



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos nove e dez dias do mês de outubro de 2024, no Hotel Brasília Imperial, Setor Hoteleiro Sul, Quadra 3, Bloco H, Asa Sul, Brasília/DF, realizou-se a 359ª Reunião Ordinária do CNS. Os objetivos da 359ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Prestigiar o lançamento da Cartilha para pessoas conselheiras de saúde sobre a Política de Assistência Farmacêutica, elaborada pelo Projeto Integra. **2)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **3)** Conhecer e deliberar sobre o Plano de Enfrentamento da Dengue. **4)** Debater e deliberar sobre o Censo da Força de Trabalho em Saúde no Brasil e as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho - CIRHRT. **5)** Conhecer e apreciar a situação dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro. **6)** Debater e apreciar as ameaças dos Planos de Saúde ao SUS. **7)** Conhecer e debater sobre as ações desenvolvidas pela Secretaria de Informação e Saúde Digital - SEIDIGI/MS. **8)** Compartilhar e deliberar sobre as demandas da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **9)** Conhecer e apreciar as questões relativas à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, especialmente sobre o envolvimento do paciente e do público em pesquisas. **10)** Apreciar e deliberar sobre os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, dos Grupos de Trabalho e das Câmaras Técnicas. **MESA DE ABERTURA – Swendemberg Barbosa**, Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Ministro da Saúde em exercício; conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS (*participação remota*); e conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello**, da Mesa Diretora do CNS. O Secretário Executivo do Ministério da Saúde, **Swendemberg Barbosa**, Ministro da Saúde em exercício, participou da abertura da reunião, com saudações às pessoas conselheiras presentes e as que acompanham a sessão de forma remota e justificou a ausência da Ministra de Estado da Saúde, que cumpria agenda fora do Brasil. Fez referência às eleições municipais realizada naquele mês e sinalizou que o Ministério da Saúde estava atento para receber os novos secretários municipais de saúde, reiterando compromissos assumidos. Disse que a política de comunicação do governo federal e do Ministério da Saúde divulgará as ações governamentais adotadas no âmbito estadual e solicitou aos conselhos estaduais e municipais de saúde que acompanhem a implementação. Também reforçou a importância de devolutiva das entidades e dos movimentos sociais sobre as ações adotadas. Desse modo, colocou a assessoria de comunicação do Ministério da Saúde à disposição para apresentar as ações do Ministério da Saúde, na reunião ordinária do CNS do mês de novembro. Aproveitou para informar que as obras do Plenário do Conselho estavam em fase final e a próxima reunião seria realizada naquele local. Por fim, agradeceu o espaço e justificou que precisaria retirar-se para cumprir agenda da pasta. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 359ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA ATA DA 356ª 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 359ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação:** a pauta da 359ª Reunião Ordinária foi aprovada por unanimidade. **APROVAÇÃO DA ATA DA 356ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação:** a ata da 356ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade. **Apresentação do vídeo da Websérie “Aqui Tem Conselho Local de Saúde”.** A 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. Nesta reunião foi reproduzido vídeo que apresenta a experiência da instalação do conselho local no Município de Porto Alegre/RS, Região Sul. Para conhecimento. **ITEM 2 – LANÇAMENTO DA CARTILHA PARA PESSOAS CONSELHEIRAS DE SAÚDE SOBRE A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA,**

**CONSTRUÍDA PELO PROJETO INTEGRA** - *Apresentação:* **Fernanda Manzini**, Integrante da coordenação executiva do Projeto Integra; **Marco Aurélio Pereira**, Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - DAF/SECTICS/MS; conselheira **Silvana Nair Leite**, Coordenação Executiva e Comissão Organizadora do Projeto Integra; e conselheira **Debora Raymundo Melecchi**, Coordenadora Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica - CICTAF, *participação remota*. *Coordenação:* conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Silvana Nair Leite**, Coordenação Executiva e Comissão Organizadora do Projeto Integra, começou sua fala cumprimentando todas as pessoas e manifestando satisfação com este momento. Contextualizando, explicou que o Projeto Integra surgiu da necessidade de mobilizar a população para o enfrentamento das críticas condições sanitárias, sociais e políticas vividas neste período e no futuro próximo. Trata-se de um projeto de formação de lideranças e mobilização social, promovido pelo Instituto Escola Nacional dos Farmacêuticos - ENFar, pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – SECTICS e conta com o apoio da Federação Nacional dos Farmacêuticos - Fenafar e da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS. Detalhou que os objetivos do Projeto são: promover estratégias para a integração de políticas e práticas de vigilância em saúde, de assistência farmacêutica, e de ciência, tecnologia e inovação em saúde no âmbito da gestão participativa e dos movimentos sociais; e criar e fortalecer uma rede intersetorial e integrada de lideranças capazes de atuar colaborativamente para a defesa do desenvolvimento da ciência, das políticas públicas, da soberania nacional e do controle social da saúde. O público alvo do projeto é: conselheiros de saúde, integrantes dos movimentos sociais e das entidades da sociedade civil organizada, profissionais e gestores da saúde, professores, pesquisadores e estudantes, interessados em atuar no cenário político e social através da integração das políticas de saúde. Disse que a Explicou que a SECTICS /MS contribui na organização do Projeto, inclusive para contribuir no cumprimento da meta de subsidiar os conselhos sobre a temática do direito à assistência farmacêutica. Seguindo, a integrante da coordenação executiva do Projeto Integra, **Fernanda Manzini**, fez um relato sobre o processo de elaboração da Cartilha para Pessoas Conselheiras de Saúde sobre Política de Assistência Farmacêutica, construída pelo Projeto Integra, comentando, inicialmente, a relação entre assistência farmacêutica e controle social. Salientou que a PNAF foi a primeira política pública instituída pelo controle social, aprovada nos termos da Resolução CNS nº 338/2004. Lembrou que, em 2019, os medicamentos representaram cerca de 10% do orçamento total da saúde, o que demonstra a relevância desse item nas despesas de saúde (prestação de contas como é realizada atualmente não evidencia os detalhes necessários da área). Além disso, a análise de atas de conselhos estaduais e municipais indica que o tema está presente nas discussões, o que também aponta para a necessidade de educação permanente constante nos conselhos de saúde. Salientou que, apesar da importância de comissões assessoras ou grupos de trabalho sobre ciência, tecnologia e assistência farmacêutica, há poucos espaços sobre esse tema nos CES e CMS. Detalhou que a produção do material contou com as seguintes etapas: Etapa 1: definição dos temas em oficina com a CICTAF e formulário para envio de sugestões; Etapa 2: definição de conteudistas com experiência na temática do controle social e de AF no SUS; e Etapa 3: oficinas para produção de conteúdo. Como resultado, destacou a Cartilha “Direito à Assistência Farmacêutica: protagonismo do controle social Diretrizes para ação dos conselhos de Saúde”, que conta com duas personagens protagonistas Alice, conselheira de saúde e Isabel, gestora da assistência farmacêutica. Destacou que o material é o início de processo de educação permanente, que conta com as seguintes atividades: **1)** Curso autoinstrucional - 500 vagas. Público alvo: conselheiros de saúde e membros participantes de comissões (prioritários)/gestores, profissionais da saúde, acadêmicos e docentes, usuários e demais interessados no tema. Início das inscrições em 15 de outubro de 2024 e início do curso em 11 de novembro de 2024; **2)** Formação de conselheiros - CNS - 30 vagas. Curso autoinstrucional (turma exclusiva) + 12 horas de atividades presenciais. Aprofundamento na temática com casos baseados na realidade vivenciada pelos conselheiros - 1º semestre de 2025; e **3)** Formação de conselheiros - CES 30 vagas/CES Curso autoinstrucional (turma exclusiva) + 12 horas de atividades presenciais. Aprofundamento na temática com casos baseados na realidade vivenciada pelos conselheiros de sete Conselhos Estaduais - 1º e 2º semestre de 2025. Na sequência, o diretor do DAF/SECTICS/MS, **Marco Aurélio Pereira**, fez uma fala sobre o tema, saudando, inicialmente, todas as pessoas presentes e manifestando sua satisfação em retornar ao Pleno

do Conselho, onde exerceu a função de Secretário Executivo Substituto. Destacou a importância do Projeto Integra e sua realização neste momento em que se comemora 20 anos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, um dos exemplos mais emblemáticos de construção de políticas sociais. Avaliou que o Projeto reforça a importância de construção de políticas de forma coletiva, demonstrando as necessidades das pessoas usuárias. Destacou que a assistência farmacêutica não pode ser vista como compra de medicamento, mas sim como conjunto de ações que envolvem o processo. Ou seja, não basta adquirir o medicamento, se não houver garantia de atendimento local. Saudou a iniciativa de elaboração da cartilha, destacando que se dirige a todos os profissionais envolvidos na assistência farmacêutica e, não apenas aos farmacêuticos. Por fim, citou avanços na área da assistência farmacêutica, resultado da ação do DAF/SECTICS/MS, em parceria com o controle social: reativação do comitê de plantas medicinais e fitoterápicos e ampliação de recursos para investimento nesses dois itens; ampliação dos recursos repassados aos municípios para aquisição de medicamentos; habilitação de novos municípios para receber recursos do Programa Qualificar; e publicação de Portaria do MS que dispõe sobre as diretrizes nacionais do cuidado farmacêutico. Por fim, agradeceu o espaço e colocou-se à disposição para participar de outros debates. Conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello**, da Mesa Diretora do CNS, reconheceu o avanço do Projeto Integra, desde a sua criação, e manifestou satisfação com o lançamento da Cartilha Sobre Política de Assistência Farmacêutica, mais um instrumento que contribuirá para ampliar o conhecimento sobre o tema. Inclusive, sugeriu a elaboração de livro em quadrinhos, na forma de gibi, a fim de fazer chegar informação sobre esse tema, inclusive às crianças. Conselheira **Debora Raymundo Melecchi**, Coordenadora da CICTAF/CNS, participou deste momento de forma remota e manifestou sua satisfação com a participação da CICTAF/CNS neste processo, desde o início. Sinalizou que a Cartilha contribuirá para ampliar o debate sobre a PNAF e os temas relativos à assistência farmacêutica nos conselhos estaduais de saúde, de acordo com a necessidade local, visando a garantia da assistência farmacêutica como direito. Finalizando, o Presidente do CNS agradeceu a presença das pessoas convidadas e sinalizou a importância de ampliar o debate sobre assistência farmacêutica em outro momento. Inclusive, recordou que estava prevista a vinda do Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha, na próxima reunião do Conselho, para explanar sobre as ações da Secretaria. **Não houve deliberação. Para conhecimento.**

**ITEM 3 – 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 outubro. Indicações. Relatório da Mesa Diretora. Coordenação:** conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:** **Ana Carolina Dantas Souza**, Secretária Executiva do CNS. **INFORMES – 1)** Informe sobre o Dia Nacional da Saúde Integral da população Negra. **Apresentação:** conselheira **Heliana Hemetério** (Rede Candaces BR). **2)** Informe sobre a Súmula vinculante nº 60 e o tema nº 1234 do Supremo Tribunal Federal - STF. **Apresentação:** conselheira **Melissa do Amaral** (ACBG Brasil). **3)** Informe sobre a aprovação da Lei nº. 14.924, de 12 de julho de 2024. **Apresentação:** conselheira **Myrian Cruz** (CFN). O Conselho Federal de Nutricionistas passa a ser Conselho Federal de Nutrição, uma vez que, além do exercício profissional de Nutricionistas, o Conselho passa a incluir os Técnicos de Nutrição e Dietética (TND). **4)** Informe sobre o 27 de outubro, que é o Dia Nacional de Mobilização Nacional Pró Saúde da População Negra. **Apresentação:** conselheira **Rosa Anacleto** (UNEGRO). **5)** Oficina "Desafios para a Implementação da Saúde Única/Uma Só Saúde em um Cenário de Mudanças Climáticas". **Apresentação:** conselheiro **Elenilson Souza - BIII**. (MORHAN). Os Conselheiros Alex Motta, João Alves e Maria Laura Bicca, em conjunto com outros membros da CIVS, participaram durante os dias 21 e 22 de setembro da oficina "Desafios para a Implementação da Saúde Única/Uma Só Saúde em um Cenário de Mudanças Climáticas", apresentado no 59º Congresso da Sociedade e Brasileira de Medicina Tropical (MEDTROP 2024). A oficina "Desafios para a Implementação da Saúde Única/Uma Só Saúde em um Cenário de Mudanças Climáticas" resultou na elaboração da Carta de São Paulo, contendo 60 propostas focadas no fortalecimento de políticas públicas que respondam às complexidades que exigem as áreas de saúde humana, animal, vegetal e ambiental. Dentre as 60 propostas, 12 tratam do papel do Controle Social nesse processo. O documento foi aprovado e apresentado durante o 59º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), que neste ano tem como tema "Medicina Tropical sob o olhar da Saúde Única". O evento, conhecido como MEDTROP 2024, sediou a oficina como parte de sua programação preparatória. As propostas estão organizadas em seis eixos, focando na integração entre

saúde humana, animal e ambiental, prevenção de zoonoses e pandemias, segurança alimentar, resistência antimicrobiana e a relação entre meio ambiente e saúde. Importante destacar que entre junho e setembro de 2024, foram realizados sete webinários preparatórios que abordaram temas prioritários, considerando o plano de ação conjunto de “Saúde Única/Uma Só Saúde” desenvolvido pelas organizações — Organização Mundial da Saúde - OMS, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura - FAO, Organização Mundial de Saúde Animal - OMSA e Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente - PNUMA. Essa oficina foi organizada pelo 59º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, pela Rede Saúde Única Brasil (One Health Brasil), pelo Grupo Técnico de Uma Só Saúde (GT-Uma Só Saúde) do Departamento de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA e Conselho Nacional de Saúde - CNS do Ministério da Saúde.**6)** Informe sobre o mês de conscientização da artrite reumatoide (outubro). Uma doença inflamatória crônica que no Brasil atinge mais de 2 milhões de pessoas. *Apresentação:* conselheira **Priscila Torres** (Biored Brasil). Outubro é o mês de conscientização da artrite reumatoide, uma doença inflamatória crônica que no Brasil atinge mais de 2 milhões de pessoas. O Sistema Único de Saúde (SUS) se destaca mundialmente por oferecer um dos melhores protocolos de tratamento que mudou positivamente a característica dessa doença na população brasileira. Eu sou resultado dessa qualidade de tratamento, vivo com AR há 18 anos e não tenho a cara da doença porque o SUS nos permitiu viver sem dor e sem limitações. Por meio da criação do GT/Reumato-CNS aprovado nessa plenária, o CNS segue trabalhando na elaboração da Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Reumáticas, para ampliar a equidade no tratamento das doenças reumáticas, e através desta política será possível ofertar linhas de cuidado integral para todas as pessoas com doenças reumáticas no Brasil. A coordenação da CICTAF e da CIASPP realizou, no dia 02 de outubro reunião instrutiva sobre a decisão do STF sobre a judicialização de medicamentos, debatendo com o DAF, DEJUD, CONJUR, defensorias públicas do estado e da União. O tema será levado à reunião presencial conjunta entre as comissões, no dia 27 de novembro de 2024.**7)** Reforçar a manifestação na Organização das Nações Unidas (ONU) em solidariedade às pessoas trabalhadoras de saúde palestinas diante dos sucessivos ataques e violências a que estão sendo submetidas pelo governo de Israel. Além disso, cobrar ações das organizações internacionais para a proteção e garantia da integridade desses(as) profissionais; Denúncia das violações de Direitos Humanos cometidas pelo governo de Israel contra civis palestinos(as) no âmbito da Corte Internacional de Justiça (CIJ) e do Tribunal Penal Internacional (TPI). *Apresentação:* conselheiro **Dirceu Bartolomeu Greco**. **JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA** – Titular: Alex Gomes da Motta, Pastoral da Saúde Nacional, Usuário, Participação 2º Suplente. 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: Débora Raymundo Melecchi, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), Profissional de Saúde, Razões pessoais. Titular: Francisca Valda da Silva, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Profissional de Saúde, Rodízio de titularidade. Titular: Francisco Runja Manoel Antonio, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL), Usuário, Motivos pessoais. 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 Vanilson Torres da Silva, Movimento Nacional População de Rua (MNPR), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Luiz Carlos Ferreira Penha, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), Usuário, agenda de trabalho. Titular: Luiz Carlos Medeiros de Paula, Federação Nacional de Associações de Diabético (FENAD), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Madalena Margarida da Silva Teixeira, Central Única dos Trabalhadores (CUT), Usuário, Agenda de trabalho. Titular: Maria Thereza Almeida Antunes, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Paula Johns, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ), Usuário, Rodízio de titularidade. Integrantes da Mesa Diretora do CNS participaram da reunião para contribuir na coordenação dos pontos de pauta. **COORDENADORES DE PLENÁRIA** - Jefferson de Sousa Bulhosa Júnior – Distrito Federal – Centro Oeste. José Nazareno Lima

