



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,**

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

118 do Conselho, onde exerceu a função de Secretário Executivo Substituto. Destacou a
119 importância do Projeto Integra e sua realização neste momento em que se comemora 20 anos
120 da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, um dos exemplos mais emblemáticos de
121 construção de políticas sociais. Avaliou que o Projeto reforça a importância de construção de
122 políticas de forma coletiva, demonstrando as necessidades das pessoas usuárias. Destacou
123 que a assistência farmacêutica não pode ser vista como compra de medicamento, mas sim
124 como conjunto de ações que envolvem o processo. Ou seja, não basta adquirir o medicamento,
125 se não houver garantia de atendimento local. Saudou a iniciativa de elaboração da cartilha,
126 destacando que se dirige a todos os profissionais envolvidos na assistência farmacêutica e,
127 não apenas aos farmacêuticos. Por fim, citou avanços na área da assistência farmacêutica,
128 resultado da ação do DAF/SECTICS/MS, em parceria com o controle social: reativação do
129 comitê de plantas medicinais e fitoterápicos e ampliação de recursos para investimento nesses
130 dois itens; ampliação dos recursos repassados aos municípios para aquisição de
131 medicamentos; habilitação de novos municípios para receber recursos do Programa Qualificar;
132 e publicação de Portaria do MS que dispõe sobre as diretrizes nacionais do cuidado
133 farmacêutico. Por fim, agradeceu o espaço e colocou-se à disposição para participar de outros
134 debates. Conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello**, da Mesa Diretora do CNS, reconheceu o
135 avanço do Projeto Integra, desde a sua criação, e manifestou satisfação com o lançamento da
136 Cartilha Sobre Política de Assistência Farmacêutica, mais um instrumento que contribuirá para
137 ampliar o conhecimento sobre o tema. Inclusive, sugeriu a elaboração de livro em quadrinhos,
138 na forma de gibi, a fim de fazer chegar informação sobre esse tema, inclusive às crianças.
139 Conselheira **Debora Raymundo Melecchi**, Coordenadora da CICTAF/CNS, participou deste
140 momento de forma remota e manifestou sua satisfação com a participação da CICTAF/CNS
141 neste processo, desde o início. Sinalizou que a Cartilha contribuirá para ampliar o debate sobre
142 a PNAF e os temas relativos à assistência farmacêutica nos conselhos estaduais de saúde, de
143 acordo com a necessidade local, visando a garantia da assistência farmacêutica como direito.
144 Finalizando, o Presidente do CNS agradeceu a presença das pessoas convidadas e sinalizou a
145 importância de ampliar o debate sobre assistência farmacêutica em outro momento. Inclusive,
146 recordou que estava prevista a vinda do Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e
147 Complexo da Saúde do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha, na próxima reunião do Conselho,
148 para explanar sobre as ações da Secretaria. **Não houve deliberação. Para conhecimento.**
149 **ITEM 3 – EXPEDIENTE – Informes. Justificativa de ausências. Apresentação de novos**
150 **(as) Conselheiros (as) Nacionais de Saúde e Coordenadores (as) de Plenária de**
151 **Conselhos de Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de outubro. Indicações.**
152 **Relatório da Mesa Diretora.** Coordenação: conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da
153 Mesa Diretora do CNS. Apresentação: **Ana Carolina Dantas Souza**, Secretária Executiva do
154 CNS. **INFORMES – 1)** Informe sobre o Dia Nacional da Saúde Integral da população Negra.
155 Apresentação: conselheira **Heliana Hemetério** (Rede Candaces BR). **2)** Informe sobre a
156 Súmula vinculante nº 60 e o tema nº 1234 do Supremo Tribunal Federal - STF. Apresentação:
157 conselheira **Melissa do Amaral** (ACBG Brasil). **3)** Informe sobre a aprovação da Lei nº. 14.924,
158 de 12 de julho de 2024. Apresentação: conselheira **Myrian Cruz** (CFN). O Conselho Federal de
159 Nutricionistas passa a ser Conselho Federal de Nutrição, uma vez que, além do exercício
160 profissional de Nutricionistas, o Conselho passa a incluir os Técnicos de Nutrição e Dietética
161 (TND). **4)** Informe sobre o 27 de outubro, que é o Dia Nacional de Mobilização Nacional
162 Pró Saúde da População Negra. Apresentação: conselheira **Rosa Anacleto** (UNEGRO). **5)**
163 Oficina "Desafios para a Implementação da Saúde Única/Uma Só Saúde em um Cenário de
164 Mudanças Climáticas". Apresentação: conselheiro **Elenilson Souza - BIII**. (MORHAN). Os
165 Conselheiros Alex Motta, João Alves e Maria Laura Bicca, em conjunto com outros membros da
166 CIVS, participaram durante os dias 21 e 22 de setembro da oficina "Desafios para a
167 Implementação da Saúde Única/Uma Só Saúde em um Cenário de Mudanças Climáticas",
168 apresentado no 59º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (MEDTROP
169 2024). A oficina "Desafios para a Implementação da Saúde Única/Uma Só Saúde em um
170 Cenário de Mudanças Climáticas" resultou na elaboração da Carta de São Paulo, contendo 60
171 propostas focadas no fortalecimento de políticas públicas que respondam às complexidades
172 que exigem as áreas de saúde humana, animal, vegetal e ambiental. Dentre as 60 propostas,
173 12 tratam do papel do Controle Social nesse processo. O documento foi aprovado e
174 apresentado durante o 59º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT),
175 que neste ano tem como tema "Medicina Tropical sob o olhar da Saúde Única". O evento,
176 conhecido como MEDTROP 2024, sediou a oficina como parte de sua programação
177 preparatória. As propostas estão organizadas em seis eixos, focando na integração entre

178 saúde humana, animal e ambiental, prevenção de zoonoses e pandemias, segurança
179 alimentar, resistência antimicrobiana e a relação entre meio ambiente e saúde. Importante
180 destacar que entre junho e setembro de 2024, foram realizados sete webinários preparatórios
181 que abordaram temas prioritários, considerando o plano de ação conjunto de “Saúde
182 Única/Uma Só Saúde” desenvolvido pelas organizações — Organização Mundial da Saúde -
183 OMS, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura - FAO, Organização
184 Mundial de Saúde Animal - OMSA e Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente -
185 PNUMA. Essa oficina foi organizada pelo 59º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina
186 Tropical, pela Rede Saúde Única Brasil (One Health Brasil), pelo Grupo Técnico de Uma Só
187 Saúde (GT-Uma Só Saúde) do Departamento de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA e
188 Conselho Nacional de Saúde - CNS do Ministério da Saúde.**6)** Informe sobre o mês de
189 conscientização da artrite reumatoide (outubro). Uma doença inflamatória crônica que no Brasil
190 atinge mais de 2 milhões de pessoas. *Apresentação:* conselheira **Priscila Torres** (Biored
191 Brasil). Outubro é o mês de conscientização da artrite reumatoide, uma doença inflamatória
192 crônica que no Brasil atinge mais de 2 milhões de pessoas. O Sistema Único de Saúde (SUS)
193 se destaca mundialmente por oferecer um dos melhores protocolos de tratamento que mudou
194 positivamente a característica dessa doença na população brasileira. Eu sou resultado dessa
195 qualidade de tratamento, vivo com AR há 18 anos e não tenho a cara da doença porque o SUS
196 nos permitiu viveu sem dor e sem limitações. Por meio da criação do GT/Reumato-CNS
197 aprovado nessa plenária, o CNS segue trabalhando na elaboração da Política Nacional de
198 Atenção às Pessoas com Doenças Reumáticas, para ampliar a equidade no tratamento das
199 doenças reumáticas, e através desta política será possível ofertar linhas de cuidado integral
200 para todas as pessoas com doenças reumáticas no Brasil. A coordenação da CICTAF e da
201 CIASPP realizou, no dia 02 de outubro reunião instrutiva sobre a decisão do STF sobre a
202 judicialização de medicamentos, debatendo com o DAF, DEJUD, CONJUR, defensorias
203 públicas do estado e da União. O tema será levado à reunião presencial conjunta entre as
204 comissões, no dia 27 de novembro de 2024.**7)** Reforçar a manifestação na Organização das
205 Nações Unidas (ONU) em solidariedade às pessoas trabalhadoras de saúde palestinas diante
206 dos sucessivos ataques e violências a que estão sendo submetidas pelo governo de Israel.
207 Além disso, cobrar ações das organizações internacionais para a proteção e garantia da
208 integridade desses(as) profissionais; Denúncia das violações de Direitos Humanos cometidas
209 pelo governo de Israel contra civis palestinos(as) no âmbito da Corte Internacional de Justiça
210 (CIJ) e do Tribunal Penal Internacional (TPI). *Apresentação:* conselheiro **Dirceu Bartolomeu**
211 **Greco.** **JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA** – Titular: Alex Gomes da Motta, Pastoral da Saúde
212 Nacional, Usuário, Participação 2º Suplente. Titular: Ana Lúcia Silva Marçal Padduello,
213 Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras
214 (SUPERANDO), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Cledson Fonseca Sampaio, Rede
215 Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+ BRASIL), Usuário, Rodízio de
216 titularidade. Titular: Clóvis Alberto Pereira, Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB),
217 Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Débora Raymundo Melechchi, Federação Nacional dos
218 Farmacêuticos (FENAFAR), Profissional de Saúde, Razões pessoais. Titular: Francisca Valda
219 da Silva, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Profissional de Saúde, Rodízio de
220 titularidade. Titular: Francisco Runja Manoel Antonio, Articulação dos Povos Indígenas Região
221 Sul (ARPIN-SUL), Usuário, Motivos pessoais. Titular: Heliana Neves Hemetério dos Santos,
222 Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR), Usuário,
223 Rodízio de titularidade. Titular: José Eri Borges de Medeiros, Conselho Nacional de Secretarias
224 Municipais de Saúde (CONASEMS), Gestor, Participação 1º Suplente. Titular: José Vanilson
225 Torres da Silva, Movimento Nacional População de Rua (MNPR), Usuário, Rodízio de
226 titularidade. Titular: Luiz Carlos Ferreira Penha, Coordenação das Organizações Indígenas da
227 Amazônia Brasileira (COIAB), Usuário, agenda de trabalho. Titular: Luiz Carlos Medeiros de
228 Paula, Federação Nacional de Associações de Diabético (FENAD), Usuário, Rodízio de
229 titularidade. Titular: Madalena Margarida da Silva Teixeira, Central Única dos Trabalhadores
230 (CUT), Usuário, Agenda de trabalho. Titular: Maria Thereza Almeida Antunes, Federação
231 Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD), Usuário, Rodízio de titularidade.
232 Titular: Paula Johns, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos
233 Direitos Humanos (ACT), Usuário, Rodízio de titularidade. Titular: Walquiria Cristina Batista
234 Alves Barbosa, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ), Usuário,
235 Rodízio de titularidade. Integrantes da Mesa Diretora do CNS participaram da reunião para
236 contribuir na coordenação dos pontos de pauta. **COORDENADORES DE PLENÁRIA** -
237 Jefferson de Sousa Bulhosa Júnior – Distrito Federal – Centro Oeste. José Nazareno Lima

