimentar e à pobreza, sobretudo a desnutrição infantil e materna, bem como o complexo quadro dos excessos já configurados no Brasil pelas altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade na população adulta. Lembrou o contexto institucional no final da década de 1990, momento em que a Política foi instituída, destacando: a reforma gerencial do Estado Brasileiro a partir de 1995 e a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – autarquia vinculada ao Ministério da Saúde responsável por programas nacionais de alimentação e nutrição no país entre 1972 e 1997 (25 anos). O presidente era indicado pelo Presidente da República (Também foi extinta a CEME – Central de Medicamentos); e criação da Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação no Ministério da Saúde (Secretário João Yunes) - Departamento de Formulação de Políticas de Saúde: I - coordenar os processos de formulação, revisão e reorientação de políticas de saúde; II – divulgar as políticas formuladas por diferentes meios de comunicação. Além disso, lembrou que a PNAN trouxe a perspectiva do direito humano à alimentação e foi estratégica para manter o tema da Segurança Alimentar e Nutricional - SAN na agenda do governo federal, após a extinção do CONSEA (criado em 1993 e extinto em 1995). Também destacou que a implementação da PNAN seguiu os passos da implementação da Estratégia Saúde da Família. Ou seja, a Política aconteceu junto com movimento de municipalização do SUS e fomento à Atenção Básica à Saúde por meio da expansão do Programa Saúde da Família. Em 2003, a Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - CGPAN passou a ser vinculada ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde - DAB/SAPS. Seguindo, explicou que o contexto institucional, após 10 anos (2009) era muito diferente, com outras políticas temáticas, com destaque para: 2010 - 26 seminários estaduais e um nacional, em parceria com Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição/Conselho Nacional de Saúde; 2011 - alinhamento com as necessidades de saúde da população brasileira derivadas de modificações no quadro epidemiológico e socioeconômico, novas direções de gestão e atenção à saúde adotadas no SUS nos últimos anos e responsabilidades do setor saúde junto ao SISPAN; e nova versão da PNAN pactuada e aprovada na Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, em 27 de outubro de 2011 (Portaria nº 2.715, de 17/11/11 - publicada no DOU em 18/11/11). Além disso, institucionalização do Sistema Alimentar e Nutricional e sua governança com o Conselho. Nesse contexto, disse que duas questões demandavam respostas: qual o papel da PNAN frente à institucionalização de uma política intersetorial de segurança alimentar e nutricional?; e as novas diretrizes e recomendações para atenção integral à saúde no SUS? Nessa linha, disse que houve atualização dos propósitos e diretrizes da Política: a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e

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



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

das grandes cidades e locais mais afastados das áreas rurais. São eles os mais vulneráveis às consequências sociais da crise econômica e sanitária. No entanto, mesmo antes da pandemia, essa parte da população já era a que mais sofria com os chamados desertos alimentares. Como consequência, produtos industrializados e ultraprocessados chegam com mais facilidade tanto ao mercado quanto à dispensa das famílias. Nessa linha, lembrou que a falta de alimentação adequada e de atividade física são fatores fundamentais para o aumento de doenças crônicas. No mais, disse que o acesso a profissionais também é um problema, já que no SUS existem poucos nutricionistas por região nas unidades de saúde. No mais, salientou que ser negro no Brasil está relacionado diretamente aos declínios do acesso a serviços fundamentais como saúde, educação, renda, valorização dos saberes ancestrais, o que gera impacto na possibilidade de viver com dignidade da população negra. Destacou que um espelho dessa situação são os dados de insegurança alimentar que demonstram que a população negra é mais afetada por essa questão. Finalizando, afirmou que é preciso aprimorar os programas de políticas públicas para que atuem de fato no acesso dessa população aos serviços básicos para uma qualidade de vida ideal que todos merecem. Além disso, as políticas do país precisam considerar a população negra, que é a maioria no país e os conselhos locais precisam priorizar esta pauta, considerando recorte gênero e raça.