238 Tavares – Amapá – Norte. Maria Izabel Giroto - Santa Catarina – Sul. Osmar de Oliveira  
 239 Cardoso – Piauí – Nordeste. **DATAS COMEMORATIVAS** - Outubro Rosa – Mês da  
 240 Conscientização sobre o Câncer de Mama. 1/out. - Dia Nacional do Idoso e Dia Internacional  
 241 das Pessoas Idosas. 1/out. - Dia Internacional da Doação do Leite Humano. 3/out. - Dia  
 242 Mundial do Dentista. 4/out. - Dia Nacional do Agente Comunitário de Saúde e de Endemias.  
 243 4/out. - Dia da Medicina do Trabalho/ Médico do Trabalho. 5/out. - Dia Nacional de Combate à  
 244 Sífilis e à Sífilis Congênita - 1º sábado do mês. 5/out. - Dia Interamericano da Água - 1º sábado  
 245 do mês. 5/out. - Dia Nacional da Cidadania. 5/out. - Dia Mundial da Meningite. 8/out. - Dia do  
 246 Nordeste. 10/out. - Dia Mundial da Saúde Mental. 10/out. - Dia Nacional de Luta contra a  
 247 Violência à Mulher. 11/out. - Dia Nacional da Pessoa com Deficiência. 11/out. - Dia  
 248 Nacional de Prevenção da Obesidade. 12/out. - Dia da Criança. 12/out. Dia Mundial da Artrite  
 249 Reumatoide. 12 a 18/out. - Semana Nacional de Prevenção da Violência na Primeira Infância.  
 250 13/out. - Dia Internacional para a Redução dos Desastres Naturais. 13/out. - Dia Mundial da  
 251 Visão. 13/out. - Dia Mundial da Trombose. 13/out. - Dia Nacional do Fisioterapeuta e do  
 252 Terapeuta Ocupacional. 15/out. - Dia do Professor. 15/out. - Dia de Conscientização sobre a  
 253 Bengala Branca e a deficiência visual. 15/out. - Dia do Neurologista. 15/out. - Dia Mundial de  
 254 Lavar as Mãos. 16/out. - Dia Mundial e Nacional da Alimentação. 16/out. - Dia do  
 255 Anestesiologista. 17/out. - Dia Nacional da Vacinação. 18/out. - Dia do Médico. 20/out. - Dia  
 256 Mundial e Nacional da Osteoporose. 21/out. - Dia Nacional de Combate à Sífilis. 25/out. - Dia  
 257 do Cirurgião Dentista. 25/out. - Dia Nacional da Saúde Bucal. 27/out. - Dia Nacional de  
 258 Mobilização Pró-Saúde da População Negra. 27/out. - Dia Nacional de Luta pelos Direitos das  
 259 Pessoas com Doenças Falciformes. 27/out. - Dia Mundial do Terapeuta Ocupacional. 29/out. -  
 260 Dia Nacional e Mundial da Psoríase. 30/out. - Dia Nacional de Luta contra o Reumatismo.  
 261 *Inclusão:* Dia nacional do servidor público – 25 de out; e 10 de out. - Dia Mundial da Saúde  
 262 Mental. **INDICAÇÕES – Atividades. 1)** Convite do Fórum Social Brasileiro de Enfrentamento  
 263 das Doenças Infecciosas e Negligenciadas, para participar como palestrante da Mesa de  
 264 Abertura do 9º Fórum Social de Enfrentamento das Doenças Infecciosas e Negligenciadas,  
 265 realizado como evento satélite do 59º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical  
 266 – o MEDTROP, no dia 14 de setembro de 2024. **(VIRTUAL).** *Indicação (referendar):*  
 267 Conselheira **Sylvia Elizabeth** (Retina Brasil), coordenadora adjunta da CIASPP. **2)** Convite da  
 268 Ministra de Estado da Saúde, Nísia Trindade Lima, para participar do “Plano de ação para  
 269 redução dos impactos da dengue e de outras arboviroses”, dia 18 de setembro de 2024, em  
 270 Brasília-DF. (Estava em Brasília). *Indicação (Referendar):* Conselheiro **Cledson Fonseca**  
 271 (RNP+ BRASIL). **3)** Convite da Agenda do Secretário de Atenção Primária à Saúde, para  
 272 participar da mesa de abertura do Encontro Técnico do Cuidado Integral às Pessoas Idosas na  
 273 APS: Um olhar sobre a demência e a saúde mental no envelhecimento, no dia 20 de setembro  
 274 de 2024, em Brasília-DF. (Reside em Brasília). *Indicação (Referendar):* Conselheira **Vânia**  
 275 **Lúcia Ferreira** (CNBB), coordenadora da CIASCV. **4)** Convite da Secretaria de Gestão do  
 276 Trabalho e da Educação na Saúde por meio da Coordenação-Geral de Planejamento da Força  
 277 de Trabalho na Saúde (CGPFTS) e da Coordenação de Dimensionamento da Força de  
 278 Trabalho na Saúde (CODIME), para compor a mesa de abertura do **Evento de lançamento da**  
 279 **primeira Formação Nacional de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em**  
 280 **Saúde no SUS (PDFTS/SUS)**, no dia 25 de setembro de 2024. **(VIRTUAL).** *Indicação*  
 281 *(Referendar):* conselheira **Francisca Valda da Silva** (ABEn), coordenadora da CIRHRT. **5)**  
 282 Convite da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, para participarem na  
 283 **"Oficina Nacional de Educação Permanente em Saúde: Articulando Saberes, Fazeres,**  
 284 **Desafios e Oportunidades para Ressignificar o Trabalho na Saúde"**, nos dias 2 e 3 de  
 285 outubro de 2024, em Brasília-DF. (Custeio SGTES). *Indicação (Referendar):* Conselheira  
 286 **Francisca Valda da Silva** (ABEn), **Francisca Valda da Silva;** e Conselheiro **Anselmo Dantas**  
 287 (FIO), integrante da CIRHRT. **6)** Convite do Conselho Federal de Psicologia (CFP), para  
 288 **participar da reunião do Comitê Nacional Orfandade e Direitos**, no dia **3 de outubro de**  
 289 **2024.** **(Virtual).** *Indicação (Referendar):* Conselheira **Fernanda Magano** (FENAPSI), integrante  
 290 da Mesa Diretora. **7)** Convite da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, para Compôr a  
 291 Mesa de Abertura do Lançamento da Rede de Juventudes Afetadas pela Tuberculose (RJAT),  
 292 dia 03 de outubro de 2024, em Brasília-DF. (Estava em Brasília). *Indicação (Referendar):*  
 293 Conselheira **Ana Lúcia Paduelo** (SUPERANDO), integrante da Mesa Diretora. **8)** Convite  
 294 Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente para participar do “Seminário sobre o futuro  
 295 acordo global de plásticos: desafios e perspectivas para o setor saúde”, dias 08 e 09 de  
 296 outubro de 2024, em Brasília/DF. (Custeio SVSA). *Indicação (Referendar):* Conselheiro **Alex**  
 297 **Motta** (Pastoral da Saúde), coordenador da CIVS. **9)** Convite da Rede de Pesquisa em

Atenção Primária à Saúde da ABRASCO, para participar da mesa de abertura do 3º Seminário on-line de 2024, com o tema “Seminário 30 anos da ESF no SUS: Efeitos no acesso e na saúde da população”, no dia 11 de outubro de 2024. (VIRTUAL). *Indicação (Referendar):* Conselheira **Altamira Simões** (Lai lai apejo), coordenadora CIASB. **10)** Convite do Instituto de Direito Sanitário Aplicado IDISA e da Associação Brasileira de Economia em Saúde ABrES, para participar da Mesa de abertura do I Congresso de Direito Sanitário e Economia em Saúde, no dia 14 de outubro de 2024, em Campinas-SP. **(Custeio CNS).** *Indicação (Referendar):* Conselheiro **Mauri Bezerra** (CNTSS-CUT), coordenador adjunto da COFIN. **11)** Convite do Observatório de Saúde da População Negra, para participar do Seminário sobre o Observatório de Saúde da População Negra: Perspectivas para uma Construção Coletiva, nos dias 16 e 17 de outubro de 2024, no Rio de Janeiro/RJ. (Custeio do evento). *Indicação (Referendar):* conselheira **Heliana Hemetério** (CANDACES), Coordenadora adjunta da CIPPE e integrante da Mesa Diretora. **12)** Convite da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil Pastoral da Saúde, para palestrar no Encontro Regional para fortalecimento e destaque aos Conselhos Locais de Saúde, no dia 18 a 20 de outubro de 2024, em Curitiba-PR. (Custeio CNS). *Indicação (Referendar):* Conselheiro **Alex Motta** (Pastoral da Saúde), coordenador da CIVS. **13)** Convite do CES/Amapá, para participar da Eleição para Coordenação de Plenária do Amapá, nos dias 24 e 25 de outubro de 2024, em Macapa/AP. (Custeio CNS). *Indicação (Referendar):* Conselheiro **Jacildo Siqueira Pinho** (CONTRAF), coordenador CISTT. **14)** Convite do CES-Sergipe, para participar da Eleição para Coordenação de Plenária de Sergipe, no dia 30 de outubro de 2024, em Aracaju/SE. (Custeio CNS). *Indicação (Referendar):* Conselheiro **Mauri Bezerra** (CNTSS-CUT), e coordenador adjunto da COFIN. **15)** Convite do Conselho Municipal de Saúde de Itajaí – COMUSA, Secretaria Municipal de Saúde e a Comissão Organizadora da 1ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - 1ª CMSTT, para participar da 1ª CMSTT de Itajaí, etapa municipal da 5ª CNSTT, na condição de palestrante de abertura, no dia 8 de novembro de 2024, em Itajaí-SC. (Custeio COMUSA). *Indicação (Referendar):* Conselheiro **Jacildo Siqueira Pinho** (CONTRAF), coordenador CISTT. **16)** Convite do Conselho Federal de Farmácia (CFF), para compor a mesa de abertura do III Congresso Brasileiro de Ciências Farmacêuticas (III CBCF), no dia 6 de novembro de 2024, em Foz de Iguaçu/PR. (Custeio Conselho Regional de Farmácia – PE). *Indicação (Referendar):* Conselheira **Veridiana Ribeiro da Silva** (CFF), coordenadora adjunta da CIPPE. **17)** Convite da Comissão Organizadora do VI Encontro Mineiro de Serviços Substitutivos de Saúde Mental, para participar no VI Encontro Mineiro de Serviços Substitutivos de Saúde Mental, compondo a 1ª mesa de debates cujo tema será: “Políticas Públicas, SUS e Reforma Psiquiátrica: Impasses a enfrentar”, de 20 a 22 de novembro de 2024, em Belo Horizonte-MG. (Custeio CNS). *Indicação (Referendar):* Conselheiro **José Vanilson** (MNPR), coordenador adjunto da CISM. **18)** Convite da Pretas Ruas, para participar do II Simpósio “A Rua é Potência - Diálogos sobre Equidade Racial para a População em Situação de Rua, no Painele 2 e demais atividades, dia 26 de novembro de 2024, no Rio de Janeiro-RJ. (Custeio CNS). *Indicação (Referendar):* Conselheiro **José Vanilson** (MNPR), coordenador da CISM. **Indicação em grupos de trabalho e comissões externas.** **19)** Convite da Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micose Endêmicas e Micobactérias não Tuberculosas da SVSA, para indicação de representantes deste Conselho Nacional de Saúde (CNS) para o Comitê Técnico Assessor em Tuberculose (CTA-TB). *Indicação (Referendar):* Titular: **Regina Célia Bueno** (ANAIDS); e Suplente: **Renata Soares** (MNCP). **20)** Convite da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, para compor o Grupo de Trabalho para revisar o componente IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório – da Rede de Atenção Psicossocial. *Indicação (Referendar):* Titular: **José Vanilson Torres da Silva** (MNPR); e Suplente: **Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo** (CFP). **Deliberação: as indicações foram aprovadas por unanimidade.** Antes de iniciar o próximo item de pauta, o Plenário do Conselho fez um minuto de silêncio por conta do falecimento do avô da Secretária Executiva do CNS, Ana Carolina, naquela manhã, e do avô do Secretário Executivo Adjunto, Gustavo Casbral, que falecera na semana anterior. **ITEM 4 – PLANO DE ENFRENTAMENTO DA DENGUE - Apresentação:** **Rivaldo Cunha**, Secretário de Vigilância em Saúde e Ambiente Substituto - SVSA/MS. **Coordenação:** conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS, saudou o convidado e destacou a importância deste tema para toda a população do país. A seguir, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** fez a leitura do currículo do Secretário Substituto de SVSA/MS e deu boas-vindas a ele. O Secretário Substituto de SVSA/MS,

**Rivaldo Cunha**, saudou todas as pessoas e agradeceu o convite para participar deste debate. Explanou sobre o Movimento Nacional de Enfrentamento à Dengue e outras Arboviroses – 2024/2025, abordando: aspectos históricos da dengue; plano de ação para enfrentamento das arboviroses – período 2024/2025; e considerações pessoais sobre o tema. No que diz respeito aos aspectos históricos, destacou registros e fatos demonstrando que a dengue não é um problema novo: documento reporta a epidemias no Rio de Janeiro de 1830 a 1870; relatos sobre a dengue em 1872; dengue em Curitiba/PR – 1830 a 1870; texto sobre manifestação clínica e epidemiológica da dengue - Brasil-Médico, de 31/03/1923, de autoria do professor Antônio Pedro; notícia de surto de dengue em Boa Vista/RR, em 1981 e 1982; registro de surto de dengue na Baixada Fluminense/RJ, entre o final de 1985 e início de 1986 (identificação do sorotipo de dengue tipo 1); e início do movimento para produção da vacina contra a dengue, em 1940. Nessa linha, disse que esse problema antigo prevalecerá até que haja novas tecnologias para controle do vetor. Seguindo, explicou que o objetivo geral do Plano é reduzir os casos prováveis e o número de óbitos por Dengue, Chikungunya, Zika e Oropouche. Neste ponto, frisou ser inconcebível que alguém morra por dengue, pois 95% dos casos são tratados com reidratação. Detalhou que os objetivos específicos do Plano são: implantar novas tecnologias de controle vetorial nos municípios, considerando os riscos à população; preparar a rede de atenção à saúde; e garantir o abastecimento de insumos. Salientou que o Movimento Nacional visa envolver diversos segmentos no enfrentamento à dengue - governo federal, trabalhadores da saúde, universidades, sociedade civil, Municípios, Estados. Nesse sentido, o Plano contempla ações a partir de seis eixos: Eixo 1 – prevenção; Eixo 2 – vigilância; Eixo 3 - controle vetorial; Eixo 4 - organização da rede assistencial; Eixo 5 - preparação e resposta às emergências; e Eixo 6 - comunicação e participação comunitária. No que diz respeito ao Eixo 1 – prevenção, detalhou que estão contempladas as seguintes ações: Prática dos “10 minutos contra a dengue” como ação coletiva de prevenção; Agentes de Controle de Endemias juntamente com a participação comunitária, para redução dos focos de proliferação dos mosquitos transmissores; atuação conjunta dos Agentes Comunitários de Saúde com os Agentes de Controle de Endemias e os Agentes Populares de Saúde; incorporação gradativa de vacinas contra dengue, de acordo com a produção dos fabricantes; e busca ativa daqueles que tomaram a primeira dose da vacina e não retornaram para segunda dose. Em relação ao Eixo 2 – Vigilância Atualização do Infodengue, o Plano prevê: implementar a vigilância dos vírus e de seus transmissores, incluindo a vigilância genômica; estabelecer parceria com o Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia); estabelecer parceria com o Instituto Todos pela Saúde (ITpS) visando o fortalecimento da vigilância laboratorial e hospitalar nas redes privadas e conveniadas; e Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Acerca do Eixo 3 - controle vetorial, as seguintes ações estão contempladas: Estações Disseminadoras de Larvicidas (EDL) em áreas mais vulneráveis; ampliar o método *Wolbachia*, já com resultados em Niterói (RJ), Campo Grande (MS) e Petrolina (PE), e em desenvolvimento nas cidades de Foz do Iguaçu (PR), Londrina (PR) e Joinville (SC); obras da Biofábrica de *Aedes aegypti* com *Wolbachia* – DIS|Distrito de Inovação em Saúde do Ceará (Eusébio/CE); ampliar o uso de insetos estéreis em aldeias indígenas; ampliar a Borrifação Residual Intradomiciliar (BRI) em áreas de alta circulação de pessoas; e ampliar o uso de Bti (*Bacillus thuringiensis israelensis*). Em relação ao Eixo 4 - organização da rede assistencial, as ações são: atualizar protocolos clínicos e diretrizes; novo guia de manejo clínico de Chikungunya; Grupos de apoio técnico estratégico - GATE/Comitês de Apoio aos gestores municipais e estaduais; e parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSERH no apoio para capacitação/sensibilização de manejo clínico das arboviroses e na organização da rede. No Eixo 5 - preparação e resposta às emergências, detalhou que as ações são: atualizar o Plano de Contingência Nacional; definir planos de contingência regionalizados; compartilhar informações do Infodengue com os gestores municipais e estaduais de saúde; e definir agenda com Estados e Municípios para alinhamento de recomendações sobre o plano. Em relação ao Eixo 6 - comunicação e participação comunitária, as ações são as seguintes: executar Plano Estratégico de Comunicação com conteúdo regionalizado; realizar seminários e outras atividades de sensibilização/capacitação para jornalistas; e promover seminários de sensibilização/capacitação para comunicadores e influenciadores comunitários. Explicou que, para as ações, será alocado, neste primeiro momento, o montante de R\$ 1,5 bilhão, assegurando recurso para aquisição de vacinas, insumos para diagnóstico laboratorial, pagamento de plantonistas para garantir terceiro turno de atendimento. Finalizando, pontuou determinantes socioambientais das arboviroses urbanas: fortes chuvas; aquecimento global no limite; falta de fornecimento de água; descarte



inadequado de lixo e falta de coleta em determinados locais; e “apartheid social” nas grandes cidades do país; extermínio da juventude, principalmente das periferias. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** agradeceu a explanação do Secretário Substituto de SVSA/MS e destacou a importância deste debate, inclusive para o engajamento de toda a sociedade no enfrentamento ao *Aedes Aegypti*. Inclusive, saudou a iniciativa do Plano que envolve diversos setores da sociedade. **Manifestações.** Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales** destacou a importância do debate deste tema, haja vista o número de óbitos causados por dengue e frisou que é preciso debater aspectos relativos à força de trabalho da saúde, considerando o trabalho precarizado, terceirização, privatização do SUS. Inclusive, lembrou que muitos profissionais não conseguem realizar o seu trabalho por conta de demandas que não são relativas à sua atividade principal. Salientou que a promoção e prevenção à saúde, o enfrentamento às mudanças climáticas e garantia de saneamento básico precisam ser um compromisso governamental. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS participe dos debates sobre o plano de contingência e que incentive a implantação da vigilância em saúde. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos Filho** falou sobre as emendas parlamentares, lembrando que 85% são direcionadas para custeio e elogiou a Portaria MS nº. 3.283/2024 que limitou em R\$ 800 mil a execução de emendas parlamentares para projeto de combate à dengue. Também fez uma alusão aos locais onde houve reeleição de prefeitos e percentual recebido de emendas parlamentares. Salientou que este tema foi debatido em roda de conversa da COFIN, com ampla participação da sociedade, dada a sua importância. Por fim, lamentou o caso do Estado de São Paulo que extinguiu a Superintendência de Controle de Endemias, órgão importante nas ações de enfrentamento à dengue. Conselheira **Andréa Graciano dos Santos Figueiredo** destacou a importância deste debate e salientou que é preciso conhecer a biologia do *Aedes* para combater este vetor. Desse modo, destacou a importância da participação do profissional de biologia nas ações de orientação à comunidade e aos agentes de endemia para identificação do vetor. Também manifestou preocupação com agentes químicos utilizados para o controle do *Aedes*, pois esses produtos podem matar outros insetos e, no caso do “fumacê”, avaliou que é preciso orientar a população para garantir a eficácia dessa estratégia. Conselheiro **Marcos Vinícius Soares Pedrosa** saudou o Departamento pelas ações de preparação ao enfrentamento dos casos de dengue em 2025, considerando o indicativo de aumento por conta das variações ambientais. Salientou que as equipes de atenção primária à saúde estão preparadas para o atendimento de casos e o manejo adequado, e também possuem papel importante na educação em saúde. Destacou ainda a importância de articulação entre atenção básica e vigilância em saúde nas ações de enfrentamento à dengue. Por fim, manifestou expectativa com as novas tecnologias para o combate ao *Aedes*, como a utilização da bactéria Wolbachia. Conselheiro **Dirceu Bartolomeu Greco** agradeceu o Secretário da SVSA/MS pela explanação e solicitou maiores sobre a utilização da bactéria Wolbachia para o controle do *Aedes* e se há possibilidade de transferência de tecnologia para produção da vacina em larga escala no Brasil. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** cumprimentou o Ministério da Saúde pelo plano e, na linha de iniciativas voltadas ao combate ao mosquito, citou o lançamento do boneco Supermoz, super-herói negro brasileiro, que luta contra o mosquito da dengue e das revistas em quadrinho deste personagem. Conselheira **Camila de Lima Sarmento** saudou o expositor e as pessoas que a antederam e sinalizou a importância de garantir recursos da saúde para comunicação em saúde, inclusive para produção de material voltado à informação da população. Salientou que os trabalhadores da saúde enfrentam dificuldades no processo de trabalho e há dificuldade de integração entre os agentes comunitários de saúde e de endemia, inclusive para potencializar o trabalho de base territorial. Também destacou a importância de articulação da saúde com a agroecologia, pois a dengue não se associa somente ao enfrentamento ao vetor, mas também à determinação social. Por fim, manifestou preocupação com ações em parceria com a rede privada, entendendo que é preciso garantir redes próprias do SUS que assegurem apoio diagnóstico terapêutico. **Retorno da mesa.** O Secretário Substituto da SVSA/MS, **Rivaldo Cunha**, fez as seguintes considerações a partir das falas: o apoio financeiro está condicionado a requisitos de qualidade, entre eles, realização de hemograma no local do atendimento, com prazo de 3h para liberação do resultado, com a presença do profissional de Enfermagem para acolhimento, classificação de risco e adoção de primeiras medidas; é preciso debater o impacto das emendas parlamentares nas ações e serviços de saúde; o Plano de Enfrentamento foi construído por grupo, composto por duzentas pessoas, de diversas áreas da saúde – biologia, medicina, enfermagem, farmácia, agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemia, gestão local, conselhos de saúde e áreas específicas - SAPS e SAES - coordenam