238 Tavares – Amapá – Norte. Maria Izabel Girotto - 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 Nordestino. 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. **INDICACÕES – 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* (*Referendar*):
281 conselheira **Francisca Valda da Silva** (ABEn), coordenadora da CIRHRT. **5)** Convite da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, para participarem na
282 “**Oficina Nacional de Educação Permanente em Saúde: Articulando Saberes, Fazeres,**
283 **Desafios e Oportunidades para Ressignificar o Trabalho na Saúde**”, nos dias 2 e 3 de
284 outubro de 2024, em Brasília-DF. (Custeio SGTES). *Indicação (Referendar):* Conselheira
285 **Francisca Valda da Silva** (ABEn), **Francisca Valda da Silva**; e Conselheiro **Anselmo Dantas**
286 (FIO), integrante da CIRHRT. **6)** Convite do Conselho Federal de Psicologia (CFP), para
287 participar da **reunião do Comitê Nacional Orfandade e Direitos**, no dia **3 de outubro de**
288 **2024.** (**Virtual**). *Indicação (Referendar):* Conselheira **Fernanda Magano** (FENAPSI), integrante
289 da Mesa Diretora. **7)** Convite da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, para Compor a
290 Mesa de Abertura do Lançamento da Rede de Juventudes Afetadas pela Tuberculose (RJAT),
291 dia 03 de outubro de 2024, em Brasília-DF. (Estava em Brasília). *Indicação (Referendar):*
292 Conselheira **Ana Lúcia Paduelo** (SUPERANDO), integrante da Mesa Diretora. **8)** Convite
293 Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente para participar do “Seminário sobre o futuro
294 acordo global de plásticos: desafios e perspectivas para o setor saudem”, dias 08 e 09 de
295 outubro de 2024, em Brasília/DF. (Custeio SVSA). *Indicação (Referendar):* Conselheiro **Alex**
296 **Motta** (Pastoral da Saúde), coordenador da CIVS. **9)** Convite da Rede de Pesquisa em

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

358 **Rivaldo Cunha**, saudou todas as pessoas e agradeceu o convite para participar deste debate.
359 Explanou sobre o Movimento Nacional de Enfrentamento à Dengue e outras Arboviroses –
360 2024/2025, abordando: aspectos históricos da dengue; plano de ação para enfrentamento das
361 arboviroses – período 2024/2025; e considerações pessoais sobre o tema. No que diz respeito
362 aos aspectos históricos, destacou registros e fatos demonstrando que a dengue não é um
363 problema novo: documento reporta a epidemias no Rio de Janeiro de 1830 a 1870; relatos
364 sobre a dengue em 1872; dengue em Curitiba/PR – 1830 a 1870; texto sobre manifestação
365 clínica e epidemiológica da dengue - Brasil-Médico, de 31/03/1923, de autoria do professor
366 Antônio Pedro; notícia de surto de dengue em Boa Vista/RR, em 1981 e 1982; registro de surto
367 de dengue na Baixada Fluminense/RJ, entre o final de 1985 e início de 1986 (identificação do
368 sorotipo de dengue tipo 1); e início do movimento para produção da vacina contra a dengue,
369 em 1940. Nessa linha, disse que esse problema antigo prevalecerá até que haja novas
370 tecnologias para controle do vetor. Seguindo, explicou que o objetivo geral do Plano é reduzir
371 os casos prováveis e o número de óbitos por Dengue, Chikungunya, Zika e Oropouche. Neste
372 ponto, frisou ser inconcebível que alguém morra por dengue, pois 95% dos casos são tratados
373 com reidratação. Detalhou que os objetivos específicos do Plano são: implantar novas
374 tecnologias de controle vetorial nos municípios, considerando os riscos à população; preparar a
375 rede de atenção à saúde; e garantir o abastecimento de insumos. Salientou que o Movimento
376 Nacional visa envolver diversos segmentos no enfrentamento à dengue - governo federal,
377 trabalhadores da saúde, universidades, sociedade civil, Municípios, Estados. Nesse sentido, o
378 Plano contempla ações a partir de seis eixos: Eixo 1 – prevenção; Eixo 2 – vigilância; Eixo 3 -
379 controle vetorial; Eixo 4 - organização da rede assistencial; Eixo 5 - preparação e resposta às
380 emergências; e Eixo 6 - comunicação e participação comunitária. No que diz respeito ao Eixo 1
381 – prevenção, detalhou que estão contempladas as seguintes ações: Prática dos “10 minutos
382 contra a dengue” como ação coletiva de prevenção; Agentes de Controle de Endemias
383 juntamente com a participação comunitária, para redução dos focos de proliferação dos
384 mosquitos transmissores; atuação conjunta dos Agentes Comunitários de Saúde com os
385 Agentes de Controle de Endemias e os Agentes Populares de Saúde; incorporação gradativa
386 de vacinas contra dengue, de acordo com a produção dos fabricantes; e busca ativa daqueles
387 que tomaram a primeira dose da vacina e não retornaram para segunda dose. Em relação ao
388 Eixo 2 – Vigilância Atualização do Infodengue, o Plano prevê: implementar a vigilância dos
389 vírus e de seus transmissores, incluindo a vigilância genômica; estabelecer parceria com o
390 Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia);
391 estabelecer parceria com o Instituto Todos pela Saúde (ITpS) visando o fortalecimento da
392 vigilância laboratorial e hospitalar nas redes privadas e conveniadas; e Rede Nacional de
393 Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Acerca do Eixo 3 - controle vetorial, as seguintes ações
394 estão contempladas: Estações Disseminadoras de Larvicidas (EDL) em áreas mais
395 vulneráveis; ampliar o método *Wolbachia*, já com resultados em Niterói (RJ), Campo Grande
396 (MS) e Petrolina (PE), e em desenvolvimento nas cidades de Foz do Iguaçu (PR), Londrina
397 (PR) e Joinville (SC); obras da Biofábrica de *Aedes aegypti* com *Wolbachia* – DIS|Distrito de
398 Inovação em Saúde do Ceará (Eusébio/CE); ampliar o uso de insetos estéreis em aldeias
399 indígenas; ampliar a Borrifação Residual Intradomiciliar (BRI) em áreas de alta circulação de
400 pessoas; e ampliar o uso de Bti (*Bacillus thuringiensis israelensis*). Em relação ao Eixo 4 -
401 organização da rede assistencial, as ações são: atualizar protocolos clínicos e diretrizes; novo
402 guia de manejo clínico de Chikungunya; Grupos de apoio técnico estratégico - GATE/Comitês
403 de Apoio aos gestores municipais e estaduais; e parceria com a Empresa Brasileira de
404 Serviços Hospitalares- EBSERH no apoio para capacitação/sensibilização de manejo clínico
405 das arboviroses e na organização da rede. No Eixo 5 - preparação e resposta às emergências,
406 detalhou que as ações são: atualizar o Plano de Contingência Nacional; definir planos de
407 contingência regionalizados; compartilhar informações do Infodengue com os gestores
408 municipais e estaduais de saúde; e definir agenda com Estados e Municípios para alinhamento
409 de recomendações sobre o plano. Em relação ao Eixo 6 - comunicação e participação
410 comunitária, as ações são as seguintes: executar Plano Estratégico de Comunicação com
411 conteúdo regionalizado; realizar seminários e outras atividades de sensibilização/capacitação
412 para jornalistas; e promover seminários de sensibilização/capacitação para comunicadores e
413 influenciadores comunitários. Explicou que, para as ações, será alocado, neste primeiro
414 momento, o montante de R\$ 1,5 bilhão, assegurando recurso para aquisição de vacinas,
415 insumos para diagnóstico laboratorial, pagamento de plantonistas para garantir terceiro turno
416 de atendimento. Finalizando, pontuou determinantes socioambientais das arboviroses urbanas:
417 fortes chuvas; aquecimento global no limite; falta de fornecimento de água; descarte

