



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos seis e sete de novembro de 2024, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar - Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Sexagésima Reunião Ordinária do CNS. Os objetivos da 360ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Prestigiar e apoiar o lançamento do Curso Autoinstrucional de Monitoramento e Avaliação para o Controle Social no SUS. **2)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **3)** Apreciar e deliberar acerca da incidência internacional do controle social na saúde. **4)** Debater e deliberar sobre controle social na construção da Política Nacional de Residências em Saúde e as demandas da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS. **5)** Conhecer e debater os desafios para a equidade e sustentabilidade do SUS à luz do financiamento público e dos incentivos fiscais para os gastos privados em saúde. **6)** Compartilhar e deliberar sobre as demandas da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – 4ª CNGTES e da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 5ª CNSTT. **7)** Debater e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS. **8)** Conhecer e debater as ações desenvolvidas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS. **9)** Apreciar e deliberar acerca dos encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersectoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas. A reunião começou com a reinauguração do Plenário do CNS “Omlton Visconde”, que passou por reforma com duração de nove meses. **MESA DE ABERTURA E SOLENIDADE DE REINAUGURAÇÃO DO PLENÁRIO DO CNS - Composição: Nísia Trindade**, Ministra de Estado da Saúde; **Swendemberg Barbosa**, Secretário Executivo do Ministério da Saúde; conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; conselheira **Heliana Neves Hemetério**, da Mesa Diretora do CNS; **Ana Carolina Dantas**, Secretária Executiva do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. O primeiro a fazer uso da palavra foi o Presidente do CNS, que começou saudando os demais integrantes da mesa e todas as pessoas presentes. Agradeceu a Ministra de Estado da Saúde e o Secretário Executivo do Ministério da Saúde pela iniciativa de reformar o Plenário do Conselho, uma demonstração da prioridade desta gestão com o controle social. Inclusive, manifestou anseio de que os gestores estaduais também priorizem o controle social nos Estados, assegurando recursos para criação e fortalecimento dos conselhos locais de saúde. Também fez um destaque à incidência internacional do Conselho e citou a mobilização deste Colegiado para aprovação da Resolução sobre Participação Social na Saúde da Organização Mundial da Saúde – OMS, em maio de 2024. Em linhas gerais, disse que o Conselho está trabalhando para resgatar o que foi destruído no país nos últimos anos, lembrando que o processo de reconstrução é lento, mas necessário. Por fim, reiterou os agradecimentos ao Ministério da Saúde na pessoa da Ministra de Estado da Saúde e do Secretário Executivo do Ministério da Saúde e a todos aqueles que contribuíram para reforma e reinauguração do Plenário, importante espaço de representação do controle social. A Secretária Executiva do CNS, **Ana Carolina Dantas**, saudou todas as pessoas presentes, e manifestou sua alegria com o retorno das reuniões ao Plenário do Conselho. Recordou que, desde a inauguração, em 2004, o Plenário passou por mudanças, inclusive com ampliação de espaço para acomodar a nova composição do Conselho, que ampliou o número de pessoas conselheiras. Por fim, agradeceu à Ministra de Estado da Saúde e ao Secretário Executivo do Ministério da Saúde pela prioridade dada à reforma do Plenário e a toda a equipe envolvida neste processo. Conselheira **Heliana Neves Hemetério**, representando o segmento de usuários, agradeceu a Ministra de Estado da Saúde, o Secretário Executivo do Ministério da Saúde, a Secretária Executiva do Conselho e a toda equipe técnica que apoiaram a reforma do Plenário do

Conselho. Também salientou que é preciso considerar o cenário internacional, uma vez que o trabalho do Conselho é político e de construção coletiva. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, representante do segmento de trabalhadores da saúde, manifestou satisfação por participar deste dia histórico do CNS, espaço criado em 1937, que atua na fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas. Também manifestou satisfação com o processo de retomada da construção e fortalecimento do SUS e sinalizou que 2024 foi um ano importante, de muito trabalho. Por fim, desejou boas energias e ânimo com este retorno das sessões no Plenário do Conselho. O Secretário Executivo do Ministério da Saúde fez uma saudação especial a todas as pessoas presentes e reiterou o compromisso desta gestão com o Conselho. Nessa linha, recordou que a Ministra de Estado da Saúde definiu que os secretários deveriam compor o Conselho na condição de titular para participar de forma mais ativa dos debates. Além disso, recuperou que a primeira agenda da Ministra da Saúde foi com o Conselho e a orientação aos representantes do Ministério da Saúde neste espaço foi de participação ativa. Lembrou que a reforma do Plenário iniciou-se em 23 de fevereiro de 2024 e, após nove meses, as reuniões do Conselho retornam ao Plenário. Agradeceu a equipe do Ministério da Saúde, à empresa e demais envolvidos nesta reforma e reiterou que este é um Ministério único, conduzido pela Ministra de Estado da Saúde. A Ministra de Estado da Saúde saudou todas as pessoas presentes e, neste tempo de reconstrução, reiterou que é preciso grande esforço da participação social. Nas suas palavras, é tempo de comemorar e lutar as boas lutas de forma democrática. Cumprimentou o Presidente do CNS pela atuação conjunta em espaços nacionais e internacionais, as demais integrantes da Mesa Diretora do CNS, a Secretária Executiva do CNS, pela ajuda neste processo e ao Secretário Executivo do MS, por estar à frente desta reforma e estar atento inclusive às questões de infraestrutura. Reiterou ser importante ter um Plenário que acomode os 48 conselheiros e espaço para aqueles que acompanham a reunião e reiterou o compromisso de garantir as condições adequadas para o bom funcionamento do Conselho. Também fez referência à efetiva participação dos representantes do Ministério da Saúde nas reuniões do Conselho e reiterou que neste tempo de reconstrução é preciso reconhecer os avanços para ter consciência dos desafios. No mais, frisou que o Presidente da República está atendo às questões da saúde e da base de construção do SUS. Nessa linha, reiterou o compromisso do governo com os programas sociais de saúde e educação. Também destacou a importância de diálogo entre os diversos segmentos, considerando a base comum de defesa do SUS, da saúde, da democracia. Nessa lógica, sinalizou que o Conselho possui papel importante de diálogo com os diversos segmentos da sociedade, para além da atribuição de fiscalização e monitoramento das políticas de saúde. Afirmou que o controle social é um patrimônio do SUS e precisa ser fortalecido em sua diversidade. Por fim, informou que a reunião ministerial do G20 Saúde foi concluída e houve acordo sobre temas importantes como mudança climática, saúde, equidade e uma só saúde, política para produção de tecnologia em saúde e controle e participação social.

ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 360ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DAS ATAS DA 76ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA E 357ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 360ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. Deliberação: a pauta da 360ª foi aprovada por unanimidade. **APROVAÇÃO DAS ATAS DA 76ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA E 357ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação:** a ata da 76ª Reunião Extraordinária do CNS foi aprovada por unanimidade; e a ata 357ª Reunião Ordinária do CNS, com uma retificação solicitada pelo conselheiro Neilton Araújo de Oliveira, também foi aprovada por unanimidade.

ITEM 2 – LANÇAMENTO DO CURSO AUTOINSTRUCIONAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS - Apresentação: **Juliana Fernandes Kabad**, coordenadora adjunta do curso Formação em Monitoramento e Avaliação para o Controle Social no SUS - ISC/UFMT, *participação remota*; e **Marly Marques da Cruz**, Coordenadora Geral do curso Formação em Monitoramento e Avaliação para o Controle Social no SUS - ENSP/FIOCRUZ, *participação remota*. **Coordenação:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério**, da Mesa Diretora do CNS. As convidadas fizeram a apresentação do Curso, de forma conjunta. Trata-se de um curso de Qualificação Profissional (Capacitação/Cursos livres), na modalidade Autoinstrucional (a distância), disponível no Campus Virtual da Fiocruz (<https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/formavsus>), com recursos educacionais abrigados na Plataforma Educare. O Curso é coordenado por Marly Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e Juliana KAbad (ISC/UFMT). Este programa de formação compõe um programa e uma agenda de formação do Conselho Nacional de Saúde, em parceria com a Fiocruz e as parcerias para a

realização do curso são ENSP/Fiocruz, Instituto de Saúde Coletiva Universidade Federal do Mato Grosso e Conselho Nacional de Saúde. O objetivo é qualificar conselheiros e outros interessados em M&A para o Controle Social no SUS. O público-alvo é conselheiros de saúde e outros apoiadores técnicos dos conselhos federal, estadual e municipal das diferentes esferas de atuação no SUS. A organização do curso é a seguinte: a) material do curso: composição de videoaulas, parte escrita, recursos educacionais (podcasts, infográficos e etc), exercícios e avaliações); b) recurso pedagógico: trilha de formação conduzida pelo próprio(a) aluno(a); e c) Módulos do Curso: Módulo 1 - Princípios e conceitos básicos sobre Participação Social em Saúde; Módulo 2 - Princípios e conceitos básicos sobre Monitoramento e Avaliação em Saúde; e Módulo 3 – Construindo um Plano de Monitoramento para o Controle Social do SUS. É possível a inscrição de alunos estrangeiros. Trata-se de um desdobramento de uma formação nacional que ocorreu no ano de 2023 e envolveu conselheiros e apoiadores técnicos de todo o país. O conteúdo e a metodologia da formação foram construídos com a Secretaria Executiva do CNS, apoiadores técnicos e a Mesa Diretora do CNS. A demanda por essa formação apareceu nas últimas conferências nacionais, especialmente como uma deliberação da 17ª Conferência Nacional de Saúde. No ano de 2023, foram formados 101 conselheiros e apoiadores técnicos de todo o país, em uma formação de 90 horas, em formato híbrido. **Para conhecimento. Não houve deliberação. ITEM 3 – EXPEDIENTE – Informes. Justificativa de ausências. Apresentação de novos (as) Conselheiros (as) Nacionais de Saúde e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de novembro. Indicações. Relatório da Mesa Diretora. INFORMES - 1)** Informe sobre o fornecimento de medicamentos no SUS e sobre a Regulamentação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. *Apresentação:* conselheira **Talita Garrido**, ABRASTA. **2)** Informe sobre a FENAPAES e representantes da entidade nas ELEIÇÕES do CNS. *Apresentação:* conselheira **Albanir Pereira Santana**, FENAPAES. **3)** Informes diversos. *Apresentação:* conselheira **Helena Piragibe**, UBM. **a)** Solidariedade a Professora doutora Lígia Bahia por conta da perseguição e judicialização, por parte do CFM, por analisar os equívocos cometidos sobre as questões do aborto em Resolução 2.378/2024. **b)** 21 dias de ativismo pelo fim da Violência contra as Mulheres, no período de 25 de novembro a 10 de dezembro de 2024. O mês de novembro se iniciou com a condenação dos assassinos de Mariele Franco, após 2423 do seu após assassinato. Nas palavras da Juíza Lúcia Gliocche, do 4º Tribunal do Júri do Rio de Janeiro "... a Justiça por vezes é lenta, é cega, é burra, é injusta, é errada, é torta, mas ela chega... e tira deles (assassinos) o bem mais importante depois da vida, que é a liberdade". **c)** A CISMU realizará dois Seminários "Mulheres Vivendo com HIV/Missonia, Masculinidades e Saúde das Mulheres", nos dias 27 e 28 de novembro de 2024. **4)** Informe sobre a participação no comitê de PCDT/CONITEC, representando o CNS. *Apresentação:* conselheira **Priscila Torres**, Biored Brasil. Informou que na 135ª RO/Conitec, que ocorria naquele dia, estava em debate a deliberação final do PCDT de Diabetes Insípido, de Angioedema Hereditário, de Adenocarcinoma de Cólon e Reto e de Doença de Gaucher. Está em pauta a deliberação inicial do PCDT da Síndrome de Turner, de Mucopolissacaridose tipo 1, de deficiência de Biotinidase, de Brucelose Humana, Miopatias Inflamatórias, Câncer de Cólon de Útero para rastreamento. Por testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. No âmbito de medicamentos, estão sendo debatidos medicamentos para o tratamento das doenças: Doença de Alzheimer, púrpura trombocitopênica idiopática primária e crônica, artrite psoriática, psoríase, doença de Fabry, anemia falciforme, vírus sincicial respiratório e transplante de células troncos hematopoéticas. Após 5 dias da reunião, os vídeos ficam disponíveis no youtube da CONITEC. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA –** Titular: Clóvis Alberto Pereira, Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB), Usuário, Rodízio de titularidade; Titular: Elenilson Silva de Souza, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), Usuário, Não informado; Titular: Elgiane de Fátima Machado Lago, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB), Usuário, Rodízio de titularidade; Titular : Gilson Silva, Força Sindical (FS), Usuário, Rodízio de titularidade; Titular: Heliana Neves Hemetério dos Santos, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR), Usuário, Rodízio de titularidade; Titular: José Eri Borges de Medeiros, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Gestor, Participação 1º Suplente; Titular: José Ramix de Melo Pontes Junior, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG), Usuário, Rodízio de titularidade; Titular: Luiz Carlos Medeiros de Paula, Federação Nacional de Associações de Diabético (FENAD), Usuário, Motivos pessoais; Titular: Maurício Cavalcante Filizola, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC),