as ações; expectativa com a utilização de novas tecnologias, entre elas, a bactéria Wolbachia, desenvolvida por pesquisador em Minas Gerais: está em construção biofábrica em Curitiba para produção de ovos do *Aedes aegypti* infectados com a bactéria e será lançada biofábrica no Ceará; expectativa em relação à vacina contra a dengue e, diante de impasse tecnológico para produção, a aposta é na vacina produzida pelo Butantan (dose única), que será registrada na ANVISA em 2025; a atuação das áreas da saúde e da educação é essencial no processo de formação; apoio à educação popular em saúde é muito importante; e, ideologicamente, defende a rede pública, mas, na condição de gestor, não pode desconsiderar a participação da rede privada na saúde. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS, manifestou satisfação com a nova abordagem no enfrentamento da dengue, com articulação entre as diversas áreas e uso de novas tecnologias. Inclusive, destacou a importância de utilizar as novas tecnologias de informação no processo de educação para o enfrentamento da dengue. Por fim, agradeceu a participação do Secretário Substituto da SVSA/MS e encerrou este ponto de pauta. **Não houve deliberação.** Às 12h30, a mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: *nomes serão incluídos*. Retomando, às 14h, a mesa foi composta a mesa para o item 5 da pauta. **ITEM 5 - CENSO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL - Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. Pareceres de processos de autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde - Apresentação:** conselheira **Vitória Davi Marzola**, coordenadora adjunta Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relação de Trabalho – CIRHRT/CNS. **Coordenação:** conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da CIRHRT/CNS; e conselheira **Heliana Hemetério**, da Mesa Diretora do CNS. **Pareceres de processos de autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde –** Inicialmente, conselheira **Vitória Davi Marzola**, coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS, apresentou os 25 processos elaborados e aprovados pela Comissão, no período de 2 a 27 de setembro de 2024, sendo quinze insatisfatórios e dez satisfatórios com recomendações. A situação dos processos analisados é a seguinte: **1)** Relação entre número de processos analisados e ato regulatório - Autorização: 18; e Reconhecimento: 7; **2)** Relação entre número de processos analisados e Curso - Enfermagem: 13; Medicina: 5; Odontologia: 4; e Psicologia: 3; **3)** Relação de cursos e tipo de ato regulatório: Enfermagem: 13 de autorização; Medicina: 5 de reconhecimento; Odontologia: 4 de autorização; e Psicologia: 1 de Autorização e 2 de Reconhecimento; e **4)** Relação entre número de processos analisados e parecer final: 15 insatisfatórios; e 10 satisfatórios com recomendações. Não havendo manifestações, a mesa colocou em votação os pareceres apresentados. **Deliberação: aprovados, por maioria, uma abstenção com declaração de voto, os 25 processos apresentados pela CIRHRT/CNS.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** saudou a Comissão pelo trabalho e pela busca por aprimorar cada vez mais o processo de análise e declarou que se absteve da votação, porque não conseguiu analisar os pareceres com antecedência. **CENSO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL - Apresentação:** **Bruno Guimarães de Almeida**, Diretor de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde - DEGERTS/SGTES/MS; **Lisiane Boer Possa**, Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM/RS, *participação de forma remota*; conselheira **Vitória Davi Marzola**, coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da CIRHRT/CNS, destacou a importância desta pauta e da parceria com o DEGERTS/SGTES/MS no debate de temas importantes da regulação do trabalho em saúde. O primeiro expositor foi o diretor do DEGERTS/SGTES/MS, **Bruno Guimarães de Almeida**, que iniciou agradecendo o convite e registrando importância da participação do CNS nos debates sobre o trabalho em saúde. Na sua fala, explanou sobre as estratégias de planejamento relativas à força de trabalho em saúde. Em seguida, a Professora da UFSM/RS apresentaria a iniciativa do Censo da Força de Trabalho em Saúde no Brasil, realizada em parceria com a FIOCRUZ e a Universidade Federal de Santa Maria/RS. Iniciando, disse que o DEGERTS/SGTES/MS foi reestruturado no início da gestão do Presidente Lula, com retomada de pautas importantes como planejamento da força de trabalho em saúde. Explicou que o Departamento é responsável pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde. Nessa linha, estrutura-se considerando as dimensões de relações, processos, condições e vínculos de trabalho, objetivando estruturar uma efetiva política de gestão do trabalho nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o sistema e, assim, contribuir para a promoção da melhoria e humanização do cuidado à pessoa usuária do SUS.

538 Detalhou que as ações do Departamento estão estruturadas a partir de quatro Coordenações-  
539 Gerais, são elas: Coordenação-Geral de Regulação e Relações de Trabalho na Saúde -  
540 CGERTS; Coordenação-Geral de Gestão e Valorização do Trabalho - CGVATS; Coordenação-  
541 Geral de Planejamento da Força de Trabalho na Saúde - CGPFTS; e Coordenação-Geral de  
542 Políticas Remuneratórias para o Trabalho na Saúde - CGPRETS. Também citou os elementos  
543 que integram a Política de Gestão do Trabalho na Saúde - vínculos; processos; relações; e  
544 condições – na lógica do trabalho decente, digno, seguro, humanizado, equânime e  
545 democrático (cada um com conceitos que são utilizados para pensar as ações e políticas da  
546 Secretaria). Na estratégia político-institucional da SGTES, disse que a Secretaria é um espaço  
547 democrático de defesa das trabalhadoras e trabalhadores da saúde, assim como do SUS  
548 enquanto bem público, por meio da gestão do trabalho e da educação na saúde, considerando  
549 como valores compromisso social, responsabilidade, equidade social, trabalho digno e  
550 formação qualificada. Entre as ações da Secretaria, citou a elaboração da Política Nacional de  
551 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, contemplando inclusive o debate da força de  
552 trabalho, uma pauta de extrema importância. Disse que, em 2023, foi realizado Encontro  
553 Nacional do Trabalho e Educação da Saúde no SUS, com ampla participação, além de oficinas  
554 regionais das quais participaram representantes de todos os Estados do Brasil. Nessas  
555 atividades, a agenda do planejamento da força de trabalho sugeriu de forma mais ampla,  
556 contemplando a questão do dimensionamento e sinalizando a importância de metodologias.  
557 Nesse contexto, foram produzidos materiais que contemplaram a pauta do planejamento e  
558 adotadas estratégias que contribuem para formulação da Política, desde apoio aos Estados,  
559 com oferta de curso de planejamento da gestão do trabalho e educação na saúde e ações  
560 articuladas de valorização de planos estaduais (Valoriza GTES). Reforçou que o  
561 dimensionamento da força de trabalho configura-se como agenda importante entre as ações  
562 propostas nos planos dos estados e articula-se com outras agendas. Entre as iniciativas,  
563 destacou a criação do Centro Nacional de Informações do Trabalho na Saúde, que contempla  
564 painéis da força de trabalho, entendendo que é preciso compreender a distribuição nos  
565 territórios. Explicou que, para que aconteça, estão sendo realizadas articulações com  
566 instituições, como CONASS, CONASEMS, OPAS/OMS, Ministério Público do Trabalho, entre  
567 outras. Na linha das estratégias da Secretaria, disse que estão previstas ações de  
568 planejamento da força de trabalho na saúde, e, para isso, foi constituída a Coordenação-Geral  
569 de Planejamento da Força de Trabalho na Saúde e a Coordenação-Geral de Dimensionamento  
570 da Força de Trabalho na Saúde (FTS). Disse que essas pautas estratégicas se articulam com  
571 outras agendas interligadas: dimensionamento da FTS; modelos de gestão da FTS; formação  
572 em PDFTS; gestão da informação sobre FTS; e análise do mercado laboral em saúde. Além  
573 disso, foram definidas ações que se articulam, entre elas, a criação da comissão nacional para  
574 planejamento e dimensionamento da força de trabalho. Detalhou que são eixos de atuação da  
575 Secretaria, com grande investimento: metodologias de dimensionamento FT; demografia das  
576 profissões; Censo da FTS; Comissão PDFTS; modelos de gestão da FTS; e Análise do  
577 Mercado Laboral em Saúde (AMLS). Disse que no Centro Nacional de Informações do  
578 Trabalho na Saúde é possível visualizar: Painéis da Força de Trabalho na saúde; Painéis sobre  
579 Saúde e Segurança do (a) Trabalhador (a) da saúde; Informações dos Conselhos Profissionais;  
580 Demografia das Profissões de Saúde; Censo da força de trabalho; Sistema Nacional de  
581 Negociação Permanente no SUS; Regulação do trabalho – Biblioteca de Regulação do  
582 Trabalho; Carreiras no SUS; Políticas Remuneratórias na Saúde; Piso Nacional da  
583 Enfermagem; e Rede colaborativa de gestão do trabalho e educação na saúde (REGTES).  
584 Falou sobre a DimeRede, metodologia elaborada para planejar e dimensionar a força de  
585 trabalho multiprofissional necessária para a conformação da Rede de Atenção à Saúde, a partir  
586 da identificação dos territórios, das necessidades em saúde e da estimativa de ações e  
587 serviços públicos de saúde, de acordo com as políticas de saúde vigentes e os parâmetros  
588 definidos pelo Ministério da Saúde. Destacou ainda a formação em planejamento e  
589 dimensionamento da força de trabalho em saúde no SUS, que é parte de uma estratégia da  
590 Secretaria na busca de promover a autonomia dos territórios (estados, DF e municípios) em  
591 metodologias de dimensionamento da força de trabalho em saúde que subsidiem o  
592 planejamento dessa força de trabalho, na perspectiva da multidisciplinariedade, alinhada às  
593 necessidades de saúde locais. Fez um destaque também ao debate sobre o dimensionamento  
594 da FTS do Subsistema de Saúde Indígena (SESAI/SGTES), visando identificar a necessidade  
595 quantitativa e qualitativa da força de trabalho no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena -  
596 SasiSUS/SUS e reconhecer as adequações necessárias das práticas laborais de acordo com  
597 as especificidades culturais, sociais e geográficas das populações indígenas. Falou ainda

sobre o SisDim, plataforma que reúne metodologias de planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde com a finalidade de apoiar gestores e trabalhadores do SUS no que se refere à gestão do trabalho em saúde. As metodologias de dimensionamento informatizadas no SisDim utilizam dados dos sistemas de informação em saúde oficiais do Ministério da Saúde e podem subsidiar a tomada de decisão. Citou ainda o Dimi, um sistema de planejamento colaborativo de suporte à gestão da força de trabalho em saúde, desenvolvido junto ao Projeto "Desenvolvimento de Metodologia de Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho nos Serviços Pré-Hospitalares Fixos e Hospitalares de Urgência". Falou também sobre a demografia das profissões de saúde, explicando que os projetos apresentam como objetivo traçar características, tendências e cenários relacionados à população e à atividade dos (as) profissionais de saúde no Brasil. Detalhou que está em curso, junto com a USP, a demografia médica no Brasil e nova edição será publicada em 2025. No mais, está sendo realizada demografia e mercado de trabalho em Enfermagem e sendo desenvolvido projeto de estrutura e dinâmica sociodemográfica da força de trabalho em saúde bucal no Brasil. A intenção é realizar a demografia de todas as profissões da saúde, para conhecer o panorama distribuição, migração, entre outros aspectos. Falou ainda sobre o Grupo constituído para elaborar diagnóstico sobre as relações de trabalho nos modelos de gestão alternativos à gestão direta do Estado no SUS, inclusive para compreender o movimento de financeirização no Sistema, precarização do trabalho, adoecimento por saúde mental. Fez referência também à iniciativa de análise do mercado laboral em saúde, inclusive com articulação internacional, haja vista movimento de saída de especialistas do Brasil para outros países. Seguindo, discorreu sobre o censo da força de trabalho na saúde, explicando a metodologia elaborada para planejar e dimensionar a força de trabalho multiprofissional necessária para a conformação da Rede de Atenção à Saúde, a partir da identificação dos territórios, das necessidades em saúde e da Estimativa de Ações e Serviços Públicos de Saúde, de acordo com as políticas de saúde vigentes e os parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde. Destacou que dados da força de trabalho são essenciais para fortalecer o SUS, por meio: de políticas de distribuição e redistribuição de pessoas trabalhadoras no território nacional; de ações de regulação e ordenação da formação da força de trabalho em saúde; do fortalecimento da gestão da informação na saúde; e da proposição e consolidação de políticas públicas de gestão do trabalho. Nessa linha, detalhou que o objetivo do Censo é fortalecer a governança da informação no âmbito da gestão do trabalho no SUS e os objetivos específicos são: recensear 100% dos estabelecimentos de saúde do país (a primeira etapa contemplará os estados do Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, atualizando os dados da força de trabalho em sua totalidade); e revisar as categorias e variáveis de interesse que compõem o CNES-Profissional e propor inclusões e adequações que atendam as necessidades de informação da gestão do trabalho. Finalizando, falou sobre a Comissão Nacional para Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho, que tem por finalidade propor e avaliar dispositivos normativos e gerenciais para o planejamento e o dimensionamento da força de trabalho em saúde, além de promover discussões com o intuito de estabelecer fundamentos sólidos para um planejamento eficaz da força de trabalho. Disse que será realizada a 3ª reunião da Comissão e a ideia é elaborar um Plano Decenal de Planejamento da Força de Trabalho em Saúde no Brasil. Detalhou que são elementos fundamentais deste Plano: dimensionamento; atração; provimento; distribuição; fixação; retenção; movimentação; migração; e formação. Explicou que o plano é importante para responder questões estruturantes em relação à força de trabalho da saúde: quantos e quais perfis profissionais são necessários para o provimento da FT no SUS; quais fatores influenciam na presença e permanência dos trabalhadores nos territórios; e quem são os sujeitos com maior disposição para atuação nas regiões mais vulneráveis. Além disso, possibilitará: proposição de equipes adequadas para o cuidado multiprofissional segundo as necessidades de saúde da população e as diversidades regionais; definição de parâmetros: insuficiência e/ou duplicidade de algumas diretrizes; categorias profissionais e ocupações menos visibilizadas; articulação entre a modelagem das políticas de atenção à saúde e o planejamento; e complexidade: sistemas de informação e ciência de dados. Também fez um destaque às agendas internacionais em 2023 e 2024 sobre a força de trabalho, com destaque para a discussão do tema no G20. Citou ainda a realização do seminário internacional de planejamento da força de trabalho na saúde, realizado em julho de 2024, com oficinas que apontaram temas importantes para outros espaços. Finalizando, destacou a realização da Conferência Livre Nacional de Gestão do Trabalho na Saúde, realizada em setembro, e a participação de representantes da Secretaria nas 27 conferências estaduais da 4ª CNGTES. Fechou com uma foto da equipe do DEGERT e com agradecimento

a todas as pessoas do Departamento pelo trabalho. Na sequência, a professora da UFSM/RS, **Lisiane Boer Possa**, fez uma apresentação detalhada sobre o Censo da Força de Trabalho em Saúde. Reforçou que o objetivo geral do Censo é recensear 100% dos estabelecimentos de saúde do país, atualizando os dados de força de trabalho em sua totalidade. Em paralelo, promover a formação dos profissionais de saúde que se encontram na base do processo de cadastramento dos dados, visando estratégias de sustentabilidade para qualificação sistemática do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Nessa linha, os objetivos específicos são: recensear: realizar recenseamento da força de trabalho em saúde dos estabelecimentos de saúde públicos e privados, tanto os que atendem ao SUS quanto aqueles que não prestam serviços ao Sistema; formar: ofertar formação às pessoas trabalhadoras para qualificação dos processos de gestão da informação da força de trabalho em saúde no âmbito do CNES-Profissional; e qualificar: qualificação do CNES para dispor de um conjunto de dados e uma fonte de informação fidedigna que oriente a tomada de decisões. Reiterou que dados da força de trabalho são essenciais para fortalecer o SUS, pois contribuem para: garantir o acesso, qualidade e resolutividade do cuidado individual e coletivo da população Brasileira; construção de redes de atenção; política de distribuição e redistribuição de trabalhadores(as) no território nacional; regulação e ordenação da formação dos recursos humanos em saúde; proposição e consolidação de políticas públicas de gestão do trabalho; informação como dispositivo para a mobilização do desenvolvimento de capacidades institucionais locais. Acrescentou que o estabelecimento, o município e a região de saúde devem fazer uso dos dados que produzem e o CNES é uma ferramenta útil nesse aspecto. Além disso, salientou que o Censo permitirá: mapeamento da Força de Trabalho: obter uma visão clara sobre o número de trabalhadores, distribuição geográfica, formação, experiência e funções desempenhadas no SUS; análise do perfil dos profissionais, considerando os dados que são disponibilizados pelo CNES, etc; identificação de déficits e desigualdades: detectar possíveis lacunas em termos de distribuição de profissionais, como a dificuldades de compor equipes multiprofissionais, escassez de médicos em regiões remotas ou a falta de especialização em áreas críticas da saúde; mais acesso, resolutividade e resposta nas necessidades de saúde: a partir das informações coletadas, é possível formular políticas que promovam a qualificação da força de trabalho, melhorando o acesso, a organização das Redes de Atenção e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população; e implementação de Políticas de Gestão do Trabalho e Educação. No que diz respeito aos desafios, explicou que a gestão do trabalho e da educação em saúde tem por objetivo garantir que os trabalhadores estejam efetivamente disponíveis nos territórios e serviços tanto em número quanto em competência e habilidades e com condições de trabalho no tempo em que as necessidades de cuidado em saúde se expressam. Nessa linha, as informações sobre força de trabalho e a gestão do trabalho são transversais às políticas, às instituições e às redes de atenção e ao cuidado. Nesse sentido, detalhou que as dimensões da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde são: força de trabalho em saúde e força de trabalho do SUS - gestão do trabalho e da educação do SUS; força de trabalho dos serviços e instituições da SES/SMS; e gestão do trabalho e da educação da SES/SMS. Ainda na linha das dimensões da gestão do trabalho e da educação em saúde, salientou que é preciso responder as seguintes indagações: quais as necessidades em saúde têm destaque para qualificar a atenção em saúde?; quais os problemas e proposta prioritárias no Estado para responder as necessidades em saúde?; e como essas necessidades, políticas, prioridades de saúde e propostas se traduzem em questões sobre a força de trabalho em saúde (quantidades, competências e habilidades e condições de trabalho )? Explicou que a força de força de trabalho refere-se a quem demanda informações (atores que estão implicados com a formulação e implementação das políticas de gestão, atenção, educação e participação em saúde) e quem produz as informações (atores que atuam para a formulação e implementação de sistemas de informação (CNES)). Nessa linha, o Censo da força de trabalho tem como objetivo aproximar esses atores, pois, quanto mais quem produz e quem usa a informação se aproximarem, melhor são os sistemas de informação. Detalhou que a metodologia do Censo envolve: pacto com as instâncias estaduais do SUS; implantação das coordenações estaduais; organização dos grupos de articulação interinstitucional nacional e estadual; e definição das categorias e variáveis de interesse – redefinição do componente FTS no CNES; seleção das equipes que atuam nos territórios; formação das equipes através do curso de especialização latu sendo (trabalhadores de nível superior) e da formação inicial e continuada (trabalhadores de nível médio) – ofertados pela Fiocruz e pela UFSM; todas as equipes serão composta por trabalhadores(as) do SUS nas SES/SMS que são responsáveis pelo CNES e pela Gestão do Trabalho; as regiões de saúde (4) serão a base para a