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

478 as ações; expectativa com a utilização de novas tecnologias, entre elas, a bactéria Wolbachia,
479 desenvolvida por pesquisador em Minas Gerais: está em construção biofábrica em Curitiba
480 para produção de ovos do *Aedes aegypti* infectados com a bactéria e será lançada biofábrica
481 no Ceará; expectativa em relação à vacina contra a dengue e, diante de impasse tecnológico
482 para produção, a aposta é na vacina produzida pelo Butantan (dose única), que será registrada
483 na ANVISA em 2025; a atuação das áreas da saúde e da educação é essencial no processo de
484 formação; apoio à educação popular em saúde é muito importante; e, ideologicamente,
485 defende a rede pública, mas, na condição de gestor, não pode desconsiderar a participação da
486 rede privada na saúde. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS,
487 manifestou satisfação com a nova abordagem no enfrentamento da dengue, com articulação
488 entre as diversas áreas e uso de novas tecnologias. Inclusive, destacou a importância de
489 utilizar as novas tecnologias de informação no processo de educação para o enfrentamento da
490 dengue. Por fim, agradeceu a participação do Secretário Substituto da SVSA/MS e encerrou
491 este ponto de pauta. **Não houve deliberação**. Às 12h30, a mesa encerrou a manhã do
492 primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: *nomes serão*
493 *incluídos*. Retomando, às 14h, a mesa foi composta a mesa para o item 5 da pauta. **ITEM 5 -**
494 **CENSO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL - Comissão Intersetorial de**
495 **Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. Pareceres de processos de**
496 **autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde -**
497 **Apresentação:** conselheira **Vitória Davi Marzola**, coordenadora adjunta Comissão Intersetorial
498 de Recursos Humanos e Relação de Trabalho – CIRHRT/CNS. **Coordenação:** conselheira
499 **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da CIRHRT/CNS; e
500 conselheira **Heliana Hemetério**, da Mesa Diretora do CNS. **Pareceres de processos de**
501 **autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde -**
502 Inicialmente, conselheira **Vitória Davi Marzola**, coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS,
503 apresentou os 25 processos elaborados e aprovados pela Comissão, no período de 2 a 27 de
504 setembro de 2024, sendo quinze insatisfatórios e dez satisfatórios com recomendações. A
505 situação dos processos analisados é a seguinte: **1)** Relação entre número de processos
506 analisados e ato regulatório - Autorização: 18; e Reconhecimento: 7; **2)** Relação entre número
507 de processos analisados e Curso - Enfermagem: 13; Medicina: 5; Odontologia: 4; e Psicologia:
508 3; **3)** Relação de cursos e tipo de ato regulatório: Enfermagem: 13 de autorização; Medicina: 5
509 de reconhecimento; Odontologia: 4 de autorização; e Psicologia: 1 de Autorização e 2 de
510 Reconhecimento; e **4)** Relação entre número de processos analisados e parecer final: 15
511 insatisfatórios; e 10 satisfatórios com recomendações. Não havendo manifestações, a mesa
512 colocou em votação os pareceres apresentados. **Deliberação: aprovados, por maioria, uma**
513 **abstenção com declaração de voto, os 25 processos apresentados pela CIRHRT/CNS.**
514 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** saudou a Comissão pelo trabalho e pela busca por
515 aprimorar cada vez mais o processo de análise e declarou que se absteve da votação, porque
516 não conseguiu analisar os pareceres com antecedência. **CENSO DA FORÇA DE TRABALHO**
517 **EM SAÚDE NO BRASIL - Apresentação:** **Bruno Guimarães de Almeida**, Diretor de Gestão e
518 Regulação do Trabalho em Saúde - DEGERTS/SGTES/MS; **Lisiane Boer Possa**, Professora
519 Associada do Departamento de Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Maria -
520 UFSM/RS, *participação de forma remota*; conselheira **Vitória Davi Marzola**, coordenadora
521 adjunta da CIRHRT/CNS. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e
522 coordenadora da CIRHRT/CNS, destacou a importância desta pauta e da parceria com o
523 DEGERTS/SGTES/MS no debate de temas importantes da regulação do trabalho em saúde. O
524 primeiro expositor foi o diretor do DEGERTS/SGTES/MS, **Bruno Guimarães de Almeida**, que
525 iniciou agradecendo o convite e registrando importância da participação do CNS nos debates
526 sobre o trabalho em saúde. Na sua fala, explanou sobre as estratégias de planejamento
527 relativas à força de trabalho em saúde. Em seguida, a Professora da UFSM/RS apresentaria a
528 iniciativa do Censo da Força de Trabalho em Saúde no Brasil, realizada em parceria com a
529 FIOCRUZ e a Universidade Federal de Santa Maria/RS. Iniciando, disse que o
530 DEGERTS/SGTES/MS foi reestruturado no início da gestão do Presidente Lula, com retomada
531 de pautas importantes como planejamento da força de trabalho em saúde. Explicou que o
532 Departamento é responsável pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de
533 políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde. Nessa linha, estrutura-se
534 considerando as dimensões de relações, processos, condições e vínculos de trabalho,
535 objetivando estruturar uma efetiva política de gestão do trabalho nas esferas federal, estadual,
536 distrital e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o sistema e, assim,
537 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 estratégicas 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

598 sobre o SisDim, plataforma que reúne metodologias de planejamento e dimensionamento da
599 força de trabalho em saúde com a finalidade de apoiar gestores e trabalhadores do SUS no
600 que se refere à gestão do trabalho em saúde. As metodologias de dimensionamento
601 informatizadas no SisDim utilizam dados dos sistemas de informação em saúde oficiais do
602 Ministério da Saúde e podem subsidiar a tomada de decisão. Citou ainda o Dimi, um sistema
603 de planejamento colaborativo de suporte à gestão da força de trabalho em saúde, desenvolvido
604 junto ao Projeto "Desenvolvimento de Metodologia de Planejamento e Dimensionamento da
605 Força de Trabalho nos Serviços Pré-Hospitalares Fixos e Hospitalares de Urgência". Falou
606 também sobre a demografia das profissões de saúde, explicando que os projetos apresentam
607 como objetivo traçar características, tendências e cenários relacionados à população e à
608 atividade dos (as) profissionais de saúde no Brasil. Detalhou que está em curso, junto com a
609 USP, a demografia médica no Brasil e nova edição será publicada em 2025. No mais, está
610 sendo realizada demografia e mercado de trabalho em Enfermagem e sendo desenvolvido
611 projeto de estrutura e dinâmica sociodemográfica da força de trabalho em saúde bucal no
612 Brasil. A intenção é realizar a demografia de todas as profissões da saúde, para conhecer o
613 panorama distribuição, migração, entre outros aspectos. Falou ainda sobre o Grupo
614 constituído para elaborar diagnóstico sobre as relações de trabalho nos modelos de gestão
615 alternativos à gestão direta do Estado no SUS, inclusive para compreender o movimento de
616 financeirização no Sistema, precarização do trabalho, adoecimento por saúde mental. Fez
617 referência também à iniciativa de análise do mercado laboral em saúde, inclusive com
618 articulação internacional, haja vista movimento de saída de especialistas do Brasil para outros
619 países. Segundo, discorreu sobre o censo da força de trabalho na saúde, explicando a
620 metodologia elaborada para planejar e dimensionar a força de trabalho multiprofissional
621 necessária para a conformação da Rede de Atenção à Saúde, a partir da identificação dos
622 territórios, das necessidades em saúde e da Estimativa de Ações e Serviços Públicos de
623 Saúde, de acordo com as políticas de saúde vigentes e os parâmetros definidos pelo Ministério
624 da Saúde. Destacou que dados da força de trabalho são essenciais para fortalecer o SUS, por
625 meio: de políticas de distribuição e redistribuição de pessoas trabalhadoras no território
626 nacional; de ações de regulação e ordenação da formação da força de trabalho em saúde; do
627 fortalecimento da gestão da informação na saúde; e da proposição e consolidação de políticas
628 públicas de gestão do trabalho. Nessa linha, detalhou que o objetivo do Censo é fortalecer a
629 governança da informação no âmbito da gestão do trabalho no SUS e os objetivos específicos
630 são: recensear 100% dos estabelecimentos de saúde do país (a primeira etapa contemplará os
631 estados do Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, atualizando os dados da força de trabalho
632 em sua totalidade); e revisar as categorias e variáveis de interesse que compõem o CNES-
633 Profissional e propor inclusões e adequações que atendam as necessidades de informação da
634 gestão do trabalho. Finalizando, falou sobre a Comissão Nacional para Planejamento e
635 Dimensionamento da Força de Trabalho, que tem por finalidade propor e avaliar dispositivos
636 normativos e gerenciais para o planejamento e o dimensionamento da força de trabalho em
637 saúde, além de promover discussões com o intuito de estabelecer fundamentos sólidos para
638 um planejamento eficaz da força de trabalho. Disse que será realizada a 3ª reunião da
639 Comissão e a ideia é elaborar um Plano Decenal de Planejamento da Força de Trabalho em
640 Saúde no Brasil. Detalhou que são elementos fundamentais deste Plano: dimensionamento;
641 atração; provimento; distribuição; fixação; retenção; movimentação; migração; e formação.
642 Explicou que o plano é importante para responder questões estruturantes em relação à força
643 de trabalho da saúde: quantos e quais perfis profissionais são necessários para o provimento
644 da FT no SUS; quais fatores influenciam na presença e permanência dos trabalhadores nos
645 territórios; e quem são os sujeitos com maior disposição para atuação nas regiões mais
646 vulneráveis. Além disso, possibilitará: proposição de equipes adequadas para o cuidado
647 multiprofissional segundo as necessidades de saúde da população e as diversidades
648 regionais; definição de parâmetros: insuficiência e/ou duplicitade de algumas diretrizes;
649 categorias profissionais e ocupações menos visibilizadas; articulação entre a modelagem das
650 políticas de atenção à saúde e o planejamento; e complexidade: sistemas de informação e
651 ciência de dados. Também fez um destaque às agendas internacionais em 2023 e 2024 sobre
652 a força de trabalho, com destaque para a discussão do tema no G20. Citou ainda a realização
653 do seminário internacional de planejamento da força de trabalho na saúde, realizado em julho
654 de 2024, com oficinas que apontaram temas importantes para outros espaços. Finalizando,
655 destacou a realização da Conferência Livre Nacional de Gestão do Trabalho na Saúde,
656 realizada em setembro, e a participação de representantes da Secretaria nas 27 conferências
657 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 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 (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