Prestador de Serviço, Participação 2º Suplente; Titular: Paula Johns, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT), Usuário, Rodízio de titularidade; e Titular: Rosa Maria Anacleto, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO), Usuário, Rodízio de titularidade. **APRESENTAÇÃO DE NOVOS (AS) CONSELHEIROS (AS) NACIONAIS DE SAÚDE** – Não houve. **COORDENADORES (AS) DE PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE** - Américo de Jesus Soares Araújo – Maranhão – Norte; Carlos Cesar de Oliveira Sousa – Roraima – Norte; Jamacyr Mendes Justino – Paraíba – Nordeste; Jefferson de Sousa Bulhosa Júnior – Distrito Federal – Centro-Oeste; Joselene Gomes de Souza – Amazonas – Norte; e Wésia Nogueira de Sena – Rio Grande do Norte – Nordeste. **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE NOVEMBRO** - Novembro Azul – Mês de conscientização sobre a saúde do homem. Novembro azul – Diabetes. 1 a 7 de nov. - Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal. 3 de nov. - Dia Mundial da Saúde Única. 6 de nov. - Dia Nacional do Riso. 6 de nov. - Dia da Malária nas Américas. 8 de nov. - Dia do Radiologista. 10 de nov. - Dia Nacional de Prevenção e Combate à Surdez. 10 de nov. - Dia do Médico Intensivista. 12 de nov. - Dia Mundial da Pneumonia. 13 de nov. - Dia da Gentileza. 14 de nov. - Dia Nacional e Mundial da Diabetes. 16 de nov. - Dia Nacional dos Ostimizados. 16 de nov. - Dia Nacional de Atenção à Dislexia. 16 de nov. - Dia Mundial da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC. 16 de nov. - Dia do Não Fumar. 17 de nov. - Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata. 17 de nov. - Dia Internacional do Estudante. 17 de nov. - Dia Mundial da Prematuridade. *Inclusões solicitadas:* 4 de novembro. 30 anos de luta da Federação. Novembro Roxo - campanha internacional de conscientização sobre a rematuridade e os cuidados com recém-nascidos. **INDICAÇÕES – Atividades. 1)** Convite da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde por meio do Departamento de Saúde Mental, para compor a Mesa de Abertura do Seminário Internacional Saúde Mental, Redes e Desafios atuais Crianças e Adolescentes e Jovens, dia 10 de outubro de 2024, em Brasília. (Estava em Brasília). *Indicação (referendar):* conselheiro, Gabriel Henrique (CFP), Coordenador CISM. **2)** Convite do Departamento de Gestão do Cuidado Integral – DGCI, para participar do Seminário “A importância da Atenção Primária à Saúde no Cuidado Integral às Mulheres com Câncer”, no dia 17 de outubro de 2024, no formato virtual. (virtual). *Indicação (referendar):* Conselheira Shirley Marshal Diaz (FNE), coordenadora adjunta da CISM. **3)** Convite da Ministra de Estado da Saúde, Nísia Trindade para participar do Evento em alusão ao 1º de outubro: Dia Nacional e Internacional da Pessoa Idosa, dia 24 de outubro de 2024, em Brasília-DF. (Estava em Brasília). *Indicação (referendar):* Conselheira Walquiria Cristina (ABRAZ), Coordenadora Adjunta da CIASCV. **4)** Convite da SVSA, para a “Cerimônia alusiva ao Dia Mundial de Combate a Poliomielite, celebração dos 35 anos do último caso de Poliomielite no Brasil e 30 anos sem poliomielite nas Américas”, dia 24 de outubro de 2024, em Brasília/DF. (Estava em Brasília). *Indicação (referendar):* Conselheira Ana Lúcia Paduello (SUPERANDO), integrante da Mesa Diretora do CNS. **5)** Convite da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, para compor a mesa de abertura e participar da mesa de discussão do V Congresso da Rebrats, entre os dias 29 de outubro a 1º de novembro, em Brasília-DF. (Estava no evento). *Indicação (referendar):* Conselheira Priscila Torres da Silva (Biored Brasil), coordenadora da CICTAF. **6)** Convite da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, para participar da Caravana FormaSUS, com o objetivo de apoiar docentes, estudantes, trabalhadores (as), gestores (as) do SUS, nos dias 30 e 31 de outubro, em Fortaleza/CE. (Custeio SGTES). *Indicação (referendar):* Conselheiro, João Pedro Santos da Silva (ANPG), coordenador adjunto da CIRHRT. **7)** Convite do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Veredas e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para participar do debate “Diálogo Deliberativo para Construção da Estratégia-Piloto de Serviços de APS Amigáveis a Adolescentes”, dia 30 de outubro de 2024. (virtual). *Indicação (referendar):* Conselheira Walquiria Cristina (ABRAZ), Coordenadora Adjunta da CIASCV. **8)** Convite do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) para participar do Seminário, em formato aula aberta à Residência Multiprofissional do GHC e demais profissionais, Tema: “Defender o SUS: o esforço e a conquista do controle social, dia 01 de novembro de 2024, em Porto Alegre – RS. (Reside em POA). *Indicação (referendar):* Conselheira Maria Laura Bicca (FENAS). **9)** Convite do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SECTICS) para participar do Encontro Nacional do Cuidado Farmacêutico: indicadores e diretrizes nacionais no Pré-congresso do 5º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da ABRASCO, dias 02 e 03 de novembro de 2024, em Fortaleza/CE. (Custeio DAF). *Indicação (referendar):* Conselheira e coordenadora da CICTAF, Priscila Torres da Silva (Biored Brasil). **10)** Convite da Comissão de Política, Planejamento e Gestão da ABRASCO, reunida durante o