organização da formação e do censo sendo os recenseadores dos municípios polo da região; recenseamento dos estabelecimentos de saúde no componente profissional realizado a partir de visitas, integração das bases de dados e contatos com meios de comunicação. Também apresentou dados sobre os estabelecimentos por natureza jurídica: 77% dos estabelecimentos entidades empresariais e pessoas físicas; 55% dos profissionais estão na administração pública; maioria na gestão municipal; e 75% possui vínculo com o SUS. Detalhou a estrutura Organizacional e equipes: Coordenação Nacional - (FIOCRUZ/UFSM/DEGERTS/SEGETS); Grupo de Articulação Interinstitucional – GAI - (FIOCRUZ, UFSM, SEGETS, SAES, SAPS, SVSA, SESAI, SEIDGIS, CONASS e CONASEMS); Grupo de Articulação Estadual – GAE (composto por atores chaves indicados pelos COSEMS/SES/CES); Coordenação Estadual (SES, COSEMS e coordenação nacional); Tutores(as)/articuladores (as) regionais (1 para cada 10 educandos/recenseadores); Orientadores(as) de Aprendizagem (1 para 60 alunos – 6 tutores); e Educandos(as)/ recenseadores(as) - (no mínimo 2 por região, ou para cada 80 estabelecimentos). Para realização do censo, disse que serão considerados: 435.954, estabelecimentos; 6.005.556 trabalhadores; 5.027 educando/recenseador; 449 tutor/articulador regional; 118 orientador; 54 coordenadores; e 5.648 pessoas no total. Destacou que os resultados esperados são: qualificação da governança, métodos e fluxos de articulação das áreas responsáveis pelo CNES, pela gestão do trabalho e aqueles que formulam e implementam as políticas de saúde nas secretarias municipais e estaduais de saúde; recensear a totalidade dos Estabelecimentos de Saúde (435.954) do Brasil registrados no CNES com vistas a melhor quantificar e qualificar a Força de Trabalho em Saúde no país; serão formados e orientados a intervir no território um total de 449 tutores/articuladores regionais do censo e 5027 educandos/recenseadores, ao longo de 24 meses; e construção coletiva nos territórios ampliando as capacidades locais de produção de conhecimento para a gestão do trabalho e da educação na saúde. Mostrou linha do tempo da primeira etapa – MS e DF: preparação da formação-censo - agosto/outubro 2024; articulação para implementação - agosto/setembro de 2024; realização Censo - abril 2024/julho 2025; formação - novembro 2024/novembro 2025; e avaliação e publicação dos resultados - agosto/novembro de 2025. Por fim, disse que é preciso refletir sobre a força de trabalho, respondendo as seguintes indagações: o que precisamos saber sobre a força de trabalho em saúde no contexto das proposições da nova política nacional de GATES?; quais as contribuições do censo da força de trabalho em saúde para a implementação da política e para o fortalecimentos do Controle Social?; e como podemos continuar essa conversa? **Manifestações.** Conselheiro **Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo** cumprimentou a Secretaria pelas ações, com destaque para a realização do censo da força de trabalho na saúde. Para melhor entendimento, fez os seguintes questionamentos: em relação ao financiamento, quais são as estratégias da SGATES/MS para o repasse de recursos?; e como a Secretaria utilizará as normativas dos conselhos profissionais de saúde para o dimensionamento da força de trabalho?. Por fim, ressaltou a importância de realizar também o dimensionamento da força da formação para o SUS, inclusive para garantir cenário de prática e formação no âmbito do Sistema. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** manifestou satisfação com a retomada da pauta de trabalho da Secretaria e elogiou o conjunto de atividades e projetos desenvolvidos, em desenvolvimento e planejados. Fez um destaque à importância da realização do censo da força do trabalho, considerando que é preciso conhecer, inclusive para qualificar. Como desafio deste processo, pontuou a análise de todos os estabelecimentos de saúde do país. Também perguntou se há previsão de ampliação do projeto, contemplando todos os estados brasileiros. Por fim, sugeriu a realização de uma mesa sobre este tema na 4ª CNGATES para mobilizar todos os segmentos para a importância desta iniciativa. Conselheira **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros** saudou a Secretaria pelo trabalho com destaque para a iniciativa de realização do censo, e salientou que a sociedade civil pode contribuir, pois conhece os locais de vazios assistenciais, a exemplo do atendimento para câncer de pescoço e cabeça. Assim, perguntou como as entidades podem informar o Ministério da Saúde sobre locais que não possuem atendimento. No caso do questionário do censo, perguntou sobre a possibilidade de incluir outras profissões entre as categorias como: fonoaudiologia oncologista; e cirurgia de pescoço e cabeça. Por fim, reiterou a importância da educação continuada para que os profissionais conheçam as especificidades e necessidades dos territórios. Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales** também saudou a Secretaria pelas atividades, em especial o censo da força de trabalho da saúde. No caso do CNES, lembrou que há problemas de incompletude e inconsistência de dados, com impacto negativo em ações importantes. Inclusive, destacou que essa inconsistência de dados prejudicou a distribuição de recursos para o piso da enfermagem.

778 Além disso, lembrou que estão sendo divulgadas notícias falsas sobre provimento e informação  
779 e salientou que é preciso compreender a situação e definir formas de fixação. No mais,  
780 solicitou maiores informações sobre adesão e repasse de recursos e os indicadores de  
781 monitoramento e contrapartida. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** destacou que, apesar  
782 do avanço em relação aos aspectos democráticos nos últimos anos, dois temas não foram  
783 debatidos na profundidade necessária: luta de classe; e invisibilidade do trabalho e da pessoa  
784 trabalhadora. Nessa linha, disse que o censo é uma oportunidade de ampliar a discussão e  
785 avançar na valorização da força de trabalho da saúde. Na linha da valorização do trabalho e da  
786 pessoa trabalhadora, propôs a mudança do nome da CIRHRT (Comissão Intersetorial de  
787 “Recursos Humanos” e Relações de Trabalho) para Comissão Intersetorial da Força e da  
788 Relação do trabalho – CISFoRTS. Conselheira **Camila de Lima Sarmiento** destacou a  
789 importância da construção do censo, com enfrentamento do desafio da fragmentação na  
790 contratação das equipes de saúde da família. Além disso, chamou a atenção para o problema  
791 das disparidades salariais entre as profissões da saúde e sinalizou que é preciso tratar deste  
792 tema. Falou ainda da formação, salientando que é preciso formar para o mundo do trabalho no  
793 SUS e não para o empreendedorismo. Por fim, disse a educação popular em saúde realizou  
794 conferência livre da 4ª CNGTES e muitos temas foram tratados, entre eles, posição contrária à  
795 privatização do SUS. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos Filho** elogiou a Secretaria pelas  
796 ações, especialmente pela realização do censo, mas avaliou que é preciso avançar para  
797 debate sobre trabalhadores da saúde e não apenas profissionais da saúde. Salientou que é  
798 preciso ter um sistema que represente realmente a força de trabalho da saúde. Também  
799 perguntou se a SGTES está participando do processo de debate e elaboração do tratado sobre  
800 prevenção e preparação para pandemias. Conselheira **Silvana Nair Leite Contezini** também  
801 manifestou satisfação com a realização do censo, porque contribuirá para a qualificação da  
802 força de trabalho da saúde e para oferta de formação na área da saúde. No mais, perguntou  
803 sobre a consistência das informações do CNES e a situação real dos estabelecimentos de  
804 saúde. Conselheira **Lúcia Helena Modesto Xavier** agradeceu as explicações e, no caso da  
805 pessoa com diabetes, destacou as dificuldades enfrentadas para ter acesso ao tratamento com  
806 especialistas. Disse que é preciso saber quantas são as pessoas com diabetes no Brasil e  
807 garantir atendimento adequado, em tempo oportuno. Saudou a iniciativa de realização do  
808 censo da força de trabalho da saúde, porque identificará a força de trabalho em saúde, onde  
809 estão e o que está sendo feito e colocou a ADJ à disposição para contribuir. **Retorno da mesa.**  
810 O diretor do DEGERTS/SGTES/MS, **Bruno Guimarães de Almeida**, respondeu às  
811 indagações, pontuando que: Programa ValorizaGTES – para receber o incentivo, os estados  
812 precisaram apresentar planos estaduais de gestão do trabalho e educação na saúde. Para  
813 tanto, foram incorporadas diversas áreas, a fim de que o plano representasse as necessidades  
814 dos estados e esses instrumentos foram pactuados nas CIBs. A divisão do recurso considerou  
815 as regiões de saúde, para que fortaleçam as áreas em âmbito regional. O monitoramento será  
816 feito a partir dos indicadores apontados nos planos estaduais. A Secretaria está definindo  
817 indicadores e foi definido grupo para pensar estratégias de avaliação e monitoramento dos  
818 planos estaduais; a informação é essencial para tomar decisão; o CNES é uma ferramenta de  
819 informação importante, mas os entes federados precisam assumir a responsabilidade de  
820 atualizar a ferramenta; as ações consideram as normativas vigentes, mas a realidade dos  
821 territórios, por vezes, é diferente das normas; a realização do censo (recenseamento)  
822 contempla processo formativo/de qualificação, considerando a necessidade do território; há  
823 dificuldades de prover trabalhadores, inclusive por conta dos desafios na formação; é preciso  
824 considerar a lógica de que todas as categorias da saúde são importantes e não apenas a  
825 Medicina; estará disponível cadastro de especialistas no Brasil, porque fortalece o  
826 planejamento local; é preciso caminhar para discussão sobre a mudança do termo “recursos  
827 humanos” (está em debate nota técnica para definição sobre trabalhador e profissional da  
828 saúde); o DIMIRede olha para o território e define o que é necessário para aquela realidade  
829 local; a Secretaria tem buscado avançar na qualificação dos dados da força de trabalho da  
830 saúde do CNES para que seja o mais real possível; e o cadastro nacional de especialista  
831 contribuirá inclusive para a formação, o provimento, considerando as necessidades do SUS.  
832 Por fim, agradeceu o convite e colocou-se à disposição para continuar o diálogo com o CNS. A  
833 professora associada do Departamento de Saúde Coletiva na UFSM/RS, **Lisiane Boer Possa**,  
834 pontuou as seguintes questões a partir das falas: o censo é um desafio e demandará esforço  
835 coletivo; e é preciso concentrar esforços para que o Sistema apresente dados fidedignos.  
836 Agradeceu o convite e colocou-se à disposição para aprofundar o debate. Conselheira **Vitória**  
837 **Davi Marzola**, coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS, agradeceu as pessoas convidadas e

destacou que há investimento nas universidades, nas residências, nas especializações, mas ainda há escassez em relação a alguns profissionais. Assim, é preciso entender os motivos dessa escassez e promover as mudanças necessárias. Para além de recensear, frisou que é fundamental entender onde estão as pessoas trabalhadoras e para onde vão. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da CIRHRT/CNS, agradeceu as pessoas convidadas pelas explanações, entendendo que também contribuirão para subsidiar os debates da 4ª CNGTES e frisou a importância do debate do tema trabalho, inclusive para enfrentar as inequidades. Também salientou o compromisso da Comissão em trazer o debate a mudança do nome da CIRHRT. **Não houve deliberação neste item. ITEM 6 - SITUAÇÃO DOS HOSPITAIS FEDERAIS DO RIO DE JANEIRO** - *Apresentação: Leonardo Légora*, Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – CES/RJ, *participação de forma remota*; **Nilton Pereira Junior**, representante da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS; e **Oswaldo Sergio Mendes**, Presidente do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – CMS/RJ, *participação de forma remota*. *Coordenação: conselheira Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello*, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS. Inicialmente, o Presidente do CNS, fez um resgate sobre o debate relativo à situação dos hospitais federais do Rio de Janeiro. Recordou que este tema foi tratado na Mesa Diretora do CNS e trazido ao Plenário do Conselho na reunião ordinária do mês de julho de 2024, com a definição de uma série de encaminhamentos, entre eles, reunião conjunta de representantes das Mesas Diretoras do CNS, do CES/RJ e do CMS/RJ. Disse que essa reunião ocorreu no dia 5 de agosto, em Brasília, com a participação também da representação da SAES/MS, da EBSEH, do Grupo Hospitalar Conceição e da Fiocruz. Entre os encaminhamentos da reunião, destacou a participação de representação da SAES/MS na reunião extraordinária do CES/RJ. Após outros debates, o CES/RJ tomou posição a respeito e encaminhou ao CNS. O CMS/RJ também se posicionou e o documento também foi enviado ao Conselho. Além disso, explicou que, durante a reunião, o Ministério da Saúde também convidou o CNS a participar de agendas com as entidades envolvidas. Na reunião extraordinária do CES/RJ foi solicitada agenda com a Ministra de Estado da Saúde e este encontro ocorreria a qualquer momento. Disse que o debate continuaria a partir dos encaminhamentos oriundos do debate. Feito esse resgate, abriu a palavra aos convidados. O primeiro expositor foi o representante da SAES/MS, **Nilton Pereira Junior**, que explanou sobre o Programa de Reestruturação dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro. Iniciou cumprimentando as pessoas conselheiras presentes e manifestando satisfação por retornar ao CNS. Contextualizou que seis hospitais federais do Ministério da Saúde estão inseridos na rede do território do Rio de Janeiro, são eles: Hospital Federal do Andaraí; Hospital de Ipanema; Hospital Geral de Bonsucesso; Hospital dos Servidores do Estado; Hospital Federal da Lagoa; e Hospital Federal Cardoso Fontes. No total, as seis unidades teriam capacidade de 1.651 leitos, mas nunca atingiram essa capacidade por diversos fatores. Neste aspecto, falou da composição da força de trabalho, com destaque para trabalhadores contratados por meio de CTU e terceirizados (últimos concursos públicos foram realizados em 2005 e 2010) e déficit entre 6 e 10 mil profissionais na composição dos seis hospitais. Salientou que esta situação afeta a oferta assistencial, salientando que as unidades apresentam déficit de leitos (30% inoperante). Mostrou uma linha do tempo sobre a situação desses hospitais: reestruturação organizacional do DGH - Portaria GM/MS 3.208 - (23/02/24); instalação do Comitê Gestor - Portaria GM/MS 3.835 (15/03/24); delega novas competências ao DGH - Portaria GM/MS 3.488 (04/04/24); Apoio Emergencial HFB - abril e maio; Aplicação FAHOSP/PROADI - maio e junho; descentralização da Gestão HFA para a PMRJ - Portaria GM/MS 4847 (05/07/24) e início do defeso eleitoral. No que diz respeito à gestão de pessoas, disse que foram adotadas as seguintes medidas de reestruturação dos hospitais federais: convocação de mais de 1.000 profissionais para preenchimento de 913 vagas; construção da Medida Provisória nº 1.215, de 6 de maio de 2024 para prorrogação de 1.786 contratos temporários com vencimento no mês de maio (expirou, mas o efeito já foi contemplado. Ou seja, os contratos foram renovados até dezembro. Está sendo elaborada nova MP para prorrogação de outros contratos); dimensionamento emergencial para reabertura de serviços; instalação de Mesa de Negociação para tratar as demandas das pessoas trabalhadoras dos hospitais federais; Grupo de Trabalho de Enquadramento dos profissionais de enfermagem. Reorganização das áreas de gestão de pessoas dos hospitais federais. Sobre infraestrutura e suprimentos, salientou que foram adotadas as seguintes ações: doação de 122 equipamentos hospitalares pelos Institutos Nacionais: ventiladores pulmonares, mesas cirúrgicas, centrífuga, desfibrilador, entre outros; instalação de Acelerador Linear (para Radioterapia Oncológica) no HF Andaraí; doação de



mais de 51 mil unidades de medicamentos (SMSRJ, HUGG/Unirio/Ebserh,Fiocruz); consertos em geral, organização e limpeza de áreas, remoções dos entulhos; recolhimento para o almoxarifado da Fiocruz de equipamentos e insumos para avaliação de reuso; diagnóstico detalhado *in loco* da situação real dos estoques e da infraestrutura predial; revisão de todos os contratos de prestação de serviços, com melhoria imediata do gerenciamento e fiscalização; considerando a necessidade de apoio de medicamentos e insumos, foram realizadas ações para reabastecimento emergencial de suprimentos doados e entregues pelo Ministério da Saúde, FIOCRUZ, Institutos Nacionais e EBSEH em torno de 48 mil itens -antimicrobianos, corticoides, hipoglicemiantes, antitérmicos, insumos); desfazimento de itens do HFB; levantamento dos equipamentos de TI para doação em conjunto como MCTI; e reformulação do layout das dependências do DGH. Na linha da gestão e governança, detalhou que as ações adotadas foram as seguintes: início da centralização das atribuições gerenciais e compras dos hospitais no DGH; apoio à gestão, articulado às entidades federais (Fiocruz, GHC, EBSEH); articulação interfederativa com Secretarias de Saúde do Estado e do Município; apoio técnico dos Institutos Nacionais (Câncer, Cardiologia e Traumatologia/Ortopedia); mudanças de gestores e processos de gestão nos Hospitais e no DGH, a partir de avaliação técnica; nomeação da Diretora Teresa Cristina Vivas Navarro Vannucci para o DGH; e desenvolvimento de diagnóstico de eficiência hospitalar promovido pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) por meio do PROADI-SUS. Mostrou quadro com resultado do balanço dos hospitais feito por especialistas do Ministério da Saúde e do PROAD, destacando que nenhum deles atingiu 50% dos conceitos de qualidade satisfatórios. Salientou que este processo de reestruturação conta com o apoio técnico de institutos nacionais: apoio no INCA para organização de imunohistoquímica, contratação de 10 patologistas para o INCA; oferta de apoio do INTO para organização da fila de ortopedia (casos novos), pactuação com a SES/RJ; e planejamento para ampliação da oferta de cirurgias de joelho e quadril (baixo risco) pelo INTO sob condição de recurso extra. Além citou as ações relativas ao DGH: definição dos nomes dos três novos coordenadores para o DGH; desenho de proposta de compra centralizada com execução orçamentária e de compras específicas realizadas pelos hospitais - unificação de 10 grades de insumos; encaminhamento de proposta para novo organograma funcional do DGH; levantamento de 151 leitos e 2 salas cirúrgicas que podem ser reabertos com contratação de RH nos Hospitais Cardoso Fontes e Andaraí; início do recrutamento de novos colaboradores da rede federal e externos para fortalecer a equipe do DGH; e abertura de dez leitos de enfermeira no HFA. Destacou ainda a ação emergencial integrada no Hospital Federal de Bonsucesso, iniciada em 16/04/24, com as seguintes linhas de ação: infraestrutura predial, elétrica, engenharia clínica; gestão de suprimentos e assistência farmacêutica; e recomposição da força de trabalho assistencial e administrativa. Destacou também que todos os hospitais passam por processo de qualificação da gestão, inclusive do sistema de informação. Detalhou as diretrizes para a reestruturação: 1) reabertura de todos os serviços assistenciais; 2) modelo de gestão híbrido e compartilhado, sob coordenação do Ministério da Saúde; 3) implantação gradativa, segura e sustentável; e 4) garantia de todos os direitos dos servidores. Salientou que há diálogos institucionais com diversas áreas (Controladoria Geral da União; Defensoria Pública da União; Audiência Pública Câmara Municipal; Ministério Público Federal; Tribunal de Contas da União; Mesas Diretoras CNS, CES e CMS) e parcerias institucionais (PMRJ/SMS, Fiocruz, Ministério da Saúde, MEC/Unirio /EBSEH, GHC). Detalhou as parcerias institucionais voltada à qualificação da gestão e abertura de todos os serviços: descentralização para o município do Rio de Janeiro; descentralização para o Grupo Hospitalar Conceição; Integração para a UNIRIO - Contrato de Gestão com EBSEH; e Integração à FIOCRUZ. Detalhou a proposta de cronograma de visitas: GHC SUS - entre 28/10 e 1/11; EBSEH - entre 18/11 e 22/11 - HC/UFGM; e FIOCRUZ - a definir. Na sequência, expôs o presidente do CES/RJ, **Leonardo Légora**, que iniciou cumprimentando todas as pessoas e registrando a posição contrária do CES/RJ ao plano de reestruturação dos hospitais federais. Salientou que, neste governo democrático popular, espera ter a possibilidade de ampliar o diálogo com os movimentos sociais sobre a proposta. Nessa linha, reiterou a solicitação de revogação da Portaria GM/MS nº. 3.208 para que CNS, CES/RJ, CMS/RJ e sociedade civil organizada promovam debate sobre a forma como a reestruturação deve ocorrer. Salientou que o SUS é um avanço, mas enfrenta uma série de dificuldades como falta de profissionais, forma de contratação, garantia da assistência à sociedade, insuficiência de leitos. Todavia, a solução adotada para enfrentar a situação dos hospitais não é a defendida pelo controle social, uma vez que EBSEH, Fiocruz e GHC, apesar de não serem empresas privadas, são meios de contratação profissional de forma precarizada. Disse que foram realizadas reuniões e o