**Manifestações.** Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** salientou que a insegurança alimentar e nutricional persiste no país, principalmente para os povos indígenas e os alimentos distribuídos, em cestas básicas, são industrializados, desconsiderando a cultura desse povo. Além disso, destacou que muitos indígenas, que saem das aldeias para buscar as cestas básicas de alimentos, não têm transporte para voltar, o que também é um dificultador. Por fim, disse que a desnutrição ainda é um problema do Brasil que acomete a população em situação de maior vulnerabilidade, com reflexos inclusive no desenvolvimento das crianças. Conselheiro **Marcos Pedrosa** saudou a mesa e lembrou o protagonismo do país na área de alimentação e nutrição, com referência ao trabalho do professor pesquisador Josué de Castro. Também manifestou satisfação com a divulgação das experiências exitosas do SUS/Brasil, a exemplo da Rede de Bancos de Leite e ressaltou que alimentação e nutrição são indissociáveis do cuidado integral defendido pelo Sistema. Por fim, frisou que o setor saúde possui papel importante no Programa Brasil sem Fome, lançado pelo Presidente da República. Conselheira **Paula Jhons** destacou a importância deste debate e salientou que é preciso continuar a defesa do consumo de “comida de verdade” (20% das calorias consumidas no Brasil são ultraprocessados, menos que outros países). Também solicitou o apoio à Campanha Reforma Saudável ([Reformasaudavel.org.br](http://Reformasaudavel.org.br)) que defende mais impostos para ultraprocessados e menos impostos para alimentos saudáveis. Por fim, fez menção ao livro “Gente ultraprocessada: por que comemos coisas que não são comida, e por que não conseguimos parar de comê-las”, de Chris van Tulleken, que duvidou da hipótese formulada pelo brasileiro Carlos Monteiro. O médico britânico entendia ser inviável que um grupo específico de produtos alimentícios — os ultraprocessados — pudesse ser responsabilizado pela explosão global dos índices de doenças crônicas não transmissíveis. Conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos** cumprimentou a mesa pelas ricas explicações e enfatizou que a articulação de políticas públicas em relação à segurança alimentar nos diferentes espaços ainda não existe, porque o racismo ainda é uma realidade do país. Dessa forma, avaliou que é preciso ação individual para trabalhar contra o preconceito que existe em cada pessoa. Conselheira **Priscila Torres da Silva** fez um recorte sobre a pessoa com obesidade e a dificuldade para o tratamento, lembrando que o SUS possui apenas 37.537 nutricionistas na rede e 7.707 na atenção primária. Portanto, é preciso garantir as condições de acesso aos profissionais de nutrição na atenção primária à saúde e fortalecer o papel do nutricionista no cuidado básico. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva** salientou que é preciso avançar no debate sobre alimentação/nutrição, respeitando a cultura e a tradição dos povos e assegurando a qualidade dos alimentos produzidos. Conselheira **Ligia Aparecida Correa Cardieri** saudou as pessoas convidadas pelas explicações e sugeriu a elaboração de cartilha explicativa sobre o “Guia Alimentar para a População Brasileira”, com linguagem acessível, de fácil compreensão, para ser amplamente divulgada à população. Também perguntou sobre o incentivo aos hospitais públicos para que ofereçam alimentos mais saudáveis e o que pode ser feito para enfrentar o problema do uso indiscriminado de agrotóxicos na produção de alimentos. Conselheira **Altamira Simões dos Santos de Sousa** também saudou a mesa pelas ricas explicações e, reconhecendo a importância do Guia, ponderou que é preciso considerar que populações específicas, como comunidades tradicionais e povos de terreiro, possuem cultura alimentar ligada ao sagrado e à herança ancestral. E, na questão da obesidade, salientou que é preciso