5º Congresso de Brasileiro de Política, para participar da II Oficina do Plano Diretor, dia 03 de novembro de 2024, em Fortaleza/CE. (Já estava no evento). *Indicação (referendar)*: Conselheiro João Pedro (ANPG), e coordenador da CIRHRT. **11)** Convite da do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso (TCE-MT), para participar do Seminário “Construindo Ações para Mato Grosso Livre da Hanseníase”, a realizar-se nos dias 4 e 5 de novembro de 2024. (Virtual). *Indicação (referendar)*: Conselheiro Elenilson Souza (MORHAN), coordenadora adjunto da CIVS. **12)** Convite da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) para participar da cerimônia de abertura do 19º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn); 16º Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem (SINADEn); e 4º Colóquio Brasileiro de Enfermagem em Saúde Mental (CoBESM), dia 11 de novembro de 2024, em Goiânia/GO. (Custeio CNS). *Indicação (referendar)*: Conselheira Francisca Valda da Silva (ABEn), coordenadora da CIRHRT. **13)** Convite da Presidência da HEMOBRÁS, para a Mesa Diretora do CNS, participar da visita às instalações da fábrica da Hemobrás, dia 13 de novembro de 2024, em Goiana/PE. *Indicação (referendar)*: conselheiro Fernando Zasso Pigatto (CONAM), Presidente do CNS; Conselheira Heliana Hemetério dos Santos (CANDACE); e conselheiro Neilton Araújo de Oliveira (Ministério da Saúde). **14)** Convite da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, para participar do X Congresso Brasileiro de Cuidados Paliativos, dias de 13 a 16 de novembro de 2024, em Fortaleza/CE. *Indicação (referendar)*: conselheira Dulcilene Silva Tiné (FBH), integrante da CIASCV; e Francisco Claudemi, Integrante da CIASCV e residente em Fortaleza. **15)** Convite da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, Gerência Geral de Alimentos, para participar do Seminário “25 anos de Regulação para Promoção da Alimentação Segura e Saudável”, dia 18 de novembro de 2024, em Brasília-DF. *Indicação (referendar)*: Conselheira Myrian Coelho Cunha Da Cruz (CFN), coordenadora da CIAN. **16)** Convite do Conselho Nacional de Justiça por meio do Fórum Nacional do Poder Judiciário para a Saúde – FONAJUS, no III Congresso Fórum Nacional do Poder Judiciário para a Saúde – FONAJUS como palestrante do Painel Temático 1 “Medicina Baseada em Evidências na Visão dos Temas 6 E 1234 do STF”, subtema 2 “Doenças raras e oncológicas: desafios no acesso aos novos tratamentos”, dia 21 de novembro, em São Paulo/SP. (Reside em SP). *Indicação (referendar)*: Conselheira Priscila Torres da Silva (Biored Brasil), coordenadora da CICTAF. **17)** Convite da Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico- Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA-Sindical, para participar da Conferência de Abertura do Encontro Nacional de Saúde e Hospitais Universitários, com o tema “Panorama da Saúde Pública do Brasil”, dia 21 de novembro de 2024, em Brasília/DF. (Custeio FASUBRA). *Indicação (referendar)*: Conselheira Fernanda Magano (FENAPSI), integrante da Mesa Diretora. **18)** Convite da Ouvidoria-Geral do SUS (OuvSUS/MS), em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), para participar do Encontro Nacional da Ouvidoria-Geral do SUS (ENOVUS24), de 2 a 4 de dezembro de 2024, em Brasília/DF. (Custeio CNS). *Indicação (referendar)*: Conselheira Heliana Hemetério (CANDACE), integrante da Mesa Diretora. *Indicação em grupos de trabalho e comissões externas – 19)* Convite da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS, Organização Pan-Americana da Saúde – OMS e Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, para participar da Reunião da Instalação do Grupo de Acompanhamento do Projeto de Formação Médica para o Brasil: Onde vamos e para onde vamos?, no dia 22 de outubro de 2024, em Brasília-DF. (Estava em BSB). *Indicação (referendar)*: Conselheira Francisca Valda da Silva (ABEn), e coordenadora da CIRHRT. **20)** Convite do Núcleo de Cuidados Farmacêuticos, a Comissão de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica do CNS, para compor o Grupo de Trabalho sobre Serviços Farmacêuticos Baseados na Atenção Primária de Saúde (SFAPS) do Brasil (GT Brasil). *Indicação (referendar)*: Dalmare Anderson de Sá (ANPG), Integrante da CICTAF; conselheira Priscila Torres (Biored Brasil), coordenadora adjunta da CICTAF. **21)** Convite da Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens - CGCRIA/DGCI/SAPS/MS, para compor o Comitê Nacional de Amamentação - CNAM será reinstituído, no âmbito do Ministério da Saúde, em caráter permanente. *Indicação (referendar)*: Titular: Shirley Marshal Díaz Morales, conselheira e Coordenadora Adjunta da CISMU. Suplente: conselheira Vânia Lúcia Ferreira Leite, Coordenadora da CIASCV. **22)** Convite para capacitação de controle social e gestão do SUS na Mesa “Instrumentos de Planejamento do SUS”. Data: 26 de novembro. Custeio do CES/BA. Já encaminhado. **23)** Convite para participar de evento sobre “Política Nacional de Adolescente e Jovem. Data: 7 de novembro de 2024. Indicação: conselheira Vânia Lúcia Ferreira Leite. **24)** Convite do Fórum Mineiro de Saúde Mental para participar de Seminário sobre redução de danos, em Minas Gerais, de 20 a