CES/RJ possui uma série de propostas alternativas e substitutivas à descentralização do hospital Federal do Andaraí e à proposta anunciada pelo Ministério da Saúde de transferir a gestão das demais unidades de hospitais Federais para administração indireta ou municipalização por meio da EBSEH, GHC e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (não consegue gerir a própria rede). Entre as proposições, destacou: revogação da Portaria GM/MS nº. 3.208 e debate com CNS, CES/RJ, CMS/RJ e sociedade civil organizada para construção de proposta; realização de concurso público, com garantia dos devidos direitos no exercício da profissão; contratualização direta de profissionais de saúde com contrato de gestão direta entre Ministério da Saúde e hospitais federais, para garantir a autonomia administrativa e financeira dos serviços e o cumprimento das metas assistenciais; profissionalização da gestão a partir dos próprios quadros profissionais dos hospitais; elaboração de critérios com definição de pré-requisitos para nomeação e mandado para exercício do cargo de direção, gestão e coordenação nas unidades de saúde, evitando influência política, partidária ou qualquer outro tipo; “impedir” intermediários para a gestão dos hospitais e dos serviços, seja empresa pública de direito privado, organização social, serviço social autônomo ou entidade privada; gerência das unidades de saúde pelo próprio quadro de servidores efetivos; e realização do concurso público para suprir vacância e substituir empregados temporários contratados por CTUs (verificar a possibilidade de contemplar os profissionais que trabalham há vários anos nessas unidades contratados na forma de CTUs). Além disso, informou que o CES/RJ manifestou apoio à carta de repúdio do CMS/RJ à descentralização do hospital universitário de Andaraí. Além disso, defende um modelo de gestão federal hospitais federais do Rio de Janeiro, com debate no Congresso Nacional, consulta pública, audiência pública, considerando a relevância da rede dos hospitais de alta complexidade de alto custo, que são referências para a população fluminense e de outros estados. Recordou ainda que o controle social solicitou audiência com a Ministra da Saúde para aprofundar a discussão deste tema. Frisou que descentralizar para o Município do Rio de Janeiro é semelhante a descentralizar para organização social e há diversas reclamações de profissionais que trabalham nessa forma de gestão. Recordou, inclusive, que entre 1999 e 2005, a prefeitura do Rio de Janeiro devolveu a gestão dos hospitais federais, porque não conseguiria mais gerir essas unidades. Também não se opôs à proposta de visitas ao GHC, Fiocruz e EBSEH, mas afirmou a necessidade de ampliar o debate para definição conjunta. Por fim, defendeu salário digno para as pessoas trabalhadoras, ambiente de trabalho não precarizado, dia a dia sem opressão de superiores e conclamou todos a continuar a luta neste sentido. O Presidente do CMS/RJ, **Oswaldo Sergio Mendes**, falou sobre o posicionamento do CMS/RJ sobre a proposta de reestruturação dos hospitais federais do Rio de Janeiro, com destaque para a “municipalização” do Hospital Federal do Andaraí. Na condição de trabalhador da área da saúde no Rio de Janeiro por 43 anos, relatou que vivenciou vários problemas, que cresceram ao longo dos anos, inclusive por culpa das várias gestões. Citou, por exemplo, a situação do Hospital Federal de Bonsucesso, referência no país, que precisou de movimento sindical para não fechar e deixar a população sem atendimento. Além disso, lembrou que a unidade foi acometida por incêndio, o que trouxe ainda mais prejuízos. Salientou que os conselhos de saúde são órgãos deliberativos, nos termos da legislação, mas a proposta de “municipalização” não foi levada para debate e deliberação no CMS/RJ e no CES/RJ. Desse modo, disse que o CMS/RJ solicitou a revogação da Portaria GM/MS nº. 3.208/2024, por seu caráter arbitrário. Destacou ainda que o CMS/RJ, em reunião plenária extraordinária, votou contra a “descentralização/municipalização” do Hospital Federal de Andaraí, inclusive porque o município não possui condições de gerir a instituição. Reiterou que, em 1999, houve municipalização do hospital, mas sem sucesso, por conta da impossibilidade de manter essa unidade de alta complexidade. Reiterou que é essencial ter uma audiência com a Ministra de Estado da Saúde para dialogar sobre a situação dos hospitais federais do Rio de Janeiro e a Portaria GM/MS nº. 3.208/2024. Disse que o CMS/RJ aprovou moções de repúdio contra esse processo de descentralização e elaborou relatório sobre a situação do Hospital do Andaraí, a fim de garantir visão ampla deste processo. Inclusive, estranhou a notícia de inauguração de acelerador linear no Hospital de Andaraí, porque o hospital não dispõe de profissionais e de condições físicas para o funcionamento deste aparelho. Diante da correlação de forças políticas, avaliou que é preciso fazer reflexão para definir ações que assegurem condições de atendimento à população. Destacou que os servidores estavam sendo tratados de forma inadequada e os servidores do Hospital Federal de Bonsucesso realizaram assembleia, no mês de outubro, e decidiram permanecer no local para defender e preservar o hospital. Inclusive, fez questão de destacar a competência e a qualificação dos trabalhadores do Hospital Federal

1018 de Bonsucesso. Também manifestou interesse em visitar as unidades e ver a real situação.  
1019 Além disso, perguntou se o GHC, indicado para gerir o Hospital Federal de Bonsucesso, já  
1020 assumiu a gestão, adquiriu insumos e iniciou as obras. Por fim, reiterou a importância de  
1021 audiência com a Ministra para aprofundar o debate e perguntou por que não realizar concurso  
1022 público para garantir profissionais para atender a população nos hospitais federais. Por fim,  
1023 agradeceu a oportunidade e solicitou o apoio do CNS neste processo. **Manifestações.**  
1024 Conselheira **Elaine Junger Pelaez** saudou o CES/RJ, o CMS/RJ, o Fórum de Saúde da Frente  
1025 Nacional contra Privatização da Saúde e as entidades de usuários e trabalhadores do SUS  
1026 pela luta em defesa de um Sistema à altura das necessidades da população brasileira.  
1027 Salientou que o CNS tratou do tema em duas oportunidades e manifestou preocupação por  
1028 não conhecer a proposta de reestruturação. Reconheceu o esforço do representante da  
1029 SAES/MS para apresentar o Programa, mas entendeu que é necessário detalhamento de  
1030 alguns aspectos – dados de leitos fechados e força de trabalho; por que um hospital vai ser  
1031 objeto de uma descentralização de gestão para o município e outro vai ter um contrato com  
1032 EBSERH?; participação do controle social (é importante afinar a relação com os conselhos de  
1033 saúde – nacional, estadual e municipal); por que não seguir as deliberações das conferências  
1034 nacionais de saúde e realizar concursos públicos, assegurando direitos às pessoas  
1035 trabalhadoras; e este não é um problema somente de gestão. Como encaminhamento, sugeriu  
1036 que as Comissões Intersetoriais de Atenção à Saúde da Pessoa com Patologia (CIASPP), de  
1037 Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) e Orçamento e Financiamento (COFIN),  
1038 junto com a Mesa Diretora do CNS elaborem recomendação com propostas para  
1039 reestruturação da Rede Federal, contemplando questões como concurso público, carreira,  
1040 conselhos locais, comitês de equidade e combate ao racismo, implantação do nome social  
1041 nessas unidades, entre outros. Conselheira **Rafaela Bezerra Fernandes** saudou as iniciativas  
1042 de diálogo e aproximação dos conselhos estaduais e municipais de saúde do Rio de Janeiro  
1043 acerca da reestruturação dos hospitais federais. Antes, reiterou a solicitação de informações  
1044 sobre os critérios/parâmetros utilizados pelo Ministério da Saúde para definição de quais  
1045 instituições seriam municipalizadas ou não. Salientou que a preocupação refere-se aos riscos  
1046 que a “municipalização” traz para a oferta dos serviços, à força de trabalho, e à população  
1047 atendida, especialmente em uma cidade cuja gestão dos equipamentos públicos de saúde se  
1048 dá em processos escalonados, com domínio de organizações sociais. Lembrou dados de  
1049 corrupção que perpassam as organizações sociais de saúde no Estado, conforme apurado  
1050 pelo Ministério Público Federal, Controladoria Geral da União, entre outros órgãos. Sinalizou  
1051 que essas organizações historicamente possuem funcionamento pautado pela lógica da  
1052 produtividade, do mercado, do cumprimento de metas, em detrimento da qualidade dos  
1053 serviços e das condições de vida e do trabalho. Salientou que é preciso ter condições de  
1054 pleitear melhorias e sinalizou que as recorrentes greves no GHC evidenciam que a entrega da  
1055 gestão efetivamente não implica na melhoria objetiva dos serviços. Por fim, reiterou posição  
1056 contrária ao movimento de “municipalização” e defendeu investimento/financiamento  
1057 compatível com a realidade do SUS, a realização de concurso público e a definição de planos  
1058 de cargos, carreiras e salários dentro do SUS. Por fim, disse que enfrentar o sucateamento do  
1059 SUS significa buscar soluções e não terceirizar as responsabilidades. Conselheira **Regina**  
1060 **Célia de Oliveira Bueno** cumprimentou as pessoas convidadas e, na condição de usuária dos  
1061 serviços de saúde do Rio de Janeiro, conhece a situação crítica dos hospitais federais do  
1062 Estado. Disse que foi uma das defensoras da gestão do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle,  
1063 referência para pessoas vivendo com HIV AIDS, pela EBSERH, mas, após vários anos, a  
1064 situação da unidade não melhorou. Além disso, citou as condições precárias de funcionamento  
1065 do Hospital da Lagoa e do Hospital de Ipanema. Como encaminhamento, defendeu a  
1066 participação do controle social na definição deste processo de reestruturação dos hospitais  
1067 federais, de forma transparente. Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales** salientou que este  
1068 tema foi trazido ao CNS e o Colegiado apontou a necessidade de aprofundar o debate.  
1069 Acolheu as falas dos representantes dos Conselhos de Saúde e frisou que a participação social  
1070 deve preceder a definição da legislação. Nas suas palavras, a solução de problemas passa  
1071 pelo diagnóstico e o diálogo com a população e os trabalhadores, para definição de saídas de  
1072 forma compartilhada. Salientou que delegar a responsabilidade a outros órgãos - empresa  
1073 privada, ou de direito público – é um problema, porque a saúde é um direito de todos e  
1074 responsabilidade do Estado. Saudou a Mesa Diretora do CNS pela decisão de aguardar o  
1075 debate dos conselhos de saúde do Estado para definição de encaminhamentos. Também fez  
1076 referência à Portaria 4.847/2024, manifestando preocupação com a falta de garantia da  
1077 permanência dos trabalhadores após a finalização do prazo estabelecido para gestão

compartilhada, e sinalizou a importância de definir solução (revogação ou suspensão da Portaria). Como encaminhamento, reiterou a elaborar recomendação com propostas para reestruturação da Rede Federal, considerando os documentos resultantes dos debates sobre o tema. Conselheira **Helena Ferreira Magalhães**, moradora do Rio de Janeiro e usuária do SUS, explicou que os hospitais federais são referência para a população carioca, mas a situação dessas unidades é caótica. Concordou que é preciso buscar solução conjunta, portanto, lamentou o não envolvimento da participação social, representado pelo CNS, CES/RJ e CMS/RJ nesse processo de reestruturação. Por fim, perguntou o motivo de não optar por concurso público para resolver o problema da força de trabalho dessas unidades. Conselheiro **Thiago Soares Leitão** destacou a importância deste tema que não se refere à pauta específica do Rio de Janeiro, mas do Brasil como um todo, pois a privatização dos serviços de saúde é uma realidade em todo o país. Salientou que a rede conselhos precisa debater este tema, com profundidade, e construir solução conjunta para a rede de hospitais federais. Conselheira **Myrian Coelho Cunha Da Cruz**, moradora do município de Niterói/RJ, disse que vivencia a situação caótica da saúde no Estado e avaliou que é o momento de escutar todos os envolvidos para construir uma solução conjunta para esse problema histórico. Conselheiro **Carlos Fidelis da Ponte**, morador do Rio de Janeiro, manifestou sua satisfação em ouvir os representantes do CES/RJ e do CMS/RJ e reiterou a defesa do CEBES por um SUS 100% público. Salientou que é preciso debater com os conselhos de saúde do Rio de Janeiro e construir medidas emergenciais, mas também uma política de estado de recomposição da rede própria. Salientou que este governo democrático enfrenta uma série de desafios, portanto, a contribuição do movimento social é essencial. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** avaliou que foi acertada a decisão do CNS de aguardar os debates dos conselhos de saúde e de aprofundar o debate no Conselho. Agradeceu a apresentação dos convidados, porque trouxe mais subsídios para o debate e para definição de encaminhamentos. Das falas, citou a disposição da presidência dos CES/RJ e CMS/RJ de visitar as unidades, com aprofundamento do debate e a proposta de tratar o tema em comissões do Conselho. Aproveitou para elucidar que o debate não se refere à privatização ou não do SUS e salientou que não é possível fazer um empreendimento sem atender três pilares – projeto, sujeito e contexto favorável. Salientou que outros esclarecimentos necessários poderão ser feitos durante as visitas às unidades e o que não for esclarecido pode ser tratado em outros espaços. Por fim, lembrou que, lamentavelmente, este governo ainda não possui autonomia para implementar as ações definidas, por conta das forças contrárias. **Retorno da mesa.** O Presidente do CMS/RJ, **Oswaldo Sergio Mendes**, agradeceu as falas, especialmente as propostas que apontam para a garantia dos direitos das pessoas usuárias e trabalhadoras do Sistema. Salientou que é urgente a audiência com a Ministra da Saúde e a realização das visitas às unidades para obter mais informações e definir os próximos passos. Defendeu a realização de concurso público, com vistas a garantir a continuidade dos serviços de saúde. Disse que o CMS/RJ continuará a luta em prol do SUS, das pessoas usuárias e da força de trabalho, contra a privatização. O Presidente do CES/RJ, **Leonardo Légora**, também agradeceu as falas e fez as seguintes considerações: a Conferência Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Rio de Janeiro defendeu carreira de estado interfederativa para o SUS, entendendo que o SUS é política de estado permanente e não pode conviver com o trabalho intermitente; a 17ª Conferência reafirmou o SUS como política de estado, que não pode conviver com a precarização, a opressão, a falta de insumos e equipamentos. Além disso, salientou que o diálogo entre os diversos atores políticos é essencial e a participação da presidência da república neste debate é de suma importância. Por fim, disse o CES/RJ e o CMS/RJ estão dispostos a continuar os debates a fim de garantir os direitos das pessoas usuárias, com atendimento público e de qualidade e garantia de trabalho digno para pessoas trabalhadoras. O representante da SAES/MS, **Nilton Pereira Junior**, agradeceu todas as contribuições e declarou que, na condição de médico sanitário, optou por trabalhar prioritariamente com políticas públicas. Também registrou que reconhece o papel de cada um dos atores sociais – sociedade civil, controle social. Dito isso, fez as seguintes considerações: o Ministério da Saúde trabalha em articulação com o governo, portanto, o centro do governo está integrado e articulado na construção dessa proposta de reestruturação, com amplo processo de escuta e análise, inclusive fora do Ministério da Saúde; a equipe do Ministério da Saúde conhece de perto a situação do território fluminense; a lógica da proposta não é de “fatiamento” dos seis hospitais; hoje, 5.200 hospitais prestam serviços ao SUS, uma parte significativa pública e outra parte filantrópica. Desse total, 1/3 presta serviço de alta complexidade, com gestão estadual ou municipal. Portanto, é uma falácia de que o município não tem competência para

gerenciar hospital de alta complexidade; esse processo acontece no Rio de Janeiro porque é lá onde os seis hospitais federais se encontram; e é preciso considerar que essas unidades já foram de excelência, mas não para todas as pessoas. Por fim, reiterou o compromisso da Ministra da Saúde de ampliar o diálogo para construir alternativas capazes de tornar essas unidades de excelência acessíveis para toda a população, inseridos 100% no SUS. O Presidente do CNS agradeceu as falas dos convidados e sinalizou que não houve contradição nas questões trazidas. Sendo assim, sintetizou os encaminhamentos que surgiram do debate. Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales** interveio para destacar a importância de dar celeridade à elaboração da recomendação sugerida no debate, considerando que o prazo de 90 dias, definido na Portaria 4.847/2024, já havia expirado. A esse respeito, acordou-se que as coordenações das comissões citadas definiriam uma data, o mais breve possível, para reunião e elaboração da proposta. Sendo assim, a mesa colocou em apreciação as propostas de encaminhamento. **Deliberação: o Pleno do CNS decidiu que as Comissões Intersetoriais de Atenção à Saúde da Pessoa com Patologia (CIASPP), de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) e Orçamento e Financiamento (COFIN), junto com a Mesa Diretora do CNS, devem: acompanhar o processo de debate da situação, de acordo com o calendário apontado pelos CES e CMS do Rio de Janeiro; elaborar recomendação com propostas para reestruturação da Rede Federal, contemplando questões como concurso público, carreira, conselhos locais, comitês de equidade; e solicitar dados que respaldam decisão do Ministério da Saúde sobre destino da rede de hospitais.** Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu a presença dos convidados e, às 18h30, encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: *nomes serão incluídos*. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – AMEAÇAS DOS PLANOS DE SAÚDE AO SUS: CANCELAMENTOS E PROJETO DE LEI Nº 7.419/2006 - Apresentação: Andrea Werner**, Deputada Estadual de São Paulo; **Lucas Andrietta**, Coordenador de Saúde do Instituto de Defesa de Consumidores – Idec; conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales**, Coordenadora Adjunta da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS/CNS. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Nas considerações iniciais, conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales**, Coordenadora Adjunta da CISS/CNS, cumprimentou todas as pessoas presentes e agradeceu a Mesa Diretora do CNS por pautar este tema, possibilitando debate sobre os prejuízos dos cancelamentos unilaterais de planos privados de saúde para as pessoas e os reflexos no SUS. Além disso, sinalizou que é importante tratar de outros pontos importantes sobre saúde suplementar como estratégias para garantir o ressarcimento de planos privados de saúde ao SUS. Lembrou que o setor de planos privados de saúde apresenta crescimento a cada ano e, apesar da afirmação das operadoras de falta de lucro, este foi o único setor econômico do país com lucratividade durante a pandemia da COVID-19, por exemplo. Recordou que, em julho de 2024, o CNS aprovou a Recomendação nº 22, que recomenda a abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar cancelamentos em massa pelas empresas de planos de saúde, entre outras providências, mas não houve resposta. Além disso, solicitou ao Ministério da Saúde espaço no seu organograma para discutir a saúde suplementar. Também manifestou preocupação com o chamamento de audiência pública, de forma célere, o que dificultou a participação da sociedade civil e do controle social, para tratar sobre saúde suplementar, tendo sido cogitada na oportunidade a possibilidade de reajuste por revisão técnica (medida excepcional que as operadoras solicitam para “corrigir desequilíbrios financeiros”). Além disso, destacou que é preciso ter atenção ao Projeto 7.419/2006, que propõe alterações na Lei dos Planos de Saúde, a fim de evitar mais retrocessos e prejuízos. Por fim, disse que a intenção é contribuir na definição de ações eficazes e efetivas para enfrentar essa situação de cancelamentos unilaterais de planos de saúde. Feitas essas considerações iniciais, foi aberta a palavra às pessoas convidadas, com leitura do currículo de cada uma. A deputada estadual de São Paulo, **Andrea Werner**, agradeceu o convite para debater os cancelamentos de planos de saúde e Projeto de Lei nº 7.419/2006, haja vista os prejuízos para as pessoas e o SUS. Ao seu currículo, acrescentou ser uma pessoa com autismo, diagnosticada tardiamente e mãe de um adolescente com autismo. Iniciando, pontuou que é preciso entender que cobrar e fiscalizar planos privados de saúde significa defender o SUS. Salientou que são muitas lutas acerca deste tema e lembrou a batalha contra o rol taxativo da ANS, salientando que, após intensa luta, foi aprovada nova lei definindo que os beneficiários dos planos de saúde podem solicitar cobertura de tratamentos não incluídos no rol taxativo. Apesar desse “ganho”, disse que as operadoras de planos de saúde têm consigo