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

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

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

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

1077 importância de políticas públicas educativas e de orientação voltadas aos vários setores, para  
1078 mudar esse quadro. Explicou que a comunidade LGBTQIAP rompe a moral cristã de que o  
1079 sexo é uma prática exclusiva do casamento heterossexual, uma ideia fundada no início da  
1080 sociedade (a mulher sai da “propriedade” do pai para o marido e o sexo possui a finalidade  
1081 única de procriação). Disse que essa “moral cristã” está arraigada na sociedade brasileira,  
1082 considerando inclusive que o Brasil é um país essencialmente cristão, o que dificulta o combate  
1083 à violência contra a comunidade LGBTQIAP. Reconheceu que houve avanços na garantia dos  
1084 direitos das mulheres, entre eles, Lei Maria da Penha (que protege também mulheres lésbicas,  
1085 transexuais e bissexuais), mas é preciso refletir porque esses direitos não são efetivados.  
1086 Lembrou que o assassinato de mulheres sempre foi uma realidade, na época da colonização, a  
1087 “caça às bruxas”, execução de mulheres, inclusive utilizada como ferramenta para conseguir  
1088 territórios e, hoje, ocorre na forma de feminicídio, lesbocídio e transfeminicídio. De acordo com  
1089 relatórios da Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA, a maioria de mulheres  
1090 transexuais assassinadas está na idade média de 35 anos de idade. Além disso, frisou que o  
1091 Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP publica anualmente o Anuário Brasileiro de  
1092 Segurança Pública, que reúne dados do setor de segurança pública no Brasil, inclusive sobre  
1093 violência contra as mulheres. Todavia, é preciso considerar que esses dados são  
1094 subnotificados. Salientou que o sistema de justiça precisa adaptar-se aos novos regramentos e  
1095 às questões de gênero, raça e classe, a fim de conseguir implementar, de fato, as leis.  
1096 Destacou, ainda, que as vítimas de feminicídio no Brasil, mulheres cisgênero e heterossexual,  
1097 com média de idade de 35 anos, foram assassinadas dentro de casa por seus companheiros.  
1098 Ou seja, a maior parte da população, que é feminina, está sendo assassinada em razão de  
1099 gênero, e a sociedade não consegue desconstruir os conceitos que causam esses assassinatos  
1100 de mulheres - lésbicas, bissexuais, transexuais, intersexo ou cisgêneras. Frisou que este é um  
1101 problema social, porque a sociedade ignora os dados e é essencial entender a diversidade,  
1102 que precisa ser pautada de acordo com suas subjetividades e as discriminações a elas  
1103 direcionadas. Afirmou que as discriminações criadas no período colonial ainda estruturam a  
1104 sociedade, portanto, é essencial combatê-las para proteger as mulheres, de acordo com os  
1105 recortes necessários. Nessa linha, lembrou que as mulheres negras são as mais violentadas e  
1106 assassinadas; mulheres lésbicas ou mulheres bissexuais enfrentam dificuldade para conseguir  
1107 atendimento de saúde, além de recusa e negligenciamento. Inclusive, lembrou que o Supremo  
1108 Tribunal Federal reconheceu a LGBTfobia como uma discriminação racista, assim, a recusa e a  
1109 negligência no atendimento, além de discriminatórias e inconstitucionais, têm impacto direto no  
1110 SUS, causando adoecimento e morte desta parcela da população. Disse que na última reunião  
1111 do Conselho Nacional de Direitos das Mulheres foi assinado acordo entre o Ministério dos  
1112 Direitos Humanos e Ministério das Mulheres para fomento de pesquisas e políticas públicas  
1113 voltadas à saúde das mulheres LGBTIs. Finalizando, sugeriu que o Conselho, em parceria com  
1114 outros espaços sociais, proponha protocolos para ensinar a enfrentar as discriminações que  
1115 influenciam os serviços de saúde. A segunda expositora foi **Aline Luana de Oliveira Chaves**,  
1116 Coordenação Nacional do Coletivo LGBTI+ do MST, que começou agradecendo o convite e  
1117 afirmando que existe uma estrutura social enraizada em preconceitos racistas e patriarcais,  
1118 que dificulta a inclusão e acolhimento da população LGBTQIA+ em questão nos ambientes da  
1119 saúde. Um exemplo recorrente é a falta de reconhecimento do nome social de pessoas trans  
1120 ao não serem tratadas pelo nome social ou ao gênero com o qual se identificam, mesmo antes  
1121 de formalizarem sua retificação legal. Disse que as pessoas se sentem desrespeitadas e  
1122 expostas a situações de violência, e a falta de respeitabilidade compromete a prestação de  
1123 cuidados integrais à saúde dessas pessoas. Destacou que a dificuldade vivenciada por esta  
1124 população guarda relação com o padrão heteronormativo que os classifica como “diferentes” e  
1125 cria grande desigualdade contra essas pessoas nos serviços de saúde. Assim, o próprio  
1126 sistema constitui e padroniza cuidados médicos conforme as genitálias de nascimentos dos  
1127 sujeitos – o que gera uma série de violências, como por exemplo, a restrição do acesso a  
1128 exames e consultas ginecológicas de homens trans. Explicou que a construção das políticas  
1129 públicas para a população LGBTQIA+ é caracterizada pela participação social na definição de  
1130 suas prioridades. Nessa linha, abordou algumas razões pelas quais as demandas por políticas  
1131 públicas e ações afirmativas e/ou preparatórias se configuram em questões públicas. Lembrou  
1132 que as políticas públicas do Brasil estão engendradas ao recorte binário cisgênero  
1133 heterossexual que não/ou pouco contempla as necessidades específicas de lésbicas e  
1134 sapatão, (re) produzindo precariedade e desigualdade no reconhecimento da diversidade.  
1135 Considerando as desigualdades de acesso aos serviços públicos, são necessárias medidas  
1136 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 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; e  
1154 dificuldade de coleta 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 família, 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 reprimidos. 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 desconstruem normas sociosexuais (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