23 de novembro; e convite para o simpósio “A rua é potência – diálogos sobre equidade racial para população de rua”, em 26 de novembro. Indicação: conselheiro José Vanilson Torres.

Deliberação: as indicações foram aprovadas. **RELATÓRIO DA MESA DIRETORA.** O documento foi enviado com antecedência. Devido à exiguidade de tempo, não foi lido na reunião. **ITEM 4 – INCIDÊNCIA INTERNACIONAL DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE -**

Apresentação: **Alexandre Ghisleni**, Embaixador Chefe da Assessoria Especial de Assuntos Internacionais - AISA/MS; **Paulo César Carbonari**, representante do Movimento Nacional de Direitos Humanos - MNDH Brasil; e **Rebeca Cruz**, Consultora Nacional de Sistemas de Saúde na Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil - OPAS/OMS. **Coordenação:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Madalena Margarida**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, a mesa saudou as pessoas convidadas e fez a leitura dos currículos de cada uma. O primeiro expositor foi o representante do MNDH Brasil, **Paulo César Carbonari**, coordenador do Projeto de Incidência Internacional do Controle Social na Saúde., que começou saudando todas as pessoas e explicando que o tema em pauta surgiu no planejamento do Conselho e os focos de atuação são os seguintes: monitoramento de compromissos com o direito humano à saúde - DH Saúde; participação AMS/OMS; e responsabilização em saúde. Salientou que a organização deste processo de incidência ocorre da seguinte forma: a) promoção: CNS; b) coordenação/execução: Articulação para o Monitoramento dos Direitos Humanos no Brasil – AMDH, Movimento Nacional de Direitos Humanos – MNDH, Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP e Comissão de Direitos Humanos de Passo Fundo – CDHPF; e c) apoio: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS. Sobre o monitoramento de compromissos DH Saúde, citou a participação do CNS nos seguintes processos: Revisão Periódica Universal - RPU Brasil; Comitês de Tratados; e Relatoria Saúde. Salientou que o resultado de todo esse processo resultou na publicação “Recomendações Internacionais sobre Direito Humano à Saúde”. Além disso, destacou a participação do Conselho na 77ª Assembleia Mundial da Saúde - AMS/OMS, com duas agendas chave: Resolução sobre Participação Social; e Instrumento Internacional sobre Pandemias (houve debate de outros temas da Agenda). Detalhou que o Conselho colaborou intensamente com o processo preparatório referente a 77ª AMS/OMS com: a) incidência na elaboração da Resolução; interlocução com AISA/MS e MRE/Missão em Genebra; reuniões da Mesa Diretora; debate no Pleno do CNS; envio de contribuições aos/às negociadores (as); b) incidência na elaboração do Instrumento Pandemias: interlocução com AISA/MS e MRE, reuniões da Mesa Diretora, audiências MRE, envio de contribuições aos/às negociadores (as); e c) preparação participação na Assembleia Mundial de Saúde: formação do coletivo do controle social em saúde e organização da agenda. Detalhou ainda que a participação do CNS na Assembleia da OMS ocorreu da seguinte forma: agenda oficial; atividades paralelas; aprovação resolução; adiamento instrumento pandemias; mudanças no Regulamento Sanitário Nacional - RSI; e outras Resoluções (o Presidente do CNS e a Secretária Executiva do CNS participaram de todo o processo oficial da Assembleia). Disse que o evento teve ampla cobertura, com notícia em diversos meios de comunicação. Sobre o tema da responsabilização em Saúde, citou a atuação em dois eixos: Recomendação CCPR/ONU; e acompanhamento TPI – Tribunal Penal Internacional 29. Destacou que o Comitê está preocupado com as altas taxas de mortalidade por Covid-19, impactando particularmente gestantes negras, indígenas e quilombolas e pessoas privadas de liberdade, entre outras; e com reportagens sobre negligência no manejo da pandemia, falta de medidas adequadas para prevenir mortes, minimização da gravidade da Covid-19 e falta de responsabilização (artigo 6º). Citou o art. 30 da Recomendação que define: “O Estado Parte deve assegurar que quaisquer violações de direitos humanos relacionadas com o enfrentamento da pandemia sejam prontamente e adequadamente investigadas, que responsáveis sejam processados e, se condenados, punidos com as sanções cabíveis; e que as vítimas sejam reparadas” (Observações Finais sobre o Terceiro Relatório Periódico do Brasil – CCPR/C/BRA/CO/3 [138ª Sessão do CCPR/ONU] – 26 jul. 2023). Sobre a participação social, disse que a Resolução “Participação Social para a Cobertura Universal em Saúde, a Saúde e o Bem-Estar”, foi aprovada por unanimidade na 77ª AMS, no dia 28 de maio de 2024 (WHA77.2). A iniciativa foi proposta por Alemanha, Bélgica, Brasil, Chipre, Colômbia, Croácia, Equador, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estados Unidos de América, Filipinas, Finlândia, França, Georgia, Grécia, Guatemala, Irlanda, Luxemburgo, Moldávia, Noruega, Países Baixos (Holanda), Kirguistão, República Tcheca, Sri Lanka, Tailândia e Tunísia. Patrocinada por Tailândia, Brasil, Eslovênia, França, Noruega. Para melhor entendimento, citou o núcleo central da Resolução: “Exorta os Estados-Membros (da OMS) a implementar, reforçar e manter uma participação social regular e