1198 driblar a lei e não colocar em prática os seus dispositivos. Destacou que discurso das  
1199 operadoras é de prejuízo quando a real situação é de alto lucro de planos privados de saúde.  
1200 Lembrou que os CEOs mais bem pagos da história do Brasil são de planos privados de saúde  
1201 e citou que um deles teve renda superior a R\$ 80 milhões em um ano. Além disso, sinalizou a  
1202 força da pressão (“lobby”) das operadoras de planos privados de saúde, citando o Projeto de  
1203 Lei nº 7.419, em tramitação desde 2006 e até hoje não votado. Em que se pese o discurso de  
1204 colapso iminente do setor, o lucro da operadas é altíssimo. Relatou que, desde que tomou  
1205 posse como deputada, recebeu mais de 1220 denúncias de planos de saúde em São Paulo,  
1206 cerca de 30% de cancelamento unilateral de pessoas, afetando principalmente pacientes com  
1207 autismo, doenças raras ou com câncer. No caso do câncer, a suspensão descumpra Tema  
1208 Repetitivo nº. 1.082 do Supremo Tribunal de Justiça. Além disso, esse cancelamento atingiu  
1209 gestantes há dois meses do parto. Disse que essa situação ocorre, inclusive, pela dificuldade  
1210 de acesso à justiça e por desconhecimento de direitos. Relatou que muitos beneficiários, diante  
1211 da possibilidade de cancelamento, fizeram a portabilidade para outros planos, inclusive com  
1212 coparticipação que, na maioria, é abusiva, por receio de ficarem sem cobertura. No caso de  
1213 São Paulo, por exemplo, ao investigar casos de cancelamento, as operadoras são condenadas  
1214 em 68% dos casos, indício de que as práticas adotadas são ilegais. Pontuou ainda que  
1215 somente duas em cada dez pessoas lesadas optam pela judicialização, ainda assim, esse  
1216 processo aumentou 50% em um ano. Disse que a situação vem se agravando inclusive, porque  
1217 a ANS tem falhado no seu papel de regular o setor de saúde suplementar. Sendo assim, os  
1218 cancelamentos passaram a assumir formas mais arrojadas, porque a narrativa de colapso  
1219 falhou (no primeiro trimestre de 2024, as operadoras tiveram R\$ 3,3 bilhões de lucro líquido) e  
1220 as operadoras adotaram outros caminhos para justificativas de suas ações: fraude, causando  
1221 lesão e epidemia de terapia (crianças com autismo, por exemplo). Sobre o tratamento de  
1222 crianças com autismo, explicou que dados da ANS mostram que essas crianças têm acesso a  
1223 dez sessões de terapia por mês, e não 80, conforme alegado pelas operadoras. Além disso,  
1224 salientou que é urgente a regulamentação de planos por adesão e empresariais, diante das  
1225 práticas abusivas das operadoras. Para ilustrar a gravidade da situação, mostrou boleto de  
1226 beneficiária de plano de saúde, que teve reajuste do seu plano de saúde, em um mês, de R\$  
1227 697,69 (7/6/2004) para R\$ 3136,53 (6/9/2024). No mais, sinalizou a escassez de oferta de  
1228 planos individuais, com cobertura robusta, que são mais regulados pela ANS e, como  
1229 resultado, incentivo a planos coletivos, alguns deles “falsos coletivos por adesão” (CNPJ de  
1230 MAI composto por pessoas da mesma família). Ou seja, cada vez mais planos de saúde sem  
1231 regulamentação, possibilitando os cancelamentos unilaterais ou forçando a desistência com  
1232 aumento de preços de forma abusiva, conforme o exemplo citado. Explicou que, caso isso  
1233 continue, qualquer beneficiário, com quadro maior de complexidade ou fora das classes “A” ou  
1234 “B” serão direcionados para o SUS, sobrecarregando o sistema público. No mais, disse que é  
1235 preciso considerar neste debate que as operadoras têm uma dívida de bilhões com o SUS. Por  
1236 fim, lembrou que essas empresas operam no país por concessão e o sistema não pode ser  
1237 refém desse setor em nome dos lucros dos acionistas. O coordenador de saúde do Idec,  
1238 **Lucas Andrietta**, iniciou saudando todas as pessoas presentes e agradecendo, em nome do  
1239 Instituto, o convite para participar deste debate. Salientou que o setor de saúde suplementar é  
1240 um campo de práticas abusivas contra os beneficiários e o IDEC atua na defesa dos direitos  
1241 dos consumidores de planos de saúde e na regulação do setor para proteção dos beneficiários  
1242 e do sistema de saúde como um todo. Disse que o país dispõe do SUS e do sistema de saúde  
1243 suplementar, formando um setor “híbrido” onde convivem as duas realidades. Ou seja, não é  
1244 verdadeira a afirmativa de que uma parte da população utiliza o SUS e a outra o sistema  
1245 suplementar. Nesse cenário, afirmou que o principal desafio é consolidar o SUS na forma  
1246 desejável. Assim, questionou a narrativa de que a saúde suplementar alivia o SUS, pois, ao  
1247 contrário, quanto maior a saúde suplementar, mais difícil é consolidar o SUS. Ressaltou que o  
1248 setor precisa ser regulado, inclusive por conta das consequências para o SUS, entre elas:  
1249 saúde suplementar não é um mercado qualquer, assim, a dinâmica é diferente; o setor  
1250 suplementar é “hipertrofiado”, porque, se não fosse o volume de subsídios, benefícios,  
1251 estímulos, a saúde suplementar não seria o que é (empresas não seriam o que são; e é  
1252 preciso entender de onde vem o recurso, entre outros aspectos) e esse processo impacta na  
1253 capacidade de financiar o SUS; saúde suplementar estabelece desigualdade público/privado,  
1254 entre outras; setor é atrofiado, pois permite dedução do imposto de renda e, como  
1255 consequência, volume de recursos deixa de ser arrecadado, por exemplo; 60% do gasto com  
1256 saúde é privado; saúde suplementar concorre com o SUS por recursos assistenciais,  
1257 aprofundando as desigualdades por força de trabalho na saúde; o crescimento da saúde

suplementar dificulta o fortalecimento do SUS; evidências científicas demonstram que países com sistemas mais universais têm melhores resultados em termos de saúde e países que investem em modelos mais privatizantes possuem resultados piores; planos privados de saúde contribuem pouco para a saúde brasileira no sentido sanitário, pois, de um modo geral, cobrem parcela mais saudável da população e, quando a situação se complica, há negativa de cobertura; e a situação é contraditória e desigual e diversos aspectos dificultam mais a situação. Finalizando, frisou que a saúde suplementar precisa ser regulada de forma mais incisiva e efetiva, pois uma série de práticas abusivas ocorre por ausência de prática regulatória da ANS. Por fim, disse que o IDEC também contribuiu com a construção do PL nº 7.419/2006, mas possui preocupação com a possibilidade de trazer prejuízo diante da força dos setores envolvidos. **Manifestações.** Conselheira **Priscila Torres da Silva Víde**o mostrou um vídeo que demonstra a necessidade de defender o SUS diante do setor de saúde suplementar (no vídeo, representante de operadora de plano privado afirma que “é melhor ressarcir ao SUS do que assumir pacientes com tratamento de alto custo, porque o impacto financeiro do ressarcimento é menor”). Salientou que o ressarcimento ao SUS não ocorre e alguns grupos da população não é “elegível” para ter planos privados de saúde (entre elas, população em situação de rua e população carcerária). Relatou que possuía plano privado de saúde há muito tempo e há cinco anos foi “expulsa”, sendo necessário judicializar para garantir cobertura e, neste momento, ao completar 45 anos, o seu plano teve aumento exorbitante (de R\$ 890,00). Diante de situações como esta, frisou que é preciso fortalecer o SUS para garantir atendimento necessário e defender a população brasileira do mercado da saúde suplementar. Conselheiro **Thiago Soares Leitão** ressaltou a importância deste debate para defesa das pessoas beneficiárias de planos privados e para o fortalecimento do SUS. Salientou que as pessoas usuárias, às vezes, não informam o diagnóstico para as operadoras de planos de saúde, por receio de não serem aceitas e muitas sofrem com aumento abusivo dos preços e com negativa de tratamento. Conselheira **Francisca Valda da Silva** saudou a Comissão por trazer esta pauta de relevância para a sociedade e as pessoas convidadas pelas explicações. Salientou que os planos privados de saúde crescem com os incentivos fiscais, a desregulamentação, o abuso econômico e a negação de direitos. Além disso, pontuou que é preciso considerar que o setor atende 1/3 da população com recurso maior que o do SUS. Salientou que se trata de um “negócio” que mercantiliza a saúde e nega atendimento aos seus beneficiários, sobrecarregando o SUS, sem o devido ressarcimento. Ressaltou que essa situação precisa ser enfrentada, olhando para as fusões como um dos negócios mais rentáveis do mundo, que prioriza somente o lucro e buscando a aprovação de leis que protejam o usuário. Por fim, registrou sua indignação com a ausência da ANS neste importante debate. Conselheira **Regina Célia de Oliveira Bueno** saudou a mesa pelas ricas apresentações e reiterou a indignação com a ausência da ANS. Destacou pontos que precisam ser tratados neste debate: o contrato com as operadoras é unilateral, pois é impossível mudar qualquer cláusula; os usuários têm receio de informar doenças pré-existentes por entender que podem levar à negativa por parte da operadora ou aumentar o valor do plano; e a população desconhece os seus direitos e/ou tem dificuldade de acessar a justiça para lutar por eles. Conselheira **Lúcia Helena Modesto Xavier** também destacou a importância do debate deste tema no Conselho e propôs que o CNS incentive a revisão da Lei nº. 9.596/98, de modo a assegurar, na prática, a cobertura de tratamento e medicamentos por parte dos planos de saúde, como é o caso de pessoas com diabetes que necessitam de medicamento e outros insumos para o tratamento (já é assegurado, mas os beneficiários enfrentam dificuldade na garantia deste direito). Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** lamentou a ausência da representação da ANS neste debate e, nas suas palavras, é preciso ir além do diagnóstico e definir ações concretas de enfrentamento da situação. Na linha de ampliar a informação e a mobilização, sugeriu a divulgação da apresentação das duas pessoas palestrantes nos meios de comunicação do CNS e o envio aos conselheiros e às conselheiras para que divulguem nas suas entidades e movimentos. Conselheira **Myrian Coelho Cunha da Cruz** também destacou a importância desta temática e frisou que é preciso adotar ações concretas que impeçam o avanço do “setor suplementar/privado” da saúde. ]Conselheiro **Elenilson Silva de Souza** cumprimentou as duas pessoas expositoras e fez um agradecimento especial à deputada pela luta em defesa das pessoas com deficiência. Como encaminhamento, sugeriu a aprovação de recomendação ao Congresso Nacional para atualizar a legislação que regula os planos privados de saúde, assegurando os direitos das pessoas beneficiárias. Conselheira **Vitória Bernardes Ferreira** saudou as pessoas convidadas pelas ricas informações e reiterou que o lugar da pessoa com deficiência é no SUS, e não no setor suplementar, que segue a lógica do



mercado e não da garantia de direitos. Lembrou que o SUS foi pensado na emancipação de direitos e não no aprisionamento e, nessa linha, é preciso combater a lógica da saúde suplementar que naturaliza o modelo biomédico da deficiência. Conselheira **Helenice Yemi Nakamura** também saudou as pessoas convidadas e concordou que a saúde suplementar não “alivia” o SUS, ao contrário, onera o Sistema e traz prejuízos à população. Como encaminhamento, sugeriu que o Conselho elabore campanha para “regulamentação da saúde suplementar “já””. Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales** reiterou a importância deste debate, haja vista o volume de denúncias de pessoas beneficiárias de planos privados de saúde e o impacto negativo do setor de saúde suplementar no SUS. Lembrou que o CNS defende a lógica de que saúde não é “mercadoria” e de investimento no SUS para que garanta serviços e ações de saúde com qualidade. Reiterou que a ANS possui o papel legal de regular os planos privados de saúde e não tem cumprido essa determinação. Nesse sentido, sugeriu que o CNS elabore recomendação à Agência para que proíba o cancelamento unilateral de planos privados de saúde, e regule os reajustes dos planos coletivos, considerando as definições das Leis 9.656/98 e 14.454/22. Por fim, registrou repúdio à ausência da representação da ANS neste importante debate. Conselheira **Lúcia Regina Florentino Souto** concordou com a proposta de promover movimento para “regulamentação da saúde suplementar”, provocando o Parlamento para que realize audiências públicas sobre o tema, com a participação do controle social. **Retorno da mesa.** A Deputada Estadual de São Paulo, **Andrea Werner**, agradeceu as falas e fez os seguintes comentários: há duas saídas para o país, a educação e a politização, portanto, é preciso investir nesses dois pontos; as decisões são políticas – de investimento no SUS, por exemplo, e da escolha da direção da ANS, assim, é necessário mobilização para que ocorra da forma desejada; o lugar de todos os brasileiros é no SUS, mas é preciso considerar a situação das mães de criança com deficiência que buscam o sistema suplementar, porque o SUS não garantiu atendimento; no caso do autismo, o diagnóstico vem aumentando, mas o SUS não está preparado para essa demanda e o sistema suplementar cada vez nega atendimento; as pessoas com deficiência são diversas e precisam de atendimento diversificado no SUS, para que não sejam refém do sistema suplementar; e foram abertos seis inquéritos no Ministério Público de São Paulo relativos a denúncias de operadoras de saúde, por violação de direitos. Por fim, disse que a defesa dos direitos das pessoas é um processo árduo e precisa de apoio de todos os segmentos da sociedade. O coordenador de Saúde do IDEC, **Lucas Andrietta**, também elogiou o debate e pontou que: o IDEC possui agenda clara sobre saúde suplementar, com propostas no âmbito legislativo e regulatório, e, no caso do PL 7.419, possui análise ponto a ponto; as lacunas/os problemas relativos a planos de saúde são antigos e o entendimento é de omissão regulatória da ANS, inclusive de fazer cumprir dispositivos do Código de Defesa do Consumidor no mercado de planos de saúde; no caso do cancelamento unilateral, a Lei de Planos de Saúde veda essa prática para planos de saúde contratados individualmente, e a demanda é de inclusão dos planos coletivos nessa vedação (a lei não impede que a ANS faça isso no âmbito regulatório); do ponto de vista do direito do consumidor, a prática do cancelamento unilateral é abusiva, o que gera judicialização (menos do que poderia) e o Judiciário tem decidido favoravelmente aos beneficiários e o cancelamento é revertido; o Instituto deseja uma ANS sólida e forte que defenda o interesse público, lembrando que o Instituto participou da criação da Agência e da lei de planos de saúde; em reuniões com a Agência, observou-se que o corpo técnico possui entendimento sobre as lacunas ou problemas, mas o resultado é que sucessivas diretorias da Agência, em diferentes governos, representaram entraves a avanços regulatórios para os problemas postos; é importante cobrar a realização da CPI de planos de saúde; os planos privados de saúde envolvem grupos econômicos poderosos e forte lobby e quanto maior a desregulamentação, maior a influência na definição das políticas públicas de saúde; a regulação também contribuiu para restringir esses grupos poderosos e com forte lobby, que causam uma série de prejuízos para as pessoas e para o SUS. Por fim, disse que o IDEC continua a disposição para formar alianças e enfrentar a situação. Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales**, Coordenadora Adjunta da CISS/CNS, manifestou satisfação com a ampla participação neste debate e salientou que a situação é complexa, com claro descumprimento da legislação estabelecida. Também reiterou que é preciso ampliar o diálogo com o Ministério da Saúde sobre o impacto dessa situação no SUS e também observar a mudança na diretoria da ANS. Por fim, agradeceu as pessoas convidadas pelas ricas explicações e pelo trabalho. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS, agradeceu as pessoas convidadas pelas exposições e sintetizou os encaminhamentos oriundos do debate. Também sinalizou que a ausência das representações da SAES/MS e da

ANS trouxe prejuízo para o debate. A seguir, com adendos feitos aos encaminhamentos lidos, colocou em votação. **Deliberação: elaborar recomendação a ANS para que proíba o cancelamento unilateral de planos privados de saúde, e regule os reajustes dos planos coletivos, considerando as definições das Leis 9.656/98 e 14.454/22; renovar a recomendação do CNS nº para cobrança da CPI de planos de saúde (será construída pela CISS para apreciação na próxima reunião ou, dada a urgência, publicada ad referendum); definir estratégias de mobilização da população acerca do tema; pensar em campanha para regulamentação da saúde suplementar já – provocar o parlamento para que realize audiências públicas sobre o tema, com a participação do controle social; incentivar o processo de revisão da Lei 9.596/98, com definição do que é medicamento, por exemplo; divulgar a apresentação das duas pessoas palestrantes nos meios de comunicação do CNS e enviar aos conselheiros e às conselheiras para que divulguem nas suas entidades e movimentos.** Com essa deliberação, a mesa agradeceu a presença das pessoas convidadas e encerrou a discussão. **ITEM 8 – APRESENTAÇÃO DE AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Informação e Saúde Digital - SEIDIGI/MS -**