718 organização da formação e do censo sendo os recenseadores dos municípios polo da região;
719 recenseamento dos estabelecimentos de saúde no componente profissional realizado a partir
720 de visitas, integração das bases de dados e contatos com meios de comunicação. Também
721 apresentou dados sobre os estabelecimentos por natureza jurídica: 77% dos estabelecimentos
722 entidades empresariais e pessoas físicas; 55% dos profissionais estão na administração
723 pública; maioria na gestão municipal; e 75% possui vínculo com o SUS. Detalhou a estrutura
724 Organizacional e equipes: Coordenação Nacional - (FIOCRUZ/UFSM/DEGERTS/SEGETS);
725 Grupo de Articulação Interinstitucional – GAI - (FIOCRUZ, UFSM, SEGETS, SAES, SAPS,
726 SVSA, SESAI, SEIDGIS, CONASS e CONASEMS); Grupo de Articulação Estadual – GAE
727 (composto por atores chaves indicados pelos COSEMS/SES/CES); Coordenação Estadual
728 (SES, COSEMS e coordenação nacional); Tutores(as)/articuladores (as) regionais (1 para cada
729 10 educandos/recenseadores); Orientadores(as) de Aprendizagem (1 para 60 alunos – 6
730 tutores); e Educandos(as)/ recenseadores(as) - (no mínimo 2 por região, ou para cada 80
731 estabelecimentos). Para realização do censo, disse que serão considerados: 435.954,
732 estabelecimentos; 6.005.556 trabalhadores; 5.027 educando/recenseador; 449
733 tutor/articulador regional; 118 orientador; 54 coordenadores; e 5.648 pessoas no total.
734 Destacou que os resultados esperados são: qualificação da governança, métodos e fluxos de
735 articulação das áreas responsáveis pelo CNES, pela gestão do trabalho e aqueles que
736 formulam e implementam as políticas de saúde nas secretarias municipais e estaduais de
737 saúde; recensear a totalidade dos Estabelecimentos de Saúde (435.954) do Brasil registrados
738 no CNES com vistas a melhor quantificar e qualificar a Força de Trabalho em Saúde no país;
739 serão formados e orientados a intervir no território um total de 449 tutores/articuladores
740 regionais do censo e 5027 educandos/recenseadores, ao longo de 24 meses; e construção
741 coletiva nos territórios ampliando as capacidades locais de produção de conhecimento para a
742 gestão do trabalho e da educação na saúde. Mostrou linha do tempo da primeira etapa – MS e
743 DF: preparação da formação-censo - agosto/outubro 2024; articulação para implementação -
744 agosto/setembro de 2024; realização Censo - abril 2024/julho 2025; formação - novembro
745 2024/novembro 2025; e avaliação e publicação dos resultados - agosto/novembro de 2025.
746 Por fim, disse que é preciso refletir sobre a força de trabalho, respondendo as seguintes
747 indagações: o que precisamos saber sobre a força de trabalho em saúde no contexto das
748 proposições da nova política nacional de GTES?; quais as contribuições do censo da força de trabalho
749 em saúde para a implementação da política e para o fortalecimentos do Controle Social?; e como podemos continuar essa conversa? **Manifestações.** Conselheiro **Gabriel**
750 **Henrique Pereira de Figueiredo** cumprimentou a Secretaria pelas ações, com destaque para
751 a realização do censo da força de trabalho na saúde. Para melhor entendimento, fez os
752 seguintes questionamentos: em relação ao financiamento, quais são as estratégias da
753 SGTES/MS para o repasse de recursos?; e como a Secretaria utilizará as normativas dos
754 conselhos profissionais de saúde para o dimensionamento da força de trabalho?. Por fim,
755 ressaltou a importância de realizar também o dimensionamento da força da formação para o
756 SUS, inclusive para garantir cenário de prática e formação no âmbito do Sistema. Conselheira
757 **Sueli Terezinha Goi Barrios** manifestou satisfação com a retomada da pauta de trabalho da
758 Secretaria e elogiou o conjunto de atividades e projetos desenvolvidos, em desenvolvimento e
759 planejados. Fez um destaque à importância da realização do censo da força do trabalho,
760 considerando que é preciso conhecer, inclusive para qualificar. Como desafio deste processo,
761 pontuou a análise de todos os estabelecimentos de saúde do país. Também perguntou se há
762 previsão de ampliação do projeto, contemplando todos os estados brasileiros. Por fim, sugeriu
763 a realização de uma mesa sobre este tema na 4ª CNGTES para mobilizar todos os segmentos
764 para a importância desta iniciativa. Conselheira **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**
765 saudou a Secretaria pelo trabalho com destaque para a iniciativa de realização do censo, e
766 salientou que a sociedade civil pode contribuir, pois conhece os locais de vazios assistenciais,
767 a exemplo do atendimento para câncer de pescoço e cabeça. Assim, perguntou como as
768 entidades podem informar o Ministério da Saúde sobre locais que não possuem atendimento.
769 No caso do questionário do censo, perguntou sobre a possibilidade de incluir outras profissões
770 entre as categorias como: fonoaudiologia oncologista; e cirurgia de pescoço e cabeça. Por fim,
771 reiterou a importância da educação continuada para que os profissionais conheçam as
772 especificidades e necessidades dos territórios. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales**
773 também saudou a Secretaria pelas atividades, em especial o censo da força de trabalho da
774 saúde. No caso do CNES, lembrou que há problemas de incompletude e inconsistência de
775 dados, com impacto negativo em ações importantes. Inclusive, destacou que essa
776 inconsistência de dados prejudicou a distribuição de recursos para o piso da enfermagem.
777

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 Sarmento** 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 explanações 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 **Osvaldo 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 EBSERH, 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

898 mais de 51 mil unidades de medicamentos (SMSRJ, HUGG/Unirio/Ebsrh,Fiocruz); consertos
899 em geral, organização e limpeza de áreas, remoções dos entulhos; recolhimento para o
900 almoxarifado da Fiocruz de equipamentos e insumos para avaliação de reuso; diagnóstico
901 detalhado *in loco* da situação real dos estoques e da infraestrutura predial; revisão de todos os
902 contratos de prestação de serviços, com melhoria imediata do gerenciamento e fiscalização;
903 considerando a necessidade de apoio de medicamentos e insumos, foram realizadas ações
904 para reabastecimento emergencial de suprimentos doados e entregues pelo Ministério da
905 Saúde, FIOCRUZ, Institutos Nacionais e EBSERH em torno de 48 mil itens -antimicrobianos,
906 corticoides, hipoglicemiantes, antitérmicos, insumos); desfazimento de itens do HFB;
907 levantamento dos equipamentos de TI para doação em conjunto como MCTI; e reformulação
908 do layout das dependências do DGH. Na linha da gestão e governança, detalhou que as ações
909 adotadas foram as seguintes: início da centralização das atribuições gerenciais e compras dos
910 hospitais no DGH; apoio à gestão, articulado às entidades federais (Fiocruz, GHC, EBSERH);
911 articulação interfederativa com Secretarias de Saúde do Estado e do Município; apoio técnico
912 dos Institutos Nacionais (Câncer, Cardiologia e Traumatologia/Ortopedia); mudanças de
913 gestores e processos de gestão nos Hospitais e no DGH, a partir de avaliação técnica;
914 nomeação da Diretora Teresa Cristina Vivas Navarro Vannucci para o DGH; e desenvolvimento
915 de diagnóstico de eficiência hospitalar promovido pelo Hospital Alemão Osvaldo Cruz (HAOC)
916 por meio do PROADI-SUS. Mostrou quadro com resultado do balanço dos hospitais feito por
917 especialistas do Ministério da Saúde e do PROAD, destacando que nenhum deles atingiu 50%
918 dos conceitos de qualidade satisfatórios. Salientou que este processo de reestruturação conta
919 com o apoio técnico de institutos nacionais: apoio no INCA para organização de
920 imunohistoquímica, contratação de 10 patologistas para o INCA; oferta de apoio do INTO para
921 organização da fila de ortopedia (casos novos), pactuação com a SES/RJ; e planejamento para
922 ampliação da oferta de cirurgias de joelho e quadril (baixo risco) pelo INTO sob condição de
923 recurso extra. Além citou as ações relativas ao DGH: definição dos nomes dos três novos
924 coordenadores para o DGH; desenho de proposta de compra centralizada com execução
925 orçamentária e de compras específicas realizadas pelos hospitais - unificação de 10 grades de
926 insumos; encaminhamento de proposta para novo organograma funcional do DGH;
927 levantamento de 151 leitos e 2 salas cirúrgicas que podem ser reabertos com contratação de
928 RH nos Hospitais Cardoso Fontes e Andaraí; início do recrutamento de novos colaboradores
929 da rede federal e externos para fortalecer a equipe do DGH; e abertura de dez leitos de
930 enfermeira no HFA. Destacou ainda a ação emergencial integrada no Hospital Federal de
931 Bonsucesso, iniciada em 16/04/24, com as seguintes linhas de ação: infraestrutura predial,
932 elétrica, engenharia clínica; gestão de suprimentos e assistência farmacêutica; e recomposição
933 da força de trabalho assistencial e administrativa. Destacou também que todos os hospitais
934 passam por processo de qualificação da gestão, inclusive do sistema de informação. Detalhou
935 as diretrizes para a reestruturação: 1) reabertura de todos os serviços assistenciais; 2) modelo
936 de gestão híbrido e compartilhado, sob coordenação do Ministério da Saúde; 3) implantação
937 gradativa, segura e sustentável; e 4) garantia de todos os direitos dos servidores. Salientou que
938 há diálogos institucionais com diversas áreas (Controladoria Geral da União; Defensoria
939 Pública da União; Audiência Pública Câmara Municipal; Ministério Público Federal; Tribunal de
940 Contas da União; Mesas Diretoras CNS, CES e CMS) e parcerias institucionais (PMRJ/SMS,
941 Fiocruz, Ministério da Saúde, MEC/Unirio /EBSERH, GHC). Detalhou as parcerias institucionais
942 voltada à qualificação da gestão e abertura de todos os serviços: descentralização para o
943 município do Rio de Janeiro; descentralização para o Grupo Hospitalar Conceição; Integração
944 para a UNIRIO - Contrato de Gestão com EBSERH; e Integração à FIOCRUZ. Detalhou a
945 proposta de cronograma de visitas: GHC SUS - entre 28/10 e 1/11; EBSERH - entre 18/11 e
946 22/11 - HC/UFMG; e FIOCRUZ - a definir. Na sequência, expôs o presidente do CES/RJ,
947 **Leonardo Légora**, que iniciou cumprimentando todas as pessoas e registrando a posição
948 contrária do CES/RJ ao plano de reestruturação dos hospitais federais. Salientou que, neste
949 governo democrático popular, espera ter a possibilidade de ampliar o diálogo com os
950 movimentos sociais sobre a proposta. Nessa linha, reiterou a solicitação de revogação da
951 Portaria GM/MS nº. 3.208 para que CNS, CES/RJ, CMS/RJ e sociedade civil organizada
952 promovam debate sobre a forma como a reestruturação deve ocorrer. Salientou que o SUS é
953 um avanço, mas enfrenta uma série de dificuldades como falta de profissionais, forma de
954 contratação, garantia da assistência à sociedade, insuficiência de leitos. Todavia, a solução
955 adotada para enfrentar a situação dos hospitais não é a defendida pelo controle social, uma
956 vez que EBSERH, Fiocruz e GHC, apesar de não serem empresas privadas, são meios de
957 contratação profissional de forma precarizada. Disse que foram realizadas reuniões e o