significativa nas decisões relacionadas com a saúde em todo o sistema, conforme apropriado, tendo em conta o contexto e as prioridades nacionais, para: 1) fortalecer as capacidades do setor público para a concepção e implementação de uma participação social significativa; 2) permitir uma participação equitativa, diversificada e inclusiva, com ênfase especial na promoção das vozes de todas as pessoas que se encontram em situações vulneráveis e/ou marginalizadas; 3) esforçar-se para garantir que a participação social influencie a tomada de decisões transparentes em matéria de saúde em todo o ciclo político, em todos os níveis do sistema; 4) implementar e manter a participação social regular e transparente por meio de uma série de mecanismos apoiados em políticas públicas e legislações; 5) alocar recursos suficientes e sustentáveis do setor público em apoio à participação social efetiva; 6) facilitar o fortalecimento da capacidade da sociedade civil para promover uma participação social diversificada, equitativa, transparente e inclusiva; e 7) apoiar pesquisas relacionadas à implementação de projetos/programas piloto, e o correspondente monitoramento e avaliação, para promover a implementação da participação social; (OP)2". Por fim, destacou outras iniciativas em desenvolvimento (2024/2025): organização da Rede Mundial sobre Participação Social (OMS); organização de Grupo de Referência para Américas (OPAS); seguimento da Elaboração do Instrumento Pandemias; preparação para a participação na 78ª AMS/OMS; e acompanhamento da implementação das Recomendações. Seguindo, o embaixador chefe da AISA/MS, **Alexandre Ghisleni**, falou sobre a Resolução, explicando que a ideia do documento surgiu em 2023, durante evento sobre participação social e o Presidente do CNS foi uma das primeiras pessoas a defender a elaboração do documento. Na visão da Ministra de Estado da Saúde, a aprovação desta Resolução foi a principal conquista do Brasil na última Assembleia da OMS. Salientou que a aprovação do documento é um avanço, inclusive porque garante que um conjunto de países dará seguimento ao debate deste tema. Em relação ao texto da Resolução, diz que apela aos países para que implementem, fortaleçam e mantenham sistemas regulares e significativos de participação social. Nessa linha, o documento apresenta as seguintes solicitações ao Diretor-Geral da OMS: 1) defender a implementação regular e sustentada de uma participação social significativa, tanto no setor da saúde como em outros setores e organizações multilaterais que afetam a equidade e o bem-estar na saúde, como um meio de acelerar o progresso equitativo para a cobertura universal de saúde, a segurança sanitária e os objetivos do desenvolvimento sustentável relacionados com a saúde; 2) desenvolver orientação técnica e instrumentos operacionais para fortalecer e sustentar a participação social, incluindo monitorar e avaliar sua implementação nos países, e fornecer capacitação e apoio técnico a pedido dos Estados-Membros; 3) documentar, publicar e divulgar as experiências dos Estados-Membros na implementação de uma participação social significativa através de diferentes tipos de mecanismos, em diferentes fases do ciclo político e em diferentes níveis do sistema; 4) facilitar a partilha e o intercâmbio regulares de experiências de participação social dos Estados-Membros; 5) harmonizar o apoio técnico à participação social nas divisões da OMS e nos três níveis da Organização; e 6) apresentar relatório sobre o progresso na implementação desta resolução à Assembleia Mundial da Saúde em 2026, 2028 e 2030. Pontou que a aprovação da resolução é um avanço, mas precisa ser vista como o início de um processo. Ou seja, cabe ao Brasil incentivar e mobilizar para o avanço da participação social no mundo, inclusive com debate deste tema em eventos diversos. Inclusive, citou que na 17ª Assembleia Nacional de Saúde da Tailândia será definido termo de referência e plano de trabalho sobre participação social. Por fim, propôs que a implementação da Resolução seja um item permanente do CNS. A Consultora Nacional de Sistemas de Saúde na OPAS/OMS, **Rebeca Cruz**, saudou todas as pessoas presentes, em nome da representante da OPAS/OMS no Brasil, Socorro Groes, e do dr. Júlio Pedrosa, coordenador da participação social no Brasil. Reforçou o compromisso da OPAS com a participação social, lembrando que esta é uma das doze funções essenciais da Organização, entendendo que contribui para o exercício do direito humano à saúde. No âmbito da cooperação da OPAS/OMS com o CNS, disse que foram definidas iniciativas na linha da incidência internacional do controle social na saúde, entre elas, Carta Acordo com a Comissão de Direitos Humanos de Passo Fundo/RS para acompanhamento, instrução e análise de iniciativas e processos internacionais relativos ao direito humano à saúde, o que contribuiu com instituições internacionais ligadas à temática de direitos humanos em várias frentes. Além disso, a Organização esteve envolvida com a articulação para participação na 77ª Assembleia Mundial da OMS e no evento paralelo. No mais, ressaltou que a OPAS é coautora, junto com o Conselho, do artigo sobre a institucionalização da participação social. Finalizou reforçando o compromisso de fortalecer e promover a experiência da participação social do Brasil na região das Américas e em âmbito