*Apresentação:* **Ana Estela Haddad**, Secretária de Informação e Saúde Digital - SEIDIGI/MS. *Coordenação:* conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o Presidente do CNS lembrou que este ponto de pauta segue a definição de pautar, a cada reunião do Conselho, as ações das secretarias do Ministério da Saúde. Após a leitura do currículo da Secretária da SEIDIGI/MS foi aberta a palavra a ela para explanação. A Secretária da SEIDIGI/MS, **Ana Estela Haddad**, agradeceu a oportunidade de apresentar as ações da SEIDIGI/MS ao Conselho e aproveitou para cumprimentar o Conselho pela criação da Câmara Técnica de Saúde Digital e Comunicação em Saúde. No mais, cumprimentou o Presidente do Conselho pelo trabalho, inclusive pela representação do Colegiado em diferentes fóruns de debate em âmbito nacional e internacional. Iniciando, explicou que a Ministra de Estado da Saúde lançou uma série de ações, entre elas, o Brasil Bem Cuidado, reconstrução da Saúde da Família, Mais Acesso a Especialistas e o Programa SUS Digital. Pontuou que é um desafio pensar a transformação digital, com inovação alinhada às Políticas Públicas, considerando a dimensão do SUS: o Sistema realiza 2,8 bilhões de atendimentos por ano; 70% da população depende do Sistema Único de Saúde no Brasil; 2,8 bi atendimentos por ano; atende 150 milhões de pessoas (> 70% da população). Sobre a Secretaria, explicou que é composta por três departamentos: Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde - DataSUS; Departamento de Saúde Digital e Inovação - DESD; e Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde - DEMAS. Na linha da promoção da inovação e reconstrução para fortalecer o SUS, explicou que o Programa SUS Digital tem por objetivo promover a transformação digital no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS para ampliar o acesso da população às suas ações e serviços, com vistas à integralidade e resolubilidade da atenção à saúde. Sinalizou, inclusive, ser a primeira vez que o governo brasileiro define um programa nacional com recursos para fomentar o ecossistema de saúde digital. Explicou que a Portaria GM/MS nº 3.232/2024, que criou o Programa SUS Digital define que a transformação digital no SUS aplica-se ao campo da saúde como um todo, incluindo: atenção integral à saúde; vigilância em saúde; pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde; formação e educação permanente dos trabalhadores e profissionais de saúde; e gestão do SUS planejamento, monitoramento, avaliação. Explicou que a iniciativa foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite – CIT e teve adesão de 100% dos municípios e dos 26 Estados Brasileiros e do Distrito de Federal, com repasse de recurso na ordem de R\$ 454,00 milhões em 2024. Detalhou que o Programa conta com os seguintes componentes: Prontuário eletrônico; Integração dos sistemas de informação; acesso pelo paciente aos seus dados de saúde; Prontuário unificado acessível durante o atendimento; Sumário internacional do paciente; Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS); e Estratégia de Telessaúde integrada. Considerando o desafio do pacto Interfederativo, explicou que o Programa SUS Digital propôs as seguintes etapas de planejamento: 1) Rede de atenção - diagnóstico situacional – das macrorregiões de saúde para organizar a Rede de Atenção à Saúde e promover melhores condições aos usuários do SUS. Para entender cenários; 2) Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD) - 7 Domínios em Saúde Digital a serem respondidos pelas entidades federativas para apoiar o retrato e inventário de boas práticas em saúde digital do Brasil. Para medir cenários; e 3) Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital - Planejamentos individualizados a partir de particularidades e maturidade (INMSD) de cada unidade federativa para apoiar a Transformação Digital no SUS. Para

transformar cenários. Para distribuição dos recursos do Programa, foi utilizada matriz que considera: capacidade instalada, porte populacional e vulnerabilidade social. Seguindo, falou sobre o Índice Nacional de Maturidade da Saúde Digital – INMSD, linha de base e modelo para medir a evolução, visão nacional, explicando que: é autoaplicável; deve ser respondido pelas entidades federativas; é composto por 7 domínios; 32 subdomínios e 42 perguntas (resultados já processados e analisados). Salientou que iniciativa importante é o Meu SUSdigital, voltado a garantir às pessoas usuárias do SUS acesso e autonomia sobre os seus dados de saúde, voltado a aproximar informações e serviços de saúde e do SUS. Para maior conhecimento, citou os seguintes dados sobre o Meu Sus Digital: mais +50 mi *downloads*; mais de 4 mil de usuários ativos (representa as pessoas que usaram o app no último mês); e primeiro em APPs gratuitos da categoria saúde. Continuando, falou sobre o Prontuário Unificado, plataforma destinada ao profissional de saúde para o acesso ao histórico clínico do cidadão, em qualquer serviço onde ele for atendido, garantindo o direito a um atendimento de qualidade e a continuidade do cuidado. Na linha do acompanhamento integral, citou a Rede Nacional de Dados em Saúde -RNDS, plataforma nacional para a troca de informações em saúde, assegurando a todo cidadão acesso a uma atenção continuada no Brasil e exterior. Além disso, destacou que a RNDS, além de ser um projeto estruturante do Meu SUS Digital, é um programa do Governo Federal voltado para a transformação digital da saúde no Brasil, que visa promover a troca de informações entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, permitindo a transição e continuidade do cuidado nos setores públicos e privados. Salientou que são mais de 2 bilhões de registros disponíveis na RNDS - Registros de Imunobiológicos Administrados; Registros de Atendimento Clínico (RACs); e Registros de Regulação Assistencial. Destacou, ainda, que o Ministério da Saúde participa de Rede Latina de Informação e Saúde Digital e está trabalhando na elaboração do Sumário Internacional do Paciente. Seguindo, falou sobre o Laboratório de Inovação em Saúde Digital, ambiente interinstitucional conformado em rede, integrativo e colaborativo, voltado à promoção, ao fomento e ao desenvolvimento de soluções inovadoras para o fortalecimento do ecossistema de saúde e transformação digital no SUS. Explicou que a publicação de dados em formato aberto justifica-se por: compromisso legal - Decreto nº 8.777/2016: Institui a Política de Dados Abertos do Executivo Federal; estímulo à inovação - os dados abertos podem ser utilizados para desenvolver novos produtos e serviços; elaboração e condução de políticas públicas - utilizar os Dados Abertos para elaborar e conduzir Políticas mais eficazes; aperfeiçoamento dos Dados Governamentais - melhorar a eficiência da gestão pública; e Participação Social – os dados podem ser utilizados pela sociedade para a transparência e o controle democrático do governo. Detalhando, apresentou contexto e histórico da Política de Dados Abertos: a Parceria para Governo Aberto ou OGP é uma iniciativa internacional que pretende difundir e incentivar globalmente práticas de governo aberto. Fundada em 2011 (Brasil compôs como membro fundador). Atualmente integram a Parceria 75 países e mais de 104 unidades subnacionais; Governo Aberto é uma cultura de governança que promove a colaboração entre governo e sociedade, por meio da transparência na gestão, participação social e da responsabilidade e responsividade dos agentes públicos. Objetivo: aprimorar políticas e serviços e solucionar questões de interesse público. Os planos de ação nacionais são criados pelos países-membros da Parceria para Governo Aberto, de acordo com as áreas nas quais precisam se desenvolver para obter um governo mais aberto; e o 6º Plano de Ação Brasileiro foi construído entre junho e outubro de 2023. Vigência de 2024-2027 com 8 temas estabelecidos como compromissos. Apresentou visão geral e perspectivas para Abertura de Dados, destacando: Portal de Dados Abertos do MS: 40 bases abertas (hoje); Inventário PDA-MS 2024-2026: 229 bases de dados. A meta é alcançar o Cronograma de Abertura PDA-MS de 73 bases no período de 2024-2026. Também informou que foi aberta consulta pública e foram recebidas mais de 600 sugestões que serão incorporadas na elaboração de painéis de informações. Detalhou ainda os próximos passos após aprovação do CGD/MS: divulgação por e-mail institucional e no Integra MS do PDA-MS e da Cartilha de Dados Abertos do SUS; e divulgação pela ASCOM/MS. Seguindo, apresentou os resultados nacionais da Telessaúde no SUS, 2023 e 2024: 1.628.906 telediagnósticos realizados; e 141.585 teleatendimentos. Detalhou que o impacto foi o seguinte: ampliação do acesso à saúde em locais remotos; redução de deslocamentos; coordenação do cuidado; e mais acesso a especialistas, redução das filas de espera. Citou o Estado do Ceará que realizou 918 teleatendimentos entre janeiro e julho/2024, integrados ao complexo regulador. O uso coordenado da telessaúde evitou 256 mil quilômetros de deslocamentos. Nessa linha, destacou a expansão dos Núcleos de Telessaúde, de dez, em 2022 para 24, em 2024. Detalhou a oferta nacional de Telediagnóstico: Oftalmologia – para oito Estados: 11.541

telediagnósticos realizados; Eletrocardiograma – para doze Estados: 902.966 telediagnósticos realizados; e Dermatologia - para catorze Estados: 498.710 telediagnósticos realizados. Destacou ainda a teledermatologia em Santa Catarina, explicando que foram mais de 103 mil lesões laudadas desde 2023 e foram evitados 40% de encaminhamentos para média e alta complexidade. Destacou ainda a expansão para territórios com vazios assistenciais e em situação de maior vulnerabilidade - indígenas, quilombolas e comunidades (DSEIs - Roraima (3 missões Yanomami); Parintins/AM; Manaus/AM; Kaiapó/MT; Xingu/MT; Xavante/MT; Araguaia/MT; Cuiabá/MT); Quilombo Boa Vista/PA; e Complexo da Maré/RJ – Piloto. Além disso, explicou que o Ministério da Saúde está trabalhando a conectividade como significativa na saúde, considerando a desigualdade digital no país. Por meio do PAC Conectividade – INFOSUS IV, disse que o Ministério da Saúde está ampliando recursos para a conectividade – R\$ 43 milhões em 2024. Também destacou que a Ministra de Estado da Saúde e o Presidente da República lançaram o Programa Norte Conectado, que assegura banda larga pelo leito dos rios e foi aprovado programa para conectar as unidades de saúde ainda não conectadas. Mostrou vídeo demonstrando a implantação do Primeiro território Quilombo a receber a Telessaúde, em Boa Vista, Pará – 2024. Por fim, citou a Proposta de Plano Brasileiro de Inteligência Artificial – 2024-2028, mas não conseguiu apresentá-la por conta do avançado da hora. Concluída a explanação, foi aberta a palavra para explanações. Nas falas, foram levantados os seguintes aspectos: cumprimentos às ações da SEIDIGI/MS, especialmente o impacto na ampliação do acesso à saúde em locais remotos; as ações digitais possibilitam mudanças na assistência à saúde, mas é preciso ter atenção à formação dos profissionais de saúde que precisam lidar com as transformações tecnológicas; é preciso divulgar informações sobre as novas tecnologias aos usuários do Sistema para que entendam como funcionam e possam utilizá-las; a iniciativa da telessaúde é importante, pois melhora a qualidade de vida das pessoas, mas é preciso definir formas de evitar a privatização desses serviços, conforme vem ocorrendo em alguns estados; a ANATEL precisa ser envolvida nas ações de saúde digital; é essencial definir formas de garantir acolhimento nos teleatendimentos; a saúde digital é um tema complexo e precisa de aprofundamento; a falta de infraestrutura é uma realidade em várias regiões do país e precisa ser enfrentada; é preciso ter segurança em relação aos dados de usuários, a fim de não serem utilizados de forma indevida; e é preciso inserir dados também da Caderneta da Gestante, da Caderneta da Criança e da Caderneta do Idoso no “Meu SUSdigital”. Após as falas, a Secretária da SEIDIGI/MS, **Ana Estela Haddad**, fez breves comentários sobre as intervenções e agradeceu o apoio do Conselho às ações da Secretaria. O Presidente do CNS afirmou que a Secretaria e os Departamentos estavam à disposição para continuar o diálogo com o Pleno do CNS e suas comissões. **Encaminhamento: continuar o diálogo com a SEIDIGI, por meio das comissões do Conselho e da Câmara Técnica de Saúde Digital e Comunicação em Saúde do CNS, que será instalada.** Definido este ponto, a mesa encerrou a manhã do segundo dia de reunião. Estiveram presentes a seguintes pessoas conselheiras: *nomes serão incluídos*. Retomando, a mesa foi composta para o item 9 da pauta. **ITEM 9 – CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Informes. 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - Informes. Apresentação e coordenação:** conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – Informe sobre o processo preparatório e apreciação de minuta de resolução, que dispõe sobre alterações relativas às normativas da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Convidada:** **Isabela Cardoso de Matos Pinto**, Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS. Primeiro, conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora-adjunta da 4ª CNGTES, informou que os 26 Estados e o DF realizaram as suas etapas da Conferência, com envio dos relatórios consolidados e o CNS esteve presente em todas as conferências. Em seguida, apresentou resolução que dispõe sobre alterações relativas às normativas da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. No documento, o CNS resolve: Art. 1º Alterar o Art. 36 da Resolução CNS nº 747, de 09 de novembro de 2023, que passa a vigorar com a inclusão do seguinte parágrafo: “[...] §3º Pessoas convidadas, indicadas pelo Conselho Nacional de Saúde, terão apenas suas despesas com alimentação, no local da Conferência, custeadas pelo Ministério da Saúde;”. Art. 2º Alterar o Art. 36 da Resolução CNS nº 747, de 09 de novembro de, nos seguintes termos: Onde se lê: “V - das comissões que integram a estrutura da Comissão Organizadora, conforme disposto na Resolução CNS nº 731/2024 e”, Leia-se: “V - membras e convidadas das comissões que integram a estrutura da Comissão Organizadora, conforme disposto na

Resolução CNS nº de 731 de 19 de janeiro de 2024". Art. 3º Alterar o Art. 35 da Resolução CNS nº 747, de 09 de novembro de, nos seguintes termos: Onde se lê: "V - das comissões que integram a estrutura da Comissão Organizadora, conforme disposto na Resolução CNS nº 731/2024; e", Leia-se: "V - membras e convidadas das comissões que integram a estrutura da Comissão Organizadora, conforme disposto na Resolução CNS nº de 731 de 19 de janeiro de 2024;". Art. 4º Alterar a alínea b do inciso II do Art. 23 da Resolução CNS nº 747, de 09 de novembro de, nos seguintes termos: I - Onde se lê "(b) obtido mais de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo menos 8 (oito) GT;," Leia-se: "(b) obtido mais de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo menos três (3), Grupos de Trabalho de cada eixo temático;" Art. 5º Revogar o inciso II do Art. 36 da Resolução CNS nº 747, de 09 de novembro de 2023. Art. 6º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. **Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade.** Por fim, comunicou que o edital para contratação da empresa foi lançado e a expectativa é de contratação da empresa para realização até 16 de outubro 2024. A Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS, **Isabela Cardoso de Matos Pinto**, também fez breve informes sobre as ações da Secretaria no processo preparatório da Conferência, com destaque à participação em todas as conferências estaduais de saúde. **5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – Informes – Apresentação:** conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da 5ª CNSTT; e **Leonardo Mendonça**, consultor da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador – CGSAT/MS. Primeiro, conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da 5ª CNSTT, fez um informe sobre o processo preparatório da Conferência. Lembrou, primeiro, 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 Nacional: de 18 a 21 de agosto de 2025. Disse que o calendário das etapas preparatórias é o seguinte: 12ª RENASTTÃO – 05 a 07 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. Ainda em relação ao calendário, citou as seguintes atividades previstas: 1º Congresso Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do DIESAT – Março/Abril 2025; e Atividades Centrais Sindicais - Março/Abril de 2025. Citou as conferências municipais/macrorregionais realizada e prevista: 3ª Conferência Regionalizada de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora da Região do Café - 30 e 31 de outubro de 2024; e Conferência Municipal de Saúde de Gravataí - 29 e 30 de novembro de 2024. No que diz respeito a atividades gerais preparatórias para 5ª CNSTT, citou as oficinas virtuais e presenciais do Projeto Articulação das CISTT em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/DIESAT. Por fim, informou que a Comissão Organizadora da 5ª CNSTT se reuniria, de forma presencial, no dia 4 de novembro. A seguir, **Leonardo Mendonça** fez um informe sobre as atividades da 5ª CNSTT realizadas e previstas. **Para conhecimento. Não houve deliberação. ITEM 10 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP - Envolvimento do paciente e do público em pesquisas – Apresentação:** **Antônio Carlos Munhoz**, Membro do Grupo de Pesquisa Mudanças Climáticas e Pessoas em Situação de Vulnerabilidade da McGill University Montreal/Canadá; **Egmar Longo**, Membro do Comitê de Melhores Práticas da Aliança Internacional de Academias de Deficiência Infantil (IAACD); e conselheira **Laís Bonilha**, Coordenadora da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS. **Coordenação:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, conselheira **Laís Bonilha**, Coordenadora da CONEP/CNS, saudou todas as pessoas presentes e salientou que a pauta visava conhecer o movimento exterior para envolver paciente e público em pesquisas e replicar essa iniciativa no Brasil. Antes de abrir a palavra para as pessoas convidadas, a mesa fez a leitura dos currículos. A primeira expositora foi a integrante do Comitê de Melhores Práticas da IAACD, **Egmar Longo**, que iniciou agradecendo o convite para tratar deste tema no Plenário e pensar estratégias para implementar no Brasil o movimento para envolvimento do paciente e do público nas pesquisas, que está acontecendo em países de alta renda. Começou explicando que a realização de pesquisa em saúde visa melhorar a vida das pessoas, mas nas reuniões de pesquisa no Brasil não estão contempladas as pessoas mais importantes - paciente/familiar; membro do público/comunidade; e gestor/profissional de saúde. Assim, é preciso pensar em formas de garantir que as reuniões de pesquisa funcionem de forma harmoniosa. Disse que o Envolvimento do Público e do Paciente (EPP) ("Patient and Public Involvement (PPI)") significa que o envolvimento é a realização de um projeto/pesquisa "com" ou "por" membros do público, em vez de "para" ou "sobre" eles. Destacou que os benefícios do