1197 reprodução. Acrescentou que a sexualidade está intrinsecamente relacionada com as  
1198 principais questões que atravessam a atualidade, como as étnico-raciais, o terrorismo, a  
1199 migração, os conflitos do mundo neocapitalista e as relações pós/neocoloniais. O (não) lugar  
1200 dos corpos negros e indígenas nos debates sobre sexualidade expõe a necessidade de incluir  
1201 nessa reflexão outros processos sociais para além da desigualdade sexual, como o racismo e  
1202 o etnocentrismo. Explicou que a colonialidade tem como conceito e característica analisar os  
1203 diversos tipos de opressão definidos a partir de estruturas de gênero, etnia e raça. É uma  
1204 forma de conhecer e desafiar aspectos que tomam o Ocidente, a branquitude, o masculino e a  
1205 heterossexualidade como medida do humano. No que diz respeito aos direitos da diversidade  
1206 sexual, explicou que os direitos sexuais, hoje tidos como direitos humanos, asseguram o livre  
1207 exercício da sexualidade, da autonomia na tomada de decisões sobre o próprio corpo e a  
1208 igualdade de gênero. Além disso, englobam outras garantias, dentre elas o direito à saúde  
1209 integral regulamentado pela legislação brasileira. Detalhou que a noção de que as identidades  
1210 sexuais não heterossexuais seriam "patologias", caracterizadas como "transtornos ou  
1211 inversões sexuais" de pessoas "degeneradas" a serem "curadas" é considerada ultrapassada.  
1212 Atualmente, reconhecem-se as identidades LGBTIA+ como parte da diversidade humana com  
1213 igual dignidade às demais. Portanto, é preciso superar a compreensão que via essas  
1214 identidades como "espécies de homossexualidades", para o reconhecimento das  
1215 especificidades das questões de saúde de cada um dos segmentos da sigla. Sobre as Políticas  
1216 de Saúde, explicou que o Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Saúde Integral  
1217 de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº  
1218 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Atualmente, a Portaria que institui a Política encontra-se  
1219 na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017. Detalhou que a Política Nacional de Saúde  
1220 LGBT é determinante na elaboração das políticas públicas de saúde no Brasil e um marco  
1221 histórico de reconhecimento das demandas desta população. É também um documento  
1222 indicador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos  
1223 postulados de equidade. A Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a  
1224 integralidade, a equidade em saúde e com a efetiva participação da comunidade. Acrescentou  
1225 que os cidadãos que utilizam o nome social têm esse direito resguardado pelo Decreto nº  
1226 8.727, de 28 de abril de 2016, assim como, definições orientadoras pela Política LGBT e pela  
1227 Carta de Direitos dos Usuários da Saúde. A Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, dispõe  
1228 sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, e apresenta a Carta de Direitos dos  
1229 Usuários da Saúde. Inclusive, destacou que o CNS é um agente importante para a  
1230 implementação da Política LGBT no SUS, pois o Conselho possibilita que usuários,  
1231 trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços tenham lugar no processo de  
1232 tomada de decisões sobre a formulação e execução das políticas de saúde. Essa composição  
1233 ajuda a garantir que as necessidades da população sejam consideradas nas políticas públicas  
1234 e que os recursos sejam usados de maneira adequada. Feito essa contextualização,  