958 CES/RJ possui uma série de propostas alternativas e substitutivas à descentralização do
959 hospital Federal do Andaraí e à proposta anunciada pelo Ministério da Saúde de transferir a
960 gestão das demais unidades de hospitais Federais para administração indireta ou
961 municipalização por meio da EBSERH, GHC e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de
962 Janeiro (não consegue gerir a própria rede). Entre as proposições, destacou: revogação da
963 Portaria GM/MS nº. 3.208 e debate com CNS, CES/RJ, CMS/RJ e sociedade civil organizada
964 para construção de proposta; realização de concurso público, com garantia dos devidos direitos
965 no exercício da profissão; contratualização direta de profissionais de saúde com contrato de
966 gestão direta entre Ministério da Saúde e hospitais federais, para garantir a autonomia
967 administrativa e financeira dos serviços e o cumprimento das metas assistenciais;
968 profissionalização da gestão a partir dos próprios quadros profissionais dos hospitais;
969 elaboração de critérios com definição de pré-requisitos para nomeação e mandado para
970 exercício do cargo de direção, gestão e coordenação nas unidades de saúde, evitando
971 influência política, partidária ou qualquer outro tipo; “impedir” intermediários para a gestão dos
972 hospitais e dos serviços, seja empresa pública de direito privado, organização social, serviço
973 social autônomo ou entidade privada; gerência das unidades de saúde pelo próprio quadro de
974 servidores efetivos; e realização do concurso público para suprir vacância e substituir
975 empregados temporários contratados por CTUs (verificar a possibilidade de contemplar os
976 profissionais que trabalham há vários anos nessas unidades contratados na forma de CTUs).
977 Além disso, informou que o CES/RJ manifestou apoio à carta de repúdio do CMS/RJ à
978 descentralização do hospital universitário de Andaraí. Além disso, defende um modelo de
979 gestão federal hospitais federais do Rio de Janeiro, com debate no Congresso Nacional,
980 consulta pública, audiência pública, considerando a relevância da rede dos hospitais de alta
981 complexidade de alto custo, que são referências para a população fluminense e de outros
982 estados. Recordou ainda que o controle social solicitou audiência com a Ministra da Saúde
983 para aprofundar a discussão deste tema. Frisou que descentralizar para o Município do Rio de
984 Janeiro é semelhante a descentralizar para organização social e há diversas reclamações de
985 profissionais que trabalham nessa forma de gestão. Recordou, inclusive, que entre 1999 e
986 2005, a prefeitura do Rio de Janeiro devolveu a gestão dos hospitais federais, porque não
987 conseguia mais gerir essas unidades. Também não se opôs à proposta de visitas ao GHC,
988 Fiocruz e EBSERH, mas afirmou a necessidade de ampliar o debate para definição conjunta.
989 Por fim, defendeu salário digno para as pessoas trabalhadoras, ambiente de trabalho não
990 precarizado, dia a dia sem opressão de superiores e conclamou todos a continuar a luta neste
991 sentido. O Presidente do CMS/RJ, **Osvaldo Sergio Mendes**, falou sobre o posicionamento do
992 CMS/RJ sobre a proposta de reestruturação dos hospitais federais do Rio de Janeiro, com
993 destaque para a “municipalização” do Hospital Federal do Andaraí. Na condição de trabalhador
994 da área da saúde no Rio de Janeiro por 43 anos, relatou que vivenciou vários problemas, que
995 cresceram ao longo dos anos, inclusive por culpa das várias gestões. Citou, por exemplo, a
996 situação do Hospital Federal de Bonsucesso, referência no país, que precisou de movimento
997 sindical para não fechar e deixar a população sem atendimento. Além disso, lembrou que a
998 unidade foi acometida por incêndio, o que trouxe ainda mais prejuízos. Salientou que os
999 conselhos de saúde são órgãos deliberativos, nos termos da legislação, mas a proposta de
1000 “municipalização” não foi levada para debate e deliberação no CMS/RJ e no CES/RJ. Desse
1001 modo, disse que o CMS/RJ solicitou a revogação da Portaria GM/MS nº. 3.208/2024, por seu
1002 caráter arbitrário. Destacou ainda que o CMS/RJ, em reunião plenária extraordinária, votou
1003 contra a “descentralização/municipalização” do Hospital Federal de Andaraí, inclusive porque o
1004 município não possui condições de gerir a instituição. Reiterou que, em 1999, houve
1005 municipalização do hospital, mas sem sucesso, por conta da impossibilidade de manter essa
1006 unidade de alta complexidade. Reiterou que é essencial ter uma audiência com a Ministra de
1007 Estado da Saúde para dialogar sobre a situação dos hospitais federais do Rio de Janeiro e a
1008 Portaria GM/MS nº. 3.208/2024. Disse que o CMS/RJ aprovou moções de repúdio contra esse
1009 processo de descentralização e elaborou relatório sobre a situação do Hospital do Andaraí, a
1010 fim de garantir visão ampla deste processo. Inclusive, estranhou a notícia de inauguração de
1011 acelerador linear no Hospital de Andaraí, porque o hospital não dispõe de profissionais e de
1012 condições físicas para o funcionamento deste aparelho. Diante da correlação de forças
1013 políticas, avaliou que é preciso fazer reflexão para definir ações que assegurem condições de
1014 atendimento à população. Destacou que os servidores estavam sendo tratados de forma
1015 inadequada e os servidores do Hospital Federal de Bonsucesso realizaram assembleia, no mês
1016 de outubro, e decidiram permanecer no local para defender e preservar o hospital. Inclusive,
1017 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, **Osvaldo 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

1138 gerenciar hospital de alta complexidade; esse processo acontece no Rio de Janeiro porque é lá
1139 onde os seis hospitais federais se encontram; e é preciso considerar que essas unidades já
1140 foram de excelência, mas não para todas as pessoas. Por fim, reiterou o compromisso da
1141 Ministra da Saúde de ampliar o diálogo para construir alternativas capazes de tornar essas
1142 unidades de excelência acessíveis para toda a população, inseridos 100% no SUS. O
1143 Presidente do CNS agradeceu as falas dos convidados e sinalizou que não houve contradição
1144 nas questões trazidas. Sendo assim, sintetizou os encaminhamentos que surgiram do debate.
1145 Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales** interveio para destacar a importância de dar
1146 celeridade à elaboração da recomendação sugerida no debate, considerando que o prazo de
1147 90 dias, definido na Portaria 4.847/2024, já havia expirado. A esse respeito, acordou-se que as
1148 coordenações das comissões citadas definiriam uma data, o mais breve possível, para reunião
1149 e elaboração da proposta. Sendo assim, a mesa colocou em apreciação as propostas de
1150 encaminhamento. **Deliberação:** o Pleno do CNS decidiu que as Comissões Intersetoriais
1151 de Atenção à Saúde da Pessoa com Patologia (CIASPP), de Recursos Humanos e
1152 Relações de Trabalho (CIRHRT) e Orçamento e Financiamento (COFIN), junto com a
1153 Mesa Diretora do CNS, devem: acompanhar o processo de debate da situação, de acordo
1154 com o calendário apontado pelos CES e CMS do Rio de Janeiro; elaborar recomendação
1155 com propostas para reestruturação da Rede Federal, contemplando questões como
1156 concurso público, carreira, conselhos locais, comitês de equidade; e solicitar dados que
1157 respaldam decisão do Ministério da Saúde sobre destino da rede de hospitais. Com esse
1158 encaminhamento, a mesa agradeceu a presença dos convidados e, às 18h30, encerrou o
1159 primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: *nomes serão*
1160 *incluídos*. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o item 7 da pauta.
1161 **ITEM 7 – AMEAÇAS DOS PLANOS DE SAÚDE AO SUS: CANCELAMENTOS E PROJETO**
1162 **DE LEI Nº 7.419/2006** - Apresentação: **Andrea Werner**, Deputada Estadual de São Paulo;
1163 **Lucas Andrietta**, Coordenador de Saúde do Instituto de Defesa de Consumidores – Idec;
1164 conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales**, Coordenadora Adjunta da Comissão Intersetorial
1165 de Saúde Suplementar – CISS/CNS. Coordenação: conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**,
1166 da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa
1167 Diretora do CNS. Nas considerações iniciais, conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales**,
1168 Coordenadora Adjunta da CISS/CNS, cumprimentou todas as pessoas presentes e agradeceu
1169 a Mesa Diretora do CNS por pautar este tema, possibilitando debate sobre os prejuízos dos
1170 cancelamentos unilaterais de planos privados de saúde para as pessoas e os reflexos no SUS.
1171 Além disso, sinalizou que é importante tratar de outros pontos importantes sobre saúde
1172 suplementar como estratégias para garantir o resarcimento de planos privados de saúde ao
1173 SUS. Lembrou que o setor de planos privados de saúde apresenta crescimento a cada ano e,
1174 apesar da afirmação das operadoras de falta de lucro, este foi o único setor econômico do país
1175 com lucratividade durante a pandemia da COVID-19, por exemplo. Recordou que, em julho de
1176 2024, o CNS aprovou a Recomendação nº 22, que recomenda a abertura de uma Comissão
1177 Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar cancelamentos em massa pelas empresas de
1178 planos de saúde, entre outras providências, mas não houve resposta. Além disso, solicitou ao
1179 Ministério da Saúde espaço no seu organograma para discutir a saúde suplementar. Também
1180 manifestou preocupação com o chamamento de audiência pública, de forma célere, o que
1181 dificultou a participação da sociedade civil e do controle social, para tratar sobre saúde
1182 suplementar, tendo sido cogitada na oportunidade a possibilidade de reajuste por revisão
1183 técnica (medida excepcional que as operadoras solicitam para “corrigir desequilíbrios
1184 financeiros”). Além disso, destacou que é preciso ter atenção ao Projeto 7.419/2006, que
1185 propõe alterações na Lei dos Planos de Saúde, a fim de evitar mais retrocessos e prejuízos.
1186 Por fim, disse que a intenção é contribuir na definição de ações eficazes e efetivas para
1187 enfrentar essa situação de cancelamentos unilaterais de planos de saúde. Feitas essas
1188 considerações iniciais, foi aberta a palavra às pessoas convidadas, com leitura do currículo de
1189 cada uma. A deputada estadual de São Paulo, **Andrea Werner**, agradeceu o convite para
1190 debater os cancelamentos de planos de saúde e Projeto de Lei nº 7.419/2006, haja vista os
1191 prejuízos para as pessoas e o SUS. Ao seu currículo, acrescentou ser uma pessoa com
1192 autismo, diagnosticada tarde e mãe de um adolescente com autismo. Iniciando, pontuou
1193 que é preciso entender que cobrar e fiscalizar planos privados de saúde significa defender o
1194 SUS. Salientou que são muitas lutas acerca deste tema e lembrou a batalha contra o rol
1195 taxativo da ANS, salientando que, após intensa luta, foi aprovada nova lei definindo que os
1196 beneficiários dos planos de saúde podem solicitar cobertura de tratamentos não incluídos no
1197 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 descumpre 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