1618 EPP são os seguintes: empoderamento do paciente, participação ativa nas pesquisas que lhes  
1619 dizem respeito; aumento da relevância e do impacto da pesquisa ao dar voz ao público-alvo;  
1620 decisões compartilhadas, pesquisas mais alinhadas com as reais necessidades do público-alvo.  
1621 Falou sobre o Nacional Instituto de Pesquisa em saúde do Reino Unido (NIHR), por entender  
1622 ser a referência para implementar a EPP no Brasil. Detalhou que possui estrutura organizada  
1623 para que outros países acomodem esses modelos às suas necessidades. Trata-se de um  
1624 modo de fazer pesquisa colaborativo e participativo, que considera as seguintes premissas:  
1625 informar – sobre o que está acontecendo; educar – explicação em linguagem simples para  
1626 compreensão do público-alvo em relação ao envolvimento na pesquisa; consultar - entender se  
1627 o que está sendo construído com o paciente faz sentido naquele coletivo; engajar -  
1628 envolvimento do público e do paciente, porque é preciso estabelecer conexão com a  
1629 comunidade e coletivo; codesenhar; e coproduzir – pensamento coletivo, decisões e  
1630 construção compartilhadas. Detalhou os cinco pontos importantes para garantir que o projeto  
1631 de pesquisa envolva ativamente o público: compartilhar poder; incluir todas as perspectivas e  
1632 habilidades; respeitar e valorizar o conhecimento de todos aqueles que estão na mesa;  
1633 princípio de reciprocidade; e construir e manter vínculos. Salientou que o Instituto pensou que o  
1634 envolvimento do público e do paciente passa por diversas etapas do caminho da pesquisa,  
1635 entre elas, sugerir temas para as pesquisas, esclarecer a pergunta da pesquisa, garantir que  
1636 os métodos sejam éticos, ajudar a escrever informações para pacientes e formulários de  
1637 consentimentos, comunicar os resultados para os diferentes grupos. Falou sobre o EPP no  
1638 Reino Unido, desde os movimentos emancipatórios sobre deficiência, ativismo no HIV e  
1639 destacou, em 1996, a criação do INVOLVE, conselho consultivo para envolver pacientes e  
1640 membros do público para orientar como a pesquisa em saúde deveria ser feita no Reino Unido.  
1641 Disse que esse grupo se fortaleceu, transformando-se, em 2020, no centro de engajamento e  
1642 disseminação. Disse que, no pós-doutorado, acompanhou grupo de engajamento do público  
1643 em pesquisas da universidade do Reino Unido (prática comum no país). Detalhou que esses  
1644 comitês consultivos das universidades contribuem para moldar as pesquisas nos  
1645 departamentos das Universidades. Nessa linha, defendeu que essa estratégia seja replicada  
1646 no Brasil. No meio acadêmico, destacou espaço para a importância do envolvimento do público  
1647 e do paciente em pesquisas. Na linha de disseminar o conhecimento científico, citou iniciativa  
1648 de editora do jornal Research Involvement and Engagement de remeter os artigos para revisão  
1649 do meio acadêmico e de representantes de pacientes. Citou ainda movimento importante com  
1650 a Irlanda de treinamento e envolvimento do paciente em pesquisa por meio de Rede. Sobre  
1651 considerações éticas do EPP, falou sobre a experiência do Reino Unido, onde, ao pensar a  
1652 pesquisa, são feitos convites aos pacientes para participação no planejamento (dispensa a  
1653 avaliação do comitê de ética). No caso do Brasil, avaliou que é preciso debater onde estamos e  
1654 para onde queremos ir. Disse que há iniciativas de grupos específicos no Brasil com  
1655 envolvimento público de paciente, mas esta é uma exceção. Inclusive, destacou que é preciso  
1656 refletir se os CEPs têm participação ativa de pacientes nas mesas de tomada de decisão.  
1657 Salientou que é preciso criar grupos de EPP para todas as pesquisas no Brasil, para pensar  
1658 desde a pergunta de pesquisa e discutir compensação para esses grupos de EPP. Destacou  
1659 que todas as pesquisas no Reino Unido, para receber financiamento, precisa ter plano bem  
1660 estruturado sobre como paciente e público serão envolvidos. Salientou que a intenção é treinar  
1661 pesquisadores, pacientes e membros públicos no Brasil por meio de escolas de EPP. Mostrou  
1662 a composição do Grupo EPP Brasil, ressaltando que o objetivo é fortalecer pesquisas  
1663 participativas. Também destacou a criação de Ebooks sobre Envolvimento do Paciente e do  
1664 Público, demonstrando o compromisso em disseminar conhecimento em EPP e promover  
1665 equidade e justiça social nas pesquisas em saúde (primeiro número foi lançado e outro está em  
1666 elaboração). Por fim, falou sobre estudo que está sendo codesenhado com um grupo de  
1667 Envolvimento do Público e do Paciente (EPP) em pesquisas com participantes de várias  
1668 regiões do Brasil, conduzido pela doutoranda Caline Jesus, do PPGMDS da UFPB sob a  
1669 orientação das Professoras Doutoras Egmar Longo e Liliane Machado e se destina a oferecer  
1670 formação em EPP para pesquisadores brasileiros. Por fim, agradeceu o espaço e solicitou  
1671 parceiros para construir formas de fazer de pesquisas no Brasil de forma mais equitativas,  
1672 garantindo voz a quem a pesquisa deseja contribuir. Na sequência, expôs o integrante do  
1673 Grupo de Pesquisa Mudanças Climáticas e Pessoas em Situação de Vulnerabilidade da McGill  
1674 University Montreal/Canadá, **Antônio Carlos Munhoz**, que iniciou cumprimentando todas as  
1675 pessoas e manifestando sua satisfação por participar deste debate. Destacou que as pessoas  
1676 com deficiência, assim como ele, vêm lutando, há muitos anos para assegurar a participação  
1677 nos diversos debates. Assim, não pode deixar de engajar-se no debate sobre o envolvimento

do paciente e do público em pesquisas. Relatou que participa de comitê de ética em pesquisa de instituição em São Paulo voltada ao atendimento às pessoas com deficiência intelectual e vem questionando pesquisa. Salientou que há algum tempo vem questionando de forma mais incisiva as pesquisas com pessoas com deficiência intelectual. Explicou que a maior parte das pesquisas é voltada a pessoas com síndrome de Down, e questionou até quando essas pessoas serão objeto de pesquisa. Ressaltou que os militantes no campo da deficiência alcançaram conquistas, uma delas a progressão do modelo médico da deficiência para o modelo biopsicossocial da deficiência. Todavia, a maior parte das pesquisas e dos pesquisadores segue visão médica da deficiência, desconsiderando o contexto social em que vivem as pessoas com deficiência. Salientou que essa situação de uma relação ética que se estabelece única e exclusivamente na assinatura de um TCLE é bastante semelhante a outros comitês de ética do país. Todavia, lembrou que essa relação ética vai muito além da assinatura deste Termo. Salientou que a relação entre pesquisador e pesquisado é de poder e este poder não será compartilhado sem luta. Salientou que a participação no campo da ética envolve uma questão emblemática na relação de poder entre as partes. E, no caso da pesquisa envolvendo pessoas com deficiência intelectual, destacou que o desrespeito às famílias, sobretudo às mães, é muito grande. Para ilustrar, citou pesquisa submetida ao comitê de ética envolvendo bebês com síndrome de Down e lembrou a falta de apoio às mães de bebês com deficiência intelectual, porque inexistem políticas públicas voltadas a pessoas com deficiência intelectual no país. Salientou que as pessoas com deficiência física alcançaram conquistas com duras lutas diante das adversidades, mas, no campo da deficiência intelectual, a maior barreira é o preconceito e a inexistência de políticas públicas de atenção a esse público. Assim, as mães de crianças com síndrome de Down, muitas delas sozinhas, em situação de maior vulnerabilidade social, se agarravam à possibilidade de pesquisa com seu filho, porque esta foi a única possibilidade que lhe foi ofertada. No seu ponto de vista, essa é uma situação “desonesta”, porque será oferecido a ela não o que ela e bebê precisam. Disse que o pesquisador responsável pela pesquisa envolvendo bebês com síndrome de Down foi chamado ao CEP para prestar esclarecimentos sobre a pesquisa e observou-se que o interesse era completamente técnico, nada humanitário. Além disso, segundo explicou o pesquisador, o compromisso de retorno às famílias das pessoas participantes da pesquisa referia-se ao que já estava previsto como direito delas. Disse que situações desonestas e antiéticas como o caso não podem continuar a acontecer. Salientou que escreveu o prefácio do livro apresentado pela integrante do Comitê de Melhores Práticas da IAACD, **Egmar Longo**, e entendeu que deveria “misturar” a militância e a sua experiência como pessoa com deficiência que participou de pesquisa e fortalecer essa relação. Relatou que, na infância, participou de pesquisas com cirurgia para que conseguisse andar (tentativa que ainda persiste de aproximar do “normal”), mas isso não é o mais importante. No caso da criança com síndrome de Down, perguntou se o mais importante para ela seria participar de pesquisa ou ter uma vida digna com políticas públicas que atendam as suas necessidades. Salientou que é preciso discutir essas questões em termos da ética em pesquisa, entendendo que a ética em pesquisa transborda o ambiente de pesquisa, devendo ser vista como situação de relações sociais e de poder. Assim, avaliou que, além de capacitar os pesquisadores, é preciso atuar de maneira incisiva para o fortalecimento das pessoas participantes de pesquisa. Ressaltou que é preciso enfrentar a disputa de poder entre pesquisador e pesquisado para construir uma relação mais participativa e minimamente igualitária. Por fim, colocou-se à disposição para contribuir neste sentido. Concluídas as explicações, foi aberta a palavra ao Pleno para considerações. Nas intervenções, foram destacados os seguintes aspectos: é preciso definir estratégias para o desenvolvimento de pesquisas na lógica das necessidades sociais; é preciso ter editais que abarquem as interseccionalidades; apoio à proposta de envolvimento do paciente e do público em pesquisas e sugestão de criar GT na CONEP para aprofundar a discussão; e a justiça social nas pesquisas somente será possível quando os participantes se emanciparem.

**Retorno da mesa.** O integrante do Grupo de Pesquisa Mudanças Climáticas e Pessoas em Situação de Vulnerabilidade da McGill University Montreal/Canadá, **Antônio Carlos Munhoz**, agradeceu as falas e ressaltou a importância de aprofundar o debate. Também frisou que a luta por pesquisa com ética é essencial para construção de uma nova sociedade. A integrante do Comitê de Melhores Práticas da Aliança Internacional de Academias de Deficiência Infantil (IAACD), **Egmar Longo**, também fez um agradecimento à oportunidade de participar daquele momento de partilha de conhecimento e desejou a realização de pesquisas que promovam a justiça social. Conselheira **Laís Bonilha**, Coordenadora da CONEP, também agradeceu a oportunidade de pautar este tema no CNS e salientou a importância de valorizar o movimento



para garantir a participação das pessoas nas pesquisas. **Deliberação: neste ponto, o Pleno do CNS aprovou, por unanimidade, a proposta de instituir Grupo de Trabalho no âmbito da CONEP/CNS para debater estratégias que garantam a participação efetiva da população em projetos de pesquisas. ITEM 11 – ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas - Coordenação e apresentação:** conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** informou que os documentos foram enviados com antecedência. Devido ao adiantado da hora, esclareceu que, dos seis documentos, quatro seriam apreciados naquele momento, os demais na reunião extraordinária do Conselho que seria realizada no dia seguinte. **1) Recomendação sobre Denúncias de Violações de Direitos Humanos contra Trabalhadores (as) de Saúde Palestinos (as).** Recomenda: a) À Presidência da República: Reforçar a manifestação na Organização das Nações Unidas (ONU) em solidariedade aos(as) trabalhadores(as) de saúde palestinos(as) diante dos sucessivos ataques e violências a que estão sendo submetidos(as) pelo governo de Israel, cobrando ações das organizações internacionais para a proteção e garantia da integridade desses(as) profissionais; Denúncia das violações de Direitos Humanos cometidas pelo governo de Israel contra civis palestinos(as) no âmbito da Corte Internacional de Justiça (CIJ) e do Tribunal Penal Internacional (TPI); Suspensão de contratos de cooperação militar e para segurança pública, bem como da compra de armas e insumos da indústria armamentista israelense. b) Ao Ministério das Relações Exteriores: Requerimento de informações ao Estado de Israel e à Palestina sobre alegadas violações de Direitos Humanos de trabalhadores(as) de saúde palestinos(as). c) Ao Ministério da Saúde: Estabelecimento de Acordo de Cooperação Técnica Internacional com o Ministério da Saúde da Palestina, visando à cooperação acadêmico-científica no campo de atenção à saúde mental, com intercâmbio de tecnologia e conhecimento, unindo esforços em defesa da vida. d) À Corte Internacional de Justiça - CIJ e ao Tribunal Penal Internacional - TPI: Tomada de providências e condução de investigações sobre violações de Direitos Humanos, especialmente no que se refere à proteção dos(as) trabalhadores(as) de saúde palestinos(as). e) À Organização Mundial da Saúde (OMS): Adoção de providências para garantir o exercício profissional dos(as) trabalhadores(as) de saúde palestinos(as), com apoio do Ministério da Saúde da Palestina; fortalecimento das linhas de cuidado e assistência pós-violência, incluindo apoio para que a Palestina crie mecanismos de suporte adequados para esses(as) profissionais. f) À Delegação Brasileira na Organização Mundial da Saúde (OMS): defender, no âmbito da OMS, a constituição de um Comitê Internacional de Averiguação da Situação Sanitária no território palestino; defender, no âmbito da OMS, a constituição de um Comitê de Registro e Resguardo dos Prontuários e Denúncias de Tortura ocorridas fora do território palestino. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com uma abstenção. 2) Recomendação cujo mérito foi aprovado no debate, realizado na 358ª RO, em comemoração aos 25 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e aos 10 anos do Guia alimentar da População Brasileira.** No documento, o CNS recomenda: Ao Ministério da Saúde: 1. Ampliação dos recursos federais destinados ao apoio para implementação da PNAN pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito federal e municípios brasileiros; 2. Elaboração de estratégias de difusão do Guia Alimentar para a População Brasileira, incluindo a perspectiva da educação popular em saúde, a partir do diálogo entre as diversidades, valorizando os saberes, a ancestralidade e o incentivo à produção de conhecimentos; 3. Elaboração de instrutivos técnicos e desenvolvimento de estratégias de incentivo e apoio para implementação das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira e de compras públicas de alimentos da agricultura familiar na rede hospitalar do SUS (hospitais públicos e filantrópicos). Aos gestores de Estados e Municípios: 1. Fortalecimento das equipes das Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição das Secretarias de Saúde; 2. Qualificação da oferta de cuidados em alimentação e nutrição nos serviços de Atenção Primária e Atenção Especializada; 3. Transparência nos instrumentos de gestão do SUS quanto aos investimentos para implementação da PNAN, incluindo a descrição da utilização dos incentivos financeiros federais específicos para esta política; 4. Promoção e apoio às estratégias de educação permanente para gestores e trabalhadores sobre a agenda de cuidados em alimentação e nutrição no SUS. Aos Conselhos Estaduais, Municipais e Locais de Saúde: 1. Inclusão de pautas e debates em torno das ações do setor saúde voltadas à melhoria das condições de alimentação e nutrição da população, nos territórios; 2. Monitoramento do uso do incentivo financeiro federal de apoio à implementação da PNAN pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios Aos gestores municipais

de Saúde: 1. Inclusão de nutricionistas em todas as equipes multiprofissionais de Atenção Primária em Saúde - e-Multi, visando o fomento e a qualificação das ações de alimentação e nutrição na APS. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com uma abstenção. 3) Moção de Repúdio contra a Gilead e Apelo para Decretar Licenciamento Compulsório do Lenacapavir.** No dia 2 de outubro, a Gilead anunciou a concessão de uma licença voluntária para o lenacapavir (LEN) — uma inovadora opção de prevenção ao HIV de longa duração — com seis empresas para a produção de versões genéricas em 120 países. No entanto, o Brasil, junto com a maior parte da América Latina, foi injustificadamente excluído dessa lista. Repudiamos essa decisão da Gilead que ignora a realidade de um país extremamente desigual, onde o HIV tem uma clara determinação social. No Brasil, as populações mais vulneráveis, muitas das quais dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), continuam a ser desproporcionalmente afetadas. Apenas em 2023, foram registrados 51.000 novos casos de infecção pelo HIV no país. Restringir o acesso ao lenacapavir em um cenário como este é um ataque direto à saúde pública e uma ameaça à saúde de milhares de brasileiros. Diante dessa situação, apelamos para a necessidade do governo brasileiro a necessidade da retomada do debate da licença compulsória pela defesa das vidas e autosuficiência nacional. O SUS, que é um pilar fundamental para a saúde das pessoas mais vulneráveis no Brasil, não pode ser refém dos interesses econômicos das grandes corporações farmacêuticas. A saúde deve ser um direito de todos e não um privilégio de poucos. **Deliberação: a moção foi aprovada. 4) Resolução que dispõe sobre a composição e o funcionamento da Câmara Técnica de Saúde Digital e Comunicação em Saúde, e as atribuições dos seus membros.** No documento, o CNS aprova a composição e o funcionamento da Câmara Técnica de Saúde Digital e Comunicação em Saúde e as atribuições dos seus membros, na forma do Anexo da Resolução. As entidades selecionadas para compor a CTSDCS/CNS e que cumpriram as regras estabelecidas no Edital de Chamamento nº 003/2024, titulares e suplentes, por Eixo, são as relacionadas a seguir, juntamente com suas respectivas pessoas integrantes indicadas: §1º Eixo I - Saúde Digital: I - Titulares a) Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, representada por Ilara Hammerli Sozzi de Moraes; b) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), representando por Matheus Zuliane Falcão; c) Idec - Instituto de Defesa de Consumidores, representado por Marina Fernandes de Siqueira; d) Laboratório de Políticas Públicas e Internet - LAPIN, representado por Raquel Rachid e) Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, representada por Rodrigo Murinho; f) Universidade de Brasília - UnB, representada por Juliana Martins Pinto; g) Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde (SEIDIGI/MS), representada por Mário Uriarte Neto; h) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde do Ministério da Saúde (SECTICS/MS), representada por Fábio Henrique Cavalcanti de Oliveira; i) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com representante a ser indicado; j) Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), com representante a ser indicado; k) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com representante a ser indicado; e l) Secretaria de Políticas Digitais da Presidência da República (SPDIGI), representada por Samara Mariana de Castro. II - Suplentes a) Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa, representado por Andréa Cintra Lopes; b) Estratégia Latino-Americana de Inteligência Artificial - ELA-IA, representada por Leandro Modolo Paschoalotte; c) Instituto Projeto Rondon, representado por Lorrany Kettilyn Almeida de Jesus Fernandes; d) Associação Nacional dos Bolsistas Mais Médicos Jefferson Alves; e) 4 integrantes indicados pelas entidades das alíneas “g” a “l” do inciso anterior. §2º Eixo II - Comunicação em Saúde: I - Titulares a) Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, representada por Wilma Madeira da Silva; b) Rehuna - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, representada por Aline de Oliveira Gonçalves; c) Associação Brasileira de Comunicação Pública - ABCPública, representada por Débora Freitas de Oliveira Pinheiro; d) Associação Vida e Justiça, representada por Rosângela Dornelles; e) Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação em Saúde, representado por Caroline Pignaton; f) Universidade Estadual da Paraíba, representada por Rafael de Araújo Melo; g) Secretaria de Comunicação do Governo Federal, com representante a ser indicado; h) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS), representada por Denise Lins de Sousa; i) j) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com representante a ser indicado; Assessoria de Comunicação do MS, representada por Rodrigo Bauer; k) Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicação (MCTI), com representante a ser indicado; e l) Secretaria da Presidência da República, representada por Marina Silva Meira. II - Suplentes a) Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde -

1858 ANEPS, representada por Daniela Silva Pereira; b) Associação Beradeiro, representada por  
1859 Marcuce Antonio Miranda dos Santos; c) Associação da Rede Unida, representada por Márcia  
1860 Fernanda de Mélo Mendes; d) Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – Cebes, representado  
1861 por Carla Daniele Straub; e) 4 integrantes indicados pelas entidades das alíneas “g” a “j” do  
1862 inciso anterior. **Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade. ENCERRAMENTO**  
1863 – Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou a 359ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram  
1864 presentes as seguintes pessoas conselheiras: *nomes serão incluídos.*