internacional. **Manifestações.** Conselheira **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa** salientou a importância da participação social e aproveitou para informar que o Conselho da Pessoa Idosa realizará a VI Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa e também conferências livres, seguindo o exemplo do CNS. Conselheira **Altamira Simões dos Santos de Sousa** celebrou as conquistas do Conselho nesta área, especialmente a aprovação da resolução. Todavia, ponderou que o documento não contemplou questões importantes como extermínio da população negra e as questões de gênero. Além disso, reiterou que o termo “mulheres” não contempla todas as mulheres e suas diversidades/especificidades, portanto é preciso rever para os próximos documentos da Organização. No mais, salientou que o Brasil precisa aliar-se à luta antirracista, combatendo o extermínio físico e subjetivo da população negra. Conselheiro **Luiz Carlos Ferreira Penha** também destacou a importância desta pauta e aproveitou para reiterar a contribuição das terras indígenas para a saúde da população mundial (áreas indígenas preservadas absorvem as partículas de queimadas, por exemplo). Além disso, destacou que a preservação de terras indígenas contribui para diminuir gastos com saúde da população mundial. Nessa linha, solicitou o apoio do CNS e da OMS para que defendam o debate de questões indígenas no cenário internacional. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** reiterou que este é um tema de suma importância e precisa ser uma prioridade do Conselho. Reconheceu a aprovação da Resolução como vitória, todavia, ponderou que o documento é uma estratégia mínima de apoio e visibilidade, portanto, por si só, não viabilizará a participação social. Com base na experiência positiva da construção e atuação da Rede Consumo Seguro e Saúde – RCSS, sugeriu a criação de um canal para divulgar ações de incidência internacional do controle social na saúde. Conselheira **Shirley Marshal Díaz Morales** reconheceu que a Resolução é um marco histórico e aponta o Brasil como exemplo, a ser seguido por outros países, na garantia da participação social na definição de políticas públicas. Como encaminhamento, sugeriu que, na próxima gestão do Conselho, seja avaliada a proposta de criar grupo de trabalho dedicado a colaborar com organismos internacionais na construção de resoluções para avançar na saúde global. Conselheira **Lúcia Regina Florentino Souto** celebrou essa vitória histórica e frisou que a democracia é um eixo estratégico para o mundo atual. Diante da conjuntura internacional, com destaque para o cenário dos Estados Unidos, frisou que é essencial priorizar temas como participação social, nova governança global, mudanças climáticas e seus efeitos. Por fim, registrou que o governo brasileiro compreende a participação social como prioridade e o Brasil tem muito a contribuir com esta questão no mundo. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** saudou o Presidente do CNS por ter trazido este tema à pauta e celebrou a aprovação da resolução como vitória. Também destacou a importância do conjunto de ações do Conselho relativas à incidência do controle social, realizadas em parceria com outros órgãos importantes. Como encaminhamento, propôs que o CNS acompanhe o processo de negociação para fazer avançar o acordo sobre o Tratado de Pandemias. Conselheira **Francisca Valda da Silva** elogiou o país e o controle social brasileiro pela iniciativa de incidir internacionalmente, lembrando que a agenda nacional não está dissociada da agenda global. Disse que o momento é de ameaça à democracia, portanto, é preciso fortalecer a participação social para defesa desse princípio. Além disso, sinalizou que é essencial assegurar vigilância sanitária para impedir retrocessos. Salientou a importância de debater os grandes desafios estruturais e conjunturais e conclamou as entidades e movimentos a lutar para barrar a imposição da institucionalização dos Pisos Constitucionais. Por fim, perguntou como se daria o processo de avaliação acerca da implementação da resolução sobre participação social. **Retorno da mesa.** A Consultora Nacional de Sistemas de Saúde na OPAS/OMS, **Rebeca Cruz**, agradeceu as falas e pontuou os seguintes aspectos: a OPAS possui compromisso com as questões de gênero, raça e saúde indígena e se dispõe a trabalhar esses temas em resoluções e em outros documentos; a resolução é um passo inicial e histórico, sendo referência para implementar a participação social em outros países; saúde e democracia são duas questões indissociáveis; concordância com a proposta de constituir GT para avançar e concretizar os avanços; e o princípio da democracia é essencial para garantir o direito humano à saúde. O Embaixador Chefe da AISA/MS, **Alexandre Ghisleni**, fez os seguintes comentários a partir das intervenções: o texto da resolução estabelece que o diretor-geral da OMS apresentará relatório sobre a implementação em 2026, 2028 e 2030; para dar continuidade ao diálogo sobre a temática no âmbito da OMS, será necessário considerar a hipótese de renovação da resolução em 2030; dificuldade para incluir população negra e questões de gênero no G20 e na OMS (país africano foi contra singularizar a questão afrodescendente, porque poderia dar a impressão de que essa população precisa de atenção especial, o que não é verdade), portanto,