1235 apresentou as ações da Coordenação do Acesso e Equidade -  
1236 CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS voltadas a promoção do acesso e equidade em saúde: **a)**  
1237 Acesso e organização dos serviços de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB é  
1238 a estratégia que articula o acesso da população LGBTIA+ à rede de atenção à saúde, por meio  
1239 das atividades desenvolvida pelas Unidades Básicas de Saúde e no território, de forma  
1240 compartilhada com as equipes da Estratégia Saúde da Família, bem como serviços e equipes  
1241 em todos os níveis de atenção do SUS, e em parceria com outras instituições públicas e da  
1242 sociedade civil. As estratégias de promoção do acesso à saúde da população LGBTIA+ visam,  
1243 sobretudo, afastar a discriminação e o preconceito no sistema de saúde e promover o acesso  
1244 aos serviços de saúde que atendam às necessidades de saúde dessa população. Este deve  
1245 ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS),  
1246 de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores da saúde; **b)** Serviço:  
1247 qualificação dos campos do e-SUS APS e CadSUS - processo de qualificação dos campos do  
1248 e-SUS APS e CadSUS, com o objetivo de construir um conjunto mínimo de dados relacionados  
1249 à equidade. Esse esforço visa garantir que as informações registradas nos sistemas de saúde  
1250 sejam aprimoradas e reflitam as singularidades das populações, assegurando um  
1251 acompanhamento mais preciso e eficaz. Quesitos de Equidade (material em elaboração) - Os  
1252 quesitos da equidade são os campos que contêm informações que permitem identificar as  
1253 populações em situação de vulnerabilidade presentes nos territórios, é com base nesses  
1254 registros realizados por profissionais que atuam na APS que a gestão – de todas as esferas  
1255 administrativas – e as próprias equipes poderão visualizar a realidade sociodemográfica e  
1256 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 intersectorial -  
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.  
1301 **Manifestações.** Conselheira **Sílvia Cavalleire Araújo da Silva** destacou a importância deste  
1302 debate no Conselho, lembrando que a pauta moralista é uma realidade, com interferência  
1303 inclusive nos espaços públicos de gestão. Nessa linha, propôs uma recomendação do CNS ao  
1304 Ministério da Saúde para que todas as unidades de saúde tenham placa comunicando que a  
1305 prática de discriminação contra a identidade de gênero e a orientação sexual constitui crime de  
1306 racismo. Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales** agradeceu as expositoras pelas ricas  
1307 explicações, que contribuíram para aprofundar o debate deste importante tema. Como  
1308 encaminhamento, propôs: ampliar campanhas para registro da orientação sexual e para  
1309 implementação da Política Nacional de Saúde da População LGBTQIA+; garantir a formação  
1310 profissional das equipes da APS para atender a população LGBTQIA+; sugerir agenda para  
1311 atualização da Política Nacional de Saúde da População LGBTQIA+, assegurando a  
1312 participação do CNS; e garantir a participação de representante do CNS para o comitê técnico  
1313 LGBT do Ministério da Saúde. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi** reiterou a  
1314 importância desta pauta que apresenta os desafios e traz visibilidade às lutas. Apresentou as  
1315 seguintes sugestões: incluir essa temática nos currículos de formação das universidades; e  
1316 manter articulação com órgãos internacionais (Organização Mundial da Saúde – OMS e