1258 suplementar dificulta o fortalecimento do SUS; evidências científicas demonstram que países
1259 com sistemas mais universais têm melhores resultados em termos de saúde e países que
1260 investem em modelos mais privatizantes possuem resultados piores; planos privados de saúde
1261 contribuem pouco para a saúde brasileira no sentido sanitário, pois, de um modo geral, cobrem
1262 parcela mais saudável da população e, quando a situação se complica, há negativa de
1263 cobertura; e a situação é contraditória e desigual e diversos aspectos dificultam mais a
1264 situação. Finalizando, frisou que a saúde suplementar precisa ser regulada de forma mais
1265 incisiva e efetiva, pois uma série de práticas abusivas ocorre por ausência de prática
1266 regulatória da ANS. Por fim, disse que o IDEC também contribuiu com a construção do PL nº
1267 7.419/2006, mas possui preocupação com a possibilidade de trazer prejuízo diante da força
1268 dos setores envolvidos. **Manifestações.** Conselheira **Priscila Torres da Silva Vídeo** mostrou
1269 um vídeo que demonstra a necessidade de defender o SUS diante do setor de saúde
1270 suplementar (no vídeo, representante de operadora de plano privado afirma que “é melhor
1271 ressarcir ao SUS do que assumir pacientes com tratamento de alto custo, porque o impacto
1272 financeiro do ressarcimento é menor”). Salientou que o ressarcimento ao SUS não ocorre e
1273 alguns grupos da população não é “elegível” para ter planos privados de saúde (entre elas,
1274 população em situação de rua e população carcerária). Relatou que possuía plano privado de
1275 saúde há muito tempo e há cinco anos foi “expulsa”, sendo necessário judicializar para garantir
1276 cobertura e, neste momento, ao completar 45 anos, o seu plano teve aumento exorbitante (de
1277 R\$ 890,00). Diante de situações como esta, frisou que é preciso fortalecer o SUS para garantir
1278 atendimento necessário e defender a população brasileira do mercado da saúde suplementar.
1279 Conselheiro **Thiago Soares Leitão** ressaltou a importância deste debate para defesa das
1280 pessoas beneficiárias de planos privados e para o fortalecimento do SUS. Salientou que as
1281 pessoas usuárias, às vezes, não informam o diagnóstico para as operadoras de planos de
1282 saúde, por receio de não serem aceitas e muitas sofrem com aumento abusivo dos preços e
1283 com negativa de tratamento. Conselheira **Francisca Valda da Silva** saudou a Comissão por
1284 trazer esta pauta de relevância para a sociedade e as pessoas convidadas pelas explanações.
1285 Salientou que os planos privados de saúde crescem com os incentivos fiscais, a
1286 desregulamentação, o abuso econômico e a negação de direitos. Além disso, pontuou que é
1287 preciso considerar que o setor atende 1/3 da população com recurso maior que o do SUS.
1288 Salientou que se trata de um “negócio” que mercantiliza a saúde e nega atendimento aos seus
1289 beneficiários, sobrecarregando o SUS, sem o devido ressarcimento. Ressaltou que essa
1290 situação precisa ser enfrentada, olhando para as fusões como um dos negócios mais rentáveis
1291 do mundo, que prioriza somente o lucro e buscando a aprovação de leis que protejam o
1292 usuário. Por fim, registrou sua indignação com a ausência da ANS neste importante debate.
1293 Conselheira **Regina Célia de Oliveira Bueno** saudou a mesa pelas ricas apresentações e
1294 reiterou a indignação com a ausência da ANS. Destacou pontos que precisam ser tratados
1295 neste debate: o contrato com as operadoras é unilateral, pois é impossível mudar qualquer
1296 cláusula; os usuários têm receio de informar doenças pré-existentes por entender que podem
1297 levar à negativa por parte da operadora ou aumentar o valor do plano; e a população
1298 desconhece os seus direitos e/ou tem dificuldade de acessar a justiça para lutar por eles.
1299 Conselheira **Lúcia Helena Modesto Xavier** também destacou a importância do debate deste
1300 tema no Conselho e propôs que o CNS incentive a revisão da Lei nº. 9.596/98, de modo a
1301 assegurar, na prática, a cobertura de tratamento e medicamentos por parte dos planos de
1302 saúde, como é o caso de pessoas com diabetes que necessitam de medicamento e outros
1303 insumos para o tratamento (já é assegurado, mas os beneficiários enfrentam dificuldade na
1304 garantia deste direito). Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** lamentou a ausência da
1305 representação da ANS neste debate e, nas suas palavras, é preciso ir além do diagnóstico e
1306 definir ações concretas de enfrentamento da situação. Na linha de ampliar a informação e a
1307 mobilização, sugeriu a divulgação da apresentação das duas pessoas palestrantes nos meios
1308 de comunicação do CNS e o envio aos conselheiros e às conselheiras para que divulguem nas
1309 suas entidades e movimentos. Conselheira **Myrian Coelho Cunha da Cruz** também destacou
1310 a importância desta temática e frisou que é preciso adotar ações concretas que impeçam o
1311 avanço do “setor suplementar/privado” da saúde.]Conselheiro **Elenilson Silva de Souza**
1312 cumprimentou as duas pessoas expositoras e fez um agradecimento especial à deputada pela
1313 luta em defesa das pessoas com deficiência. Como encaminhamento, sugeriu a aprovação de
1314 recomendação ao Congresso Nacional para atualizar a legislação que regula os planos
1315 privados de saúde, assegurando os direitos das pessoas beneficiárias. Conselheira **Vitória**
1316 **Bernardes Ferreira** saudou as pessoas convidadas pelas ricas informações e reiterou que o
1317 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 explanações 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

1378 ANS trouxe prejuízo para o debate. A seguir, com adendos feitos aos encaminhamentos lidos,
1379 colocou em votação. **Deliberação:** elaborar recomendação a ANS para que proiba o
1380 cancelamento unilateral de planos privados de saúde, e regule os reajustes dos planos
1381 coletivos, considerando as definições das Leis 9.656/98 e 14.454/22; renovar a
1382 recomendação do CNS nº para cobrança da CPI de planos de saúde (será construída
1383 pela CISS para apreciação na próxima reunião ou, dada a urgência, publicada ad
1384 referendum); definir estratégias de mobilização da população acerca do tema; pensar em
1385 campanha para regulamentação da saúde suplementar já – provocar o parlamento para
1386 que realize audiências públicas sobre o tema, com a participação do controle social;
1387 incentivar o processo de revisão da Lei 9.596/98, com definição do que é medicamento,
1388 por exemplo; divulgar a apresentação das duas pessoas palestrantes nos meios de
1389 comunicação do CNS e enviar aos conselheiros e às conselheiras para que divulguem
1390 nas suas entidades e movimentos. Com essa deliberação, a mesa agradeceu a presença
1391 das pessoas convidadas e encerrou a discussão. **ITEM 8 – APRESENTAÇÃO DE AÇÕES DO**
1392 **MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Informação e Saúde Digital - SEIDIGI/MS** -
1393 **Apresentação:** Ana Estela Haddad, Secretária de Informação e Saúde Digital - SEIDIGI/MS.
1394 **Coordenação:** conselheiro Fernando Zasso Pigatto, Presidente do CNS; e conselheira Ana
1395 Lúcia da Silva Marçal Paduello, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o Presidente do CNS
1396 lembrou que este ponto de pauta segue a definição de pautar, a cada reunião do Conselho, as
1397 ações das secretarias do Ministério da Saúde. Após a leitura do currículo da Secretaria da
1398 SEIDIGI/MS foi aberta a palavra a ela para explanação. A Secretaria da SEIDIGI/MS, **Ana**
1399 **Estela Haddad**, agradeceu a oportunidade de apresentar as ações da SEIDIGI/MS ao
1400 Conselho e aproveitou para cumprimentar o Conselho pela criação da Câmara Técnica de
1401 Saúde Digital e Comunicação em Saúde. No mais, cumprimentou o Presidente do Conselho
1402 pelo trabalho, inclusive pela representação do Colegiado em diferentes fóruns de debate em
1403 âmbito nacional e internacional. Iniciando, explicou que a Ministra de Estado da Saúde lançou
1404 uma série de ações, entre elas, o Brasil Bem Cuidado, reconstrução da Saúde da Família, Mais
1405 Acesso a Especialistas e o Programa SUS Digital. Pontuou que é um desafio pensar a
1406 transformação digital, com inovação alinhada às Políticas Públicas, considerando a dimensão
1407 do SUS: o Sistema realiza 2,8 bilhões de atendimentos por ano; 70% da população depende
1408 do Sistema Único de Saúde no Brasil; 2,8 bi atendimentos por ano; atende 150 milhões de
1409 pessoas (> 70% da população). Sobre a Secretaria, explicou que é composta por três
1410 departamentos: Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde -
1411 DataSUS; Departamento de Saúde Digital e Inovação - DESD; e Departamento de
1412 Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde - DEMAS.
1413 Na linha da promoção da inovação e reconstrução para fortalecer o SUS, explicou que o
1414 Programa SUS Digital tem por objetivo promover a transformação digital no âmbito do Sistema
1415 Único de Saúde - SUS para ampliar o acesso da população às suas ações e serviços, com
1416 vistas à integralidade e resolutividade da atenção à saúde. Sinalizou, inclusive, ser a primeira
1417 vez que o governo brasileiro define um programa nacional com recursos para fomentar o
1418 ecossistema de saúde digital. Explicou que a Portaria GM/MS nº 3.232/2024, que criou o
1419 Programa SUS Digital define que a transformação digital no SUS aplica-se ao campo da saúde
1420 como um todo, incluindo: atenção integral à saúde; vigilância em saúde; pesquisa,
1421 desenvolvimento e inovação em saúde; formação e educação permanente dos trabalhadores e
1422 profissionais de saúde; e gestão do SUS planejamento, monitoramento, avaliação. Explicou
1423 que a iniciativa foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite – CIT e teve adesão de 100%
1424 dos municípios e dos 26 Estados Brasileiros e do Distrito Federal, com repasse de recurso
1425 na ordem de R\$ 454,00 milhões em 2024. Detalhou que o Programa conta com os seguintes
1426 componentes: Prontuário eletrônico; Integração dos sistemas de informação; acesso pelo
1427 paciente aos seus dados de saúde; Prontuário unificado acessível durante o atendimento;
1428 Sumário internacional do paciente; Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS); e Estratégia
1429 de Telessaúde integrada. Considerando o desafio do pacto Interfederativo, explicou que o
1430 Programa SUS Digital propôs as seguintes etapas de planejamento: 1) Rede de atenção -
1431 diagnóstico situacional – das macrorregiões de saúde para organizar a Rede de Atenção à
1432 Saúde e promover melhores condições aos usuários do SUS. Para entender cenários; 2) Índice
1433 Nacional de Maturidade em Saúde Digital (INMSD) - 7 Domínios em Saúde Digital a serem
1434 respondidos pelas entidades federativas para apoiar o retrato e inventário de boas práticas em
1435 saúde digital do Brasil. Para medir cenários; e 3) Planos de Ação de Transformação para a
1436 Saúde Digital - Planejamentos individualizados a partir de particularidades e maturidade
1437 (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. Segundo, 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. Segundo, 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. Segundo, 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