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

1437 novo ciclo que se iniciou com a eleição do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Disse que o  
1438 Mapa, construído de forma coletiva, significa a participação da sociedade civil organizada na  
1439 elaboração, debate das políticas públicas da saúde e possibilidade de produzir novas políticas  
1440 públicas. Além disso, contribui para consolidação do movimento da saúde brasileira e  
1441 potencializa as ações dos movimentos sociais nos territórios e reforça a disputa da narrativa  
1442 em defesa da democracia e valores civilizatórios da humanidade, além da defesa da ciência e  
1443 do SUS. Pontuou que no Brasil e no mundo há uma disputa dos valores civilizatórios com o  
1444 fascismo, portanto, é preciso fortalecer a democracia, o respeito, a tolerância. Reforçou o  
1445 respeito e a admiração pelos movimentos sociais organizados do país e reconheceu a  
1446 liderança do CNS neste processo, com papel fundamental, por exemplo, na resistência à  
1447 negação da ciência durante a pandemia da COVID-19. Lembrou que mais de 700 mil  
1448 brasileiros perderam a vida e, se não fosse o SUS, haveria muito mais mortes. Lembrou,  
1449 inclusive, fatos antidemocráticos que ocorreram no país – “impeachment” da Presidente da  
1450 República Dilma Rousseff, de forma injusta; prisão do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva,  
1451 de forma injusta, arbitral, ilegal; e utilização de recursos públicos para tentar impedir a vitória do  
1452 Presidente Luiz Inácio Lula da Silva na última eleição (R\$ 350 bilhões). Na linha contrária a  
1453 esses fatos, afirmou que está em curso processo coletivo de reconstrução da participação  
1454 social, com construção de políticas públicas para o povo e com o povo. Nessa linha, disse que  
1455 foram adotadas várias iniciativas: criação do Conselho Nacional de Participação Social;  
1456 retomada do Fórum Interconselhos; criação do Sistema Ministerial de Participação Social;  
1457 construção do Plano Plurianual participativo (participação de 4 milhões de pessoas). Por fim,  
1458 afirmou que o CNS é símbolo da resistência e afirmou que este Colegiado está escrevendo  
1459 mais um capítulo da participação social do país. Encerrado esse primeiro momento, a mesa foi  
1460 recomposta por **Rodrigo Murtinho**, representante da Fiocruz; conselheira **Lúcia Regina**  
1461 **Florentino Souto**, Chefe da Assessoria de Participação Social e Diversidade do Ministério da  
1462 Saúde e coordenadora do projeto; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora  
1463 do CNS. Inicialmente, conselheira **Lúcia Regina Florentino Souto**, Chefe da Assessoria de  
1464 Participação Social e Diversidade do Ministério da Saúde e coordenadora do projeto, saudou  
1465 todas as pessoas presentes a este momento histórico e afirmou que a ferramenta é mais um  
1466 instrumento importante para fortalecer e ampliar iniciativas dos movimentos sociais,  
1467 promovendo redes colaborativas e participativas, na linha da construção do país desejável.  
1468 Destacou que são muitos os desafios a serem enfrentados, entre eles, dar visibilidade à  
1469 participação social. Nessa linha, afirmou que o Mapa é uma importante estratégia para dar  
1470 visibilidade aos movimentos sociais em saúde do país, que são protagonistas na construção e  
1471 na defesa do direito universal à saúde. Assim, proposta é responder, de forma articulada, às  
1472 questões sobre o território que temos e o que queremos, integrando as políticas públicas  
1473 essenciais, com participação social e educação popular. Por fim, disse que as conselheiras  
1474 Heliana Hemetério e Francisca Valda da Silva foram indicadas para representar o CNS na  
1475 condução deste Projeto. Conselheira **Francisca Valda da Silva** saudou todas as pessoas  
1476 presentes e manifestou satisfação com este momento. Disse que o Projeto foi apresentado à  
1477 Mesa Diretora do CNS e o Conselho decidiu participar da iniciativa, com indicação do nome  
1478 dela e da conselheira Heliana Hemetério para representar o Conselho na elaboração do  
1479 Projeto. Salientou que muitos são os desafios estruturais e conjunturais e, portanto, é preciso  
1480 fortalecer o protagonismo da sociedade civil no país. Ressaltou que é preciso lutar contra o  
1481 modelo vigente de autoritarismo, supressão de direitos e tirania fiscal (mínimo para o social e  
1482 máximo para o capital), reforçando a premissa de saúde como investimento e não como gasto.  
1483 Salientou que é essencial fortalecer a participação social e a experiência do setor da saúde do  
1484 Brasil, que é reconhecida e respeitada no mundo. Inclusive, lembrou que o CNS, junto com o  
1485 Ministério da Saúde, foi protagonista na aprovação da resolução da OMS sobre participação  
1486 social para conquistas de sistemas universais de saúde. Por fim, afirmou que a participação  
1487 social, de forma capilarizada, com a força da articulação entre os movimentos sociais  
1488 conectados por meio do Mapa Colaborativo, se fortalecerá para incidir na democratização do  
1489 Estado, com luta em prol da garantia de direitos e da defesa do SUS. O representante da  
1490 Fiocruz, **Rodrigo Murtinho**, salientou que a Plataforma faz parte de um conjunto de  
1491 plataformas que visam democratizar o acesso à informação, fortalecer o controle social e  
1492 combater a desinformação. Detalhou que a ferramenta foi construída com base no software  
1493 livre MediaWiki com o objetivo de ser um espaço colaborativo, vivo, em constante construção,  
1494 que reflita a diversidade e a riqueza das iniciativas populares em saúde, fortalecendo a  
1495 democratização do acesso à informação e à tecnologia. Por fim, saudou a equipe responsável  
1496 pelo Projeto. Conselheira **Lúcia Regina Florentino Souto**, coordenadora do projeto,

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

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



1737 que foi considerado positivo. Atenção especializada. Alcançar 21338 leitos de terapia intensiva  
1738 adulto - alcançados 22245 leitos de terapia intensiva, o que foi considerado positivo; alcançar a  
1739 taxa de expansão de procedimentos de cirurgia eletivas propostas para cada ano – houve 18%  
1740 de expansão nacional, e expansão em todas as regiões, com 563.841 cirurgias realizadas por  
1741 meio do Programa Nacional de Filas, o que foi considerado positivo; construir cinco centros  
1742 especializados em reabilitação, financiados pelo Ministério da saúde – considerado regular,  
1743 pois foram construídos apenas dois centros; 23 novas habilitações de centros de reabilitação  
1744 (15 novos serviços e 8 ampliações); construir três oficinas ortopédicas financiadas pelo  
1745 Ministério da saúde - foram construídas 2 oficinas ortopédicas, mas houve cinco novas  
1746 habilitações de oficinas ortopédicas – regular . Assistência Farmacêutica. Em junho de 2023,  
1747 foram anunciadas ações de fortalecimento da ampliação do Programa Farmácia Popular no  
1748 Brasil, com a expansão da oferta de medicamentos gratuitos e credenciamento novas unidades  
1749 em municípios de maior vulnerabilidade social. Com isso, 55 milhões de beneficiários do  
1750 Programa Bolsa Família passaram a ter acesso a 39 medicamentos e fraldas geriátricas  
1751 disponíveis no Programa – avaliação positiva por conta da expansão do Programa Aqui tem  
1752 Farmácia Popular, do relançamento do Programa e retomada do credenciamento de novas  
1753 farmácia popular, de primeiro de 75%, 71 (2022) para 80,5% (2023); expansão do Programa  
1754 Aqui tem Farmácia Popular - 21.909.425 usuários atendidos e 14.948 bilhões de unidades  
1755 farmacotécnicas dispensadas; Adquirir 100% dos medicamentos e insumos estratégicos sob  
1756 responsabilidade de compra centralizada pelo Ministério da saúde para abastecimento do SUS  
1757 - aquisição de 102,86% dos medicamentos e insumos estratégicos são sob responsabilidade  
1758 centralizada no Ministério da saúde - foi positivo; habilitar no mínimo 350 novos municípios o  
1759 programa nacional de qualificação de assistência farmacêutica no sistema único de saúde -  
1760 Qualificar SUS - 350 novos municípios habilitados, foi positivo; implantar o cuidado  
1761 farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde em 30% das farmácias do componente  
1762 especializado das SES e DF - implantação do cuidado farmacêutico no âmbito do SUS em  
1763 22,5% das farmácias do componente –regular. Fortalecimento do Complexo Industrial da  
1764 Saúde - fomento a 10 estruturas tecnológicas críticas; recuperação da capacidade dos  
1765 laboratórios públicos oficiais; estímulo a alianças estratégicas e projetos de cooperação  
1766 voltados para pesquisa - novos produtos e serviços. Parte do recurso viabilizado em 2023, por  
1767 meio do PAC, está sendo utilizado por esses projetos ou possui previsão para utilização em  
1768 outros instrumentos que estão em análise para o ano de 2024 – considerado regular.  
1769 Assistência à População Yananomami. Realizar 14 rotinas de retirada de resíduos do polo  
1770 base Surucucu - 16 rotinas realizadas, considerado positivo; 100% de adequação das  
1771 estruturas de reforma provisória do CASAI - realizado 80% de adequação, conclusão de  
1772 melhorias e adequações das instalações sanitárias e acompanhamento da entrega do projeto  
1773 para a CASAI Yanomami - considerado regular; elaborar 100% do projeto de reforma e  
1774 ampliação do polo base surucucu - elaboração de 100% do projeto de reforma e ampliação do  
1775 polo base Surucu; ampliação para 1256 o número de vagas de profissionais em atuação no  
1776 território Yanomami – ampliação para 1404, acima do número previsto - considerado positivo; e  
1777 incluir diversas categorias - 36 médicos, 129 enfermeiros, 21 dentistas, 335 técnicos de  
1778 enfermagem, 244 agentes indígenas de saúde – ampliado para 1.404, acima do previsto,  
1779 considerado positivo. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador da COFIN/CNS,  
1780 agradeceu o assessor da COFIN/CNS pela apresentação e fez esclarecimentos adicionais  
1781 sobre os pontos apresentados. Explicou que o ano de 2023 começou com grande demanda  
1782 acerca da população Yanomami, portanto, foi feito recorte, com avaliação positiva. Salientou  
1783 que a COFIN/CNS cumpriu o acordo com o Pleno do Conselho de análise com recorte sobre  
1784 as entregas relativas ao RAG/MS/2023. **Manifestações.** Conselheira **Shirley Marshal Díaz**  
1785 **Morales**, após elogiar o trabalho da COFIN, fez os seguintes apontamentos: o CNS ainda não  
1786 aprovou a PAS, porque foi pactuada a necessidade de melhorias (neste momento, essas  
1787 melhorias foram apresentadas); e a COFIN apontou as entregas positivas do RAG/MS/2023,  
1788 mas o Relatório enviado pelo Ministério da Saúde e não analisado pelas comissão não  
1789 contemplada os apontamentos /inserções. Desse modo, sugeriu que naquele momento o Pleno  
1790 avaliasse a PAS; e que o RAG retornasse à COFIN e ao Ministério da Saúde para inserção e  
1791 avaliação posterior do Conselho. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** cumprimentou a  
1792 COFIN/CNS pelo produto apresentado e fez um destaque para os seguintes avanços: aumento  
1793 de recurso da atenção básica; reestruturação do PNI; e ampliação da cobertura da assistência  
1794 farmacêutica. Por fim, reforçou a importância de ampliar o diálogo da SPO com as demais  
1795 áreas técnicas do Ministério da Saúde, a fim de assegurar que o Relatório reflita o que foi feito  
1796 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