1498 telediagnósticos realizados; Eletrocardiograma – para doze Estados: 902.966 telediagnósticos
1499 realizados; e Dermatologia - para catorze Estados: 498.710 telediagnósticos realizados.
1500 Destacou ainda a teledermatologia em Santa Catarina, explicando que foram mais de 103 mil
1501 lesões laudadas desde 2023 e foram evitados 40% de encaminhamentos para média e alta
1502 complexidade. Destacou ainda a expansão para territórios com vazios assistenciais e em
1503 situação de maior vulnerabilidade - indígenas, quilombolas e comunidades (DSEIs - Roraima (3
1504 missões Yanomami); Parintins/AM; Manaus/AM; Kaiapó/MT; Xingu/MT; Xavante/MT;
1505 Araguaia/MT; Cuiabá/MT); Quilombo Boa Vista/PA; e Complexo da Maré/RJ – Piloto. Além
1506 disso, explicou que o Ministério da Saúde está trabalhando a conectividade como significativa
1507 na saúde, considerando a desigualdade digital no país. Por meio do PAC Conectividade –
1508 INFOSUS IV, disse que o Ministério da Saúde está ampliando recursos para a conectividade –
1509 R\$ 43 milhões em 2024. Também destacou que a Ministra de Estado da Saúde e o Presidente
1510 da República lançaram o Programa Norte Conectado, que assegura banda larga pelo leito dos
1511 rios e foi aprovado programa para conectar as unidades de saúde ainda não conectadas.
1512 Mostrou vídeo demonstrando a implantação do Primeiro território Quilombo a receber a
1513 Telessaúde, em Boa Vista, Pará – 2024. Por fim, citou a Proposta de Plano Brasileiro de
1514 Inteligência Artificial – 2024-2028, mas não conseguiu apresentá-la por conta do avançado da
1515 hora. Concluída a explanação, foi aberta a palavra para explanações. Nas falas, foram
1516 levantados os seguintes aspectos: cumprimentos às ações da SEIDIGI/MS, especialmente o
1517 impacto na ampliação do acesso à saúde em locais remotos; as ações digitais possibilitam
1518 mudanças na assistência à saúde, mas é preciso ter atenção à formação dos profissionais de
1519 saúde que precisam lidar com as transformações tecnológicas; é preciso divulgar informações
1520 sobre as novas tecnologias aos usuários do Sistema para que entendam como funcionam e
1521 possam utilizá-las; a iniciativa da telessaúde é importante, pois melhora a qualidade de vida
1522 das pessoas, mas é preciso definir formas de evitar a privatização desses serviços, conforme
1523 vem ocorrendo em alguns estados; a ANATEL precisa ser envolvida nas ações de saúde
1524 digital; é essencial definir formas de garantir acolhimento nos teleatendimentos; a saúde digital
1525 é um tema complexo e precisa de aprofundamento; a falta de infraestrutura é uma realidade
1526 em várias regiões do país e precisa ser enfrentada; é preciso ter segurança em relação aos
1527 dados de usuários, a fim de não serem utilizados de forma indevida; e é preciso inserir dados
1528 também da Caderneta da Gestante, da Caderneta da Criança e da Caderneta do Idoso no
1529 “Meu SUSdigital”. Após as falas, a Secretária da SEIDIGI/MS, **Ana Estela Haddad**, fez breves
1530 comentários sobre as intervenções e agradeceu o apoio do Conselho às ações da Secretaria.
1531 O Presidente do CNS afirmou que a Secretaria e os Departamentos estavam à disposição para
1532 continuar o dialogo com o Pleno do CNS e suas comissões. **Encaminhamento: continuar o**
1533 **diálogo com a SEIDIGI, por meio das comissões do Conselho e da Câmara Técnica de**
1534 **Saúde Digital e Comunicação em Saúde do CNS, que será instalada.** Definido este ponto, a
1535 mesa encerrou a manhã do segundo dia de reunião. Estiveram presentes a seguintes pessoas
1536 conselheiras: *nomes serão incluídos*. Retomando, a mesa foi composta para o item 9 da pauta.
1537 **ITEM 9 – CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e**
1538 **Educação em Saúde - Informes. 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da**
1539 **Trabalhadora - Informes.** Apresentação e coordenação: conselheira **Madalena Margarida da**
1540 **Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do
1541 CNS. **4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – Informe**
1542 **sobre o processo preparatório e apreciação de minuta de resolução, que dispõe sobre**
1543 **alterações relativas às normativas da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e**
1544 **da Educação na Saúde.** Convidada: **Isabela Cardoso de Matos Pinto**, Secretária de Gestão
1545 do Trabalho e da Educação na Saúde/MS. Primeiro, conselheira **Francisca Valda da Silva**,
1546 coordenadora-adjunta da 4ª CNGTES, informou que os 26 Estados e o DF realizaram as suas
1547 etapas da Conferência, com envio dos relatórios consolidados e o CNS esteve presente em
1548 todas as conferências. Em seguida, apresentou resolução que dispõe sobre alterações
1549 relativas às normativas da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na
1550 Saúde. No documento, o CNS resolve: Art. 1º Alterar o Art. 36 da Resolução CNS nº 747, de
1551 09 de novembro de 2023, que passa a vigorar com a inclusão do seguinte parágrafo: “[...] §3º
1552 Pessoas convidadas, indicadas pelo Conselho Nacional de Saúde, terão apenas suas
1553 despesas com alimentação, no local da Conferência, custeadas pelo Ministério da Saúde;”. Art.
1554 2º Alterar o Art. 36 da Resolução CNS nº 747, de 09 de novembro de, nos seguintes termos:
1555 Onde se lê: “V - das comissões que integram a estrutura da Comissão Organizadora, conforme
1556 disposto na Resolução CNS nº 731/2024 e”, Leia-se: “V - membros e convidadas das
1557 comissões que integram a estrutura da Comissão Organizadora, conforme disposto na

1558 Resolução CNS nº de 731 de 19 de janeiro de 2024". Art. 3º Alterar o Art. 35 da Resolução
1559 CNS nº 747, de 09 de novembro de, nos seguintes termos: Onde se lê: "V - das comissões que
1560 integram a estrutura da Comissão Organizadora, conforme disposto na Resolução CNS nº
1561 731/2024; e", Leia-se: "V - membros e convidadas das comissões que integram a estrutura da
1562 Comissão Organizadora, conforme disposto na Resolução CNS nº de 731 de 19 de janeiro de
1563 2024;". Art. 4º Alterar a alínea b do inciso II do Art. 23 da Resolução CNS nº 747, de 09 de
1564 novembro de, nos seguintes termos: I - Onde se lê "b) obtido mais de 70% (setenta por cento)
1565 de votos favoráveis em pelo menos 8 (oito) GT;" Leia-se: "b) obtido mais de 70% (setenta por
1566 cento) de votos favoráveis em pelo menos três (3), Grupos de Trabalho de cada eixo temático;"
1567 Art. 5º Revogar o inciso II do Art. 36 da Resolução CNS nº 747, de 09 de novembro de 2023.
1568 Art. 6º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação. **Deliberação: a resolução foi**
1569 **aprovada por unanimidade.** Por fim, comunicou que o edital para contratação da empresa foi
1570 lançado e a expectativa é de contratação da empresa para realização até 16 de outubro 2024.
1571 A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS, **Isabela Cardoso de Matos**
1572 **Pinto**, também fez breve informes sobre as ações da Secretaria no processo preparatório da
1573 Conferência, com destaque à participação em todas as conferências estaduais de saúde. **5ª**
1574 **Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – Informes –**
1575 **Apresentação:** conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e
1576 coordenadora da 5ª CNSTT; e **Leonardo Mendonça**, consultor da Coordenação Geral de
1577 Saúde do Trabalhador – CGSAT/MS. Primeiro, conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da
1578 Mesa Diretora do CNS e coordenadora da 5ª CNSTT, fez um informe sobre o processo
1579 preparatório da Conferência. Lembrou, primeiro, o calendário das etapas da conferência
1580 nacional: Etapa Regional e/ou Macrorregional: até o dia 15 de abril de 2025; Conferências
1581 Livres: até 30 de abril de 2025; Etapa Estadual e Distrital: entre 15 de abril e 15 de junho de
1582 2025; e Etapa Nacional: de 18 a 21 de agosto de 2025. Disse que o calendário das etapas
1583 preparatórias é o seguinte: 12ª RENASTTÃO – 05 a 07 de novembro de 2024; e 4ª Conferência
1584 Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES) 10 a 13 de dezembro de
1585 2024. Ainda em relação ao calendário, citou as seguintes atividades previstas: 1º Congresso
1586 Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do DIESAT – Março/Abril 2025; e
1587 Atividades Centrais Sindicais - Março/Abril de 2025. Citou as conferências
1588 municipais/macrorregionais realizada e prevista: 3ª Conferencia Regionalizada de Saúde do
1589 Trabalhador e da Trabalhadora da Região do Café - 30 e 31 de outubro de 2024; e Conferencia
1590 Municipal de Saúde de Gravataí - 29 e 30 de novembro de 2024. No que diz respeito a
1591 atividades gerais preparatórias para 5ª CNSTT, citou as oficinas virtuais e presenciais do
1592 Projeto Articulação das CISST em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/DIESAT. Por fim,
1593 informou que a Comissão Organizadora da 5ª CNSTT se reuniria, de forma presencial, no dia 4
1594 de novembro. A seguir, Leonardo Mendonça fez um informe sobre as atividades da 5ª CNSTT
1595 realizadas e previstas. **Para conhecimento. Não houve deliberação. ITEM 10 – COMISSÃO**
1596 **NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP - Envolvimento do paciente e do público**
1597 **em pesquisas – Apresentação:** **Antônio Carlos Munhoz**, Membro do Grupo de Pesquisa
1598 Mudanças Climáticas e Pessoas em Situação de Vulnerabilidade da McGill University
1599 Montreal/Canadá; **Egmar Longo**, Membro do Comitê de Melhores Práticas da Aliança
1600 Internacional de Academias de Deficiência Infantil (IAACD); e conselheira **Laís Bonilha**,
1601 Coordenadora da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS. Coordenação:
1602 conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Heliana Neves**
1603 **Hemetério**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, conselheira **Laís**
1604 **Bonilha**, Coordenadora da CONEP/CNS, saudou todas as pessoas presentes e salientou que
1605 a pauta visava conhecer o movimento exterior para envolver paciente e público em pesquisas e
1606 replicar essa iniciativa no Brasil. Antes de abrir a palavra para as pessoas convidadas, a mesa
1607 fez a leitura dos currículos. A primeira expositora foi a integrante do Comitê de Melhores
1608 Práticas da IAACD, **Egmar Longo**, que iniciou agradecendo o convite para tratar deste tema
1609 no Plenário e pensar estratégias para implementar no Brasil o movimento para envolvimento do
1610 paciente e do público nas pesquisas, que está acontecendo em países de alta renda. Começou
1611 explicando que a realização de pesquisa em saúde visa melhorar a vida das pessoas, mas nas
1612 reuniões de pesquisa no Brasil não estão contempladas as pessoas mais importantes -
1613 paciente/familiar; membro do público/comunidade; e gestor/profissional de saúde. Assim, é
1614 preciso pensar em formas de garantir que as reuniões de pesquisa funcionem de forma
1615 harmoniosa. Disse que o Envolvimento do Público e do Paciente (EPP) ("Patient and Public
1616 Involvement (PPI)") significa que o envolvimento é a realização de um projeto/pesquisa "com"
1617 ou "por" membros do público, em vez de "para" ou "sobre" eles. Destacou que os benefícios do