breve informe sobre o processo preparatório da 4ª CNGTES. Explicou que as dificuldades relativas ao prazo para realização das conferências estaduais foram negociadas caso a caso e resolvidas, com o compromisso de entrega dos documentos dentro do prazo. Além disso, foram realizadas diversas atividades preparatórias e outras seriam realizadas no mês de novembro. No quadro geral, informou que foram realizadas 24 conferências estaduais e a do Distrito Federal e mais três serão realizadas, com compromisso de envio dos documentos dentro do prazo. Além disso, comunicou que as conferências livres estavam ocorrendo dentro do determinado e ainda havia prazo para inscrição de atividades autogestionadas (até aquele momento, doze inscrições). Salientou que a comissão organizadora da 4ª CNGTES e as comissões temáticas vinham se reunindo, com participação efetiva da Secretária da SGTES/MS. Além disso, destacou que outros assuntos relativos ao mundo do trabalho, a exemplo da carreira única, estavam em debate na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – MNNPSUS. Também justificou que a ausência da conselheira Francisca Valda, coordenadora geral da 4ª CNGTES, que participava de atividade externa sobre a Conferência. Por fim, disse que o tema era de interesse de todos os segmentos, pois garantir condições objetivas para a gestão do trabalho no SUS significa garantir atendimento à população, segundo os princípios do Sistema. Para conhecimento. Não houve deliberação. 5ª

**Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - Conselheira Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, fez um informe sobre a 5ª 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 4ª CNGTES, que é uma das etapas preparatórias da 5ª 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 5ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras. Nos termos da Resolução, o calendário das etapas da 5ª 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: 12ª RENASTTÃO – 5 a 7 de novembro de 2024; e 4ª 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 5ª 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: 3ª Conferência regionalizada de saúde do trabalhador e da trabalhadora da região do café, 30 e 31 de outubro de 2024, em Cacoal, Rondônia; e 1ª 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 5ª 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 5ª 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 5ª CNSTT. Feito esse informe, a mesa colocou em votação o calendário das etapas da 5ª 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 357ª 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 357ª 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 Díaz 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.