EPP são os seguintes: empoderamento do paciente, participação ativa nas pesquisas que lhes dizem respeito; aumento da relevância e do impacto da pesquisa ao dar voz ao público-alvo; decisões compartilhadas, pesquisas mais alinhadas com as reais necessidades do público-alvo. Falou sobre o Nacional Instituto de Pesquisa em saúde do Reino Unido (NIHR), por entender ser a referência para implementar a EPP no Brasil. Detalhou que possui estrutura organizada para que outros países acomodem esses modelos às suas necessidades. Trata-se de um modo de fazer pesquisa colaborativo e participativo, que considera as seguintes premissas: informar – sobre o que está acontecendo; educar – explicação em linguagem simples para compreensão do público-alvo em relação ao envolvimento na pesquisa; consultar - entender se o que está sendo construído com o paciente faz sentido naquele coletivo; engajar - envolvimento do público e do paciente, porque é preciso estabelecer conexão com a comunidade e coletivo; codesenhar; e coproduzir – pensamento coletivo, decisões e construção compartilhadas. Detalhou os cinco pontos importantes para garantir que o projeto de pesquisa envolva ativamente o público: compartilhar poder; incluir todas as perspectivas e habilidades; respeitar e valorizar o conhecimento de todos aqueles que estão na mesa; princípio de reciprocidade; e construir e manter vínculos. Salientou que o Instituto pensou que o envolvimento do público e do paciente passa por diversas etapas do caminho da pesquisa, entre elas, sugerir temas para as pesquisas, esclarecer a pergunta da pesquisa, garantir que os métodos sejam éticos, ajudar a escrever informações para pacientes e formulários de consentimentos, comunicar os resultados para os diferentes grupos. Falou sobre o EPP no Reino Unido, desde os movimentos emancipatórios sobre deficiência, ativismo no HIV e destacou, em 1996, a criação do INVOLVE, conselho consultivo para envolver pacientes e membros do público para orientar como a pesquisa em saúde deveria ser feita no Reino Unido. Disse que esse grupo se fortaleceu, transformando-se, em 2020, no centro de engajamento e disseminação. Disse que, no pós-doutorado, acompanhou grupo de engajamento do público em pesquisas da universidade do Reino Unido (prática comum no país). Detalhou que esses comitês consultivos das universidades contribuem para moldar as pesquisas nos departamentos das Universidades. Nessa linha, defendeu que essa estratégia seja replicada no Brasil. No meio acadêmico, destacou espaço para a importância do envolvimento do público e do paciente em pesquisas. Na linha de disseminar o conhecimento científico, citou iniciativa de editora do jornal Research Involvement and Engagement de remeter os artigos para revisão do meio acadêmico e de representantes de pacientes. Citou ainda movimento importante com a Irlanda de treinamento e envolvimento do paciente em pesquisa por meio de Rede. Sobre considerações éticas do EPP, falou sobre a experiência do Reino Unido, onde, ao pensar a pesquisa, são feitos convites aos pacientes para participação no planejamento (dispensa a avaliação do comitê de ética). No caso do Brasil, avaliou que é preciso debater onde estamos e para onde queremos ir. Disse que há iniciativas de grupos específicos no Brasil com envolvimento público de paciente, mas esta é uma exceção. Inclusive, destacou que é preciso refletir se os CEPs têm participação ativa de pacientes nas mesas de tomada de decisão. Salientou que é preciso criar grupos de EPP para todas as pesquisas no Brasil, para pensar desde a pergunta de pesquisa e discutir compensação para esses grupos de EPP. Destacou que todas as pesquisas no Reino Unido, para receber financiamento, precisa ter plano bem estruturado sobre como paciente e público serão envolvidos. Salientou que a intenção é treinar pesquisadores, pacientes e membros públicos no Brasil por meio de escolas de EPP. Mostrou a composição do Grupo EPP Brasil, ressaltando que o objetivo é fortalecer pesquisas participativas. Também destacou a criação de Ebooks sobre Envolvimento do Paciente e do Público, demonstrando o compromisso em disseminar conhecimento em EPP e promover equidade e justiça social nas pesquisas em saúde (primeiro número foi lançado e outro está em elaboração). Por fim, falou sobre estudo que está sendo codesenhado com um grupo de Envolvimento do Público e do Paciente (EPP) em pesquisas com participantes de várias regiões do Brasil, conduzido pela doutoranda Caline Jesus, do PPGMDS da UFPB sob a orientação das Professoras Doutoras Egmar Longo e Liliane Machado e se destina a oferecer formação em EPP para pesquisadores brasileiros. Por fim, agradeceu o espaço e solicitou parceiros para construir formas de fazer de pesquisas no Brasil de forma mais equitativas, garantindo voz a quem a pesquisa deseja contribuir. Na sequência, expôs o integrante do Grupo de Pesquisa Mudanças Climáticas e Pessoas em Situação de Vulnerabilidade da McGill University Montreal/Canadá, **Antônio Carlos Munhoz**, que iniciou cumprimentando todas as pessoas e manifestando sua satisfação por participar deste debate. Destacou que as pessoas com deficiência, assim como ele, vêm lutando, há muitos anos para assegurar a participação 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 pesquisador 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 inexiste 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 pesquisa com seu filho, porque esta foi a única possibilidade que lhe foi oferecida. 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 explanações, 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 358^a 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

1798 de Saúde: 1. Inclusão de nutricionistas em todas as equipes multiprofissionais de Atenção
1799 Primária em Saúde - e-Multi, visando o fomento e a qualificação das ações de alimentação e
1800 nutrição na APS. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com uma abstenção. 3)**
1801 **Moção de Repúdio contra a Gilead e Apelo para Decretar Licenciamento Compulsório do**
1802 **Lenacapavir.** No dia 2 de outubro, a Gilead anunciou a concessão de uma licença voluntária
1803 para o lenacapavir (LEN) — uma inovadora opção de prevenção ao HIV de longa duração —
1804 com seis empresas para a produção de versões genéricas em 120 países. No entanto, o Brasil,
1805 junto com a maior parte da América Latina, foi injustificadamente excluído dessa lista.
1806 Repudiamos essa decisão da Gilead que ignora a realidade de um país extremamente
1807 desigual, onde o HIV tem uma clara determinação social. No Brasil, as populações mais
1808 vulneráveis, muitas das quais dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS),
1809 continuam a ser desproporcionalmente afetadas. Apenas em 2023, foram registrados 51.000
1810 novos casos de infecção pelo HIV no país. Restringir o acesso ao lenacapavir em um cenário
1811 como este é um ataque direto à saúde pública e uma ameaça à saúde de milhares de
1812 brasileiros. Diante dessa situação, apelamos para a necessidade do governo brasileiro a
1813 necessidade da retomada do debate da licença compulsória pela defesa das vidas e autos
1814 suficiência nacional. O SUS, que é um pilar fundamental para a saúde das pessoas mais
1815 vulneráveis no Brasil, não pode ser refém dos interesses econômicos das grandes corporações
1816 farmacêuticas. A saúde deve ser um direito de todos e não um privilégio de poucos.
1817 **Deliberação: a moção foi aprovada. 4) Resolução que dispõe sobre a composição e o**
1818 **funcionamento da Câmara Técnica de Saúde Digital e Comunicação em Saúde, e as**
1819 **atribuições dos seus membros.** No documento, o CNS aprova a composição e o
1820 funcionamento da Câmara Técnica de Saúde Digital e Comunicação em Saúde e as
1821 atribuições dos seus membros, na forma do Anexo da Resolução. As entidades selecionadas
1822 para compor a CTSDCS/CNS e que cumpriram as regras estabelecidas no Edital de
1823 Chamamento nº 003/2024, titulares e suplentes, por Eixo, são as relacionadas a seguir,
1824 juntamente com suas respectivas pessoas integrantes indicadas: §1º Eixo I - Saúde Digital: I -
1825 Titulares a) Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, representada por Ilara
1826 Hammerli Sozzi de Moraes; b) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), representando
1827 por Matheus Zuliane Falcão; c) Idec - Instituto de Defesa de Consumidores, representado por
1828 Marina Fernandes de Siqueira; d) Laboratório de Políticas Públicas e Internet - LAPIN,
1829 representado por Raquel Rachid e) Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, representada por
1830 Rodrigo Murtinho; f) Universidade de Brasília - UnB, representada por Juliana Martins Pinto; g)
1831 Secretaria de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde (SEIDIGI/MS), representada
1832 por Mário Uriarte Neto; h) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo
1833 Econômico-Industrial da Saúde do Ministério da Saúde (SECTICS/MS), representada por Fábio
1834 Henrique Cavalcanti de Oliveira; i) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com
1835 representante a ser indicado; j) Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), com
1836 representante a ser indicado; k) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com
1837 representante a ser indicado; e l) Secretaria de Políticas Digitais da Presidência da República
1838 (SPDigi), representada por Samara Mariana de Castro. II - Suplentes a) Conselho Federal de
1839 Fonoaudiologia - CFFa, representado por Andréa Cintra Lopes; b) Estratégia Latino-Americana
1840 de Inteligência Artificial - ELA-IA, representada por Leandro Modolo Paschoalotte; c) Instituto
1841 Projeto Rondon, representado por Lorrany Kettilyn Almeida de Jesus Fernandes; d) Associação
1842 Nacional dos Bolsistas Mais Médicos Jefferson Alves; e) 4 integrantes indicados pelas
1843 entidades das alíneas “g” a “l” do inciso anterior. §2º Eixo II - Comunicação em Saúde: I -
1844 Titulares a) Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, representada por Wilma
1845 Madeira da Silva; b) Rehuna - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, representada
1846 por Aline de Oliveira Gonçalves; c) Associação Brasileira de Comunicação Pública -
1847 ABCPública, representada por Débora Freitas de Oliveira Pinheiro; d) Associação Vida e
1848 Justiça, representada por Rosângela Dornelles; e) Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e
1849 Inovação em Saúde, representado por Caroline Pignaton; f) Universidade Estadual da Paraíba,
1850 representada por Rafael de Araújo Melo; g) Secretaria de Comunicação do Governo Federal,
1851 com representante a ser indicado; h) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do
1852 Complexo Econômico-Industrial da Saúde (SECTICS), representada por Denise Lins de Sousa;
1853 i) j) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com representante
1854 a ser indicado; Assessoria de Comunicação do MS, representada por Rodrigo Bauer; k)
1855 Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovação e Comunicação (MCTI), com representante a ser
1856 indicado; e l) Secretaria da Presidência da República, representada por Marina Silva Meira. II -
1857 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 Méllo 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 “l” 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.*