é necessário levantar o debate para incluir esses pontos na agenda; e a incidência internacional do controle social na saúde e seus desdobramentos deve ser um tema permanente do Conselho. O representante do MNDH Brasil, **Paulo César Carbonari**, fez os seguintes comentários a partir das manifestações do Pleno: no debate da resolução sobre participação social, a referência a “gênero e questão racial” e “comunidades e povos” foi ponto de divergência; há movimento no âmbito dos organismos internacionais para evitar referência a “gênero”; na COP20 foi debatida a possibilidade de criar organismo específico para acolher as necessidades dos povos indígenas; há uma agenda regressiva em curso, portanto, o Brasil e outros países devem defender a democracia e os direitos humanos; a resolução reforça a necessidade de manter e fazer avançar a experiência brasileira para que colabore com outros países na definição de ações relativas à participação social; é essencial acompanhar o processo de implementação da resolução; e é possível construir um relatório alternativo de avaliação da implementação da resolução, além do relatório do diretor da OMS. Por fim, agradeceu a OPAS, o Ministério da Saúde e o Ministério das Relações Exteriores pelo apoio neste processo de incidência. Na sequência, a coordenação da mesa fez a leitura dos encaminhamentos que surgiram no debate: incluir, nas futuras resoluções internacionais, uma abordagem inclusiva das questões raciais e de gênero, destacando a participação social e os direitos da população negra e das mulheres, incluindo as especificidades de mulheres trans e travestis, reforçando a importância de alianças internacionais para combater a violência racial e promover representatividade global; criar um portal online e de uma agenda com apoio, com foco em agilizar as ações do Ministério da Saúde. O suporte da OPAS é fundamental para acelerar essas iniciativas; sugerir a criação de um grupo de trabalho no CNS para colaborar com organismos internacionais, para fortalecer resoluções e avanços na saúde global; incluir na resolução um ponto destacando a importância das terras indígenas para a saúde pública global, evidenciando como a preservação dessas áreas contribui para a redução de partículas de queimadas e pode gerar economias significativas nos custos de saúde mundial; sugerir apoio da OMS e da OPAS para reforçar a saúde indígena nos relatórios de saúde nacionais e internacionais; na próxima Assembleia Mundial da Saúde, reforçar a importância de incidência para garantir avanços no Tratado das Pandemias e buscar a reparação histórica pelas perdas durante a pandemia; e sugerir colaboração com o Conselho Nacional de Direitos Humanos para assegurar que as ações de responsabilização não caiam no esquecimento nem percam prazos jurídicos, em respeito às vidas perdidas e pela importância da cooperação internacional em saúde e participação social. O Presidente do CNS explicou que algumas das proposições já haviam sido respondidas, e entendendo as limitações, o Conselho daria continuidade ao debate desta pauta. Reiterou que a resolução é destinada à implementação em todos os países, incluindo o Brasil, portanto, é preciso avançar, aproveitando as experiências exitosas. Ressaltou que outras propostas poderiam ser debatidas no âmbito da Mesa Diretora do CNS, como a possibilidade de criação de grupos de trabalho e de portal (debate na próxima gestão). De todo modo, ponderou que uma alternativa ao grupo de trabalho específico seria que a Mesa Diretora do CNS, com apoio de assessoria, monitorasse esses eventos, distribuindo as tarefas para as comissões afins como CIRHT, CISMU e CIPPE. Sobre o Tratado de Pandemias, sinalizou a retomada das negociações com possível acordo nos próximos dias. Quanto às publicações, disse que o Conselho estava trabalhando em documentos sobre a experiência da resolução e da participação social, incluindo contribuições de pessoas envolvidas na Assembleia Mundial. Conselheira **Shirley Marshal Dias Morales**, como proposta alternativa à criação de GT específico de monitoramento, sugeriu que a Mesa Diretora e a Secretaria Executiva do CNS monitorem os eventos internacionais e comuniquem às comissões temáticas afins para contribuir no processo de elaboração das resoluções desde o início. O representante do MNDH Brasil, **Paulo César Carbonari**, explicou que o Conselho já adotou a estratégia de acompanhar a discussão de resoluções internacionais e, nessa linha, contribui com a elaboração da resolução sobre participação social desde o início do processo. Assim, a ideia é estender para outros processos de discussão. Todavia, sugeriu que o CNS priorize pautas estratégicas para incidência, por conta do volume da agenda de debate. **As propostas apresentadas serão encaminhadas posteriormente, visto que este é um tema de acompanhamento permanente do Conselho. São elas: avaliar, na próxima gestão do Conselho, a proposta de criar grupo de trabalho dedicado a colaborar com organismos internacionais, para fortalecer resoluções e avanços na saúde global; delegar à Mesa Diretora do CNS, com apoio da Secretaria Executiva do Conselho, o monitoramento de eventos internacionais e informar às comissões temáticas do Conselho (CIRHT, CISMU e CIPPE, por exemplo) para que acompanhem os debates desses organismos,**

especialmente a elaboração de resoluções, e o Conselho possa contribuir nesse processo (a sugestão é que Conselho priorize pautas estratégicas por conta do volume de debates); debater, na próxima gestão do Conselho, a proposta de criar um sistema de monitoramento de eventos internacionais; e acompanhar o processo de negociação para avançar no acordo sobre o Tratado de Pandemias. As propostas apresentadas serão encaminhadas posteriormente, visto que este é um tema de acompanhamento permanente do Conselho. Definido este ponto, às 13h, a mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: *nomes serão incluídos*. Retomando, às 14h, a mesa foi composta para o item 5 da pauta. Primeiro, a mesa fez uma saudação à memória do médico sanitário Mário Tesla, falecido em 5 de novembro, lembrando as ações comprometidas do profissional com as necessidades sociais. **ITEM 5 – CONTROLE SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE - PARECERES DE PROCESSOS DE AUTORIZAÇÃO, RECONHECIMENTO E RENOVAÇÃO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE - Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS.**

Apresentação: conselheira **Vitória Davi**, coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS. **Coordenação:** conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da CIRHRT/CNS; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS. **PARECERES DE PROCESSOS DE AUTORIZAÇÃO, RECONHECIMENTO E RENOVAÇÃO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE** – Inicialmente, a coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS apresentou os quinze pareceres elaborados no período de 7 a 25 de outubro 2024 (18 dias), sendo onze insatisfatórios, três satisfatórios com recomendações e um satisfatório. A situação dos processos analisados é a seguinte: **1)** Relação entre número de processos analisados e ato regulatório - Autorização: 9; e Reconhecimento: 6; **2)** Relação entre número de processos analisados e Curso - Enfermagem: 9; Medicina: 2; Odontologia: 0; e Psicologia: 4; **3)** Relação de cursos e tipo de ato regulatório: Enfermagem: 8 de autorização e 1 de Reconhecimento; Medicina: 2 de reconhecimento; Odontologia: 0; Psicologia: 1 de Autorização e 3 de Reconhecimento; e **4)** Relação entre número de processos analisados e parecer final: 11 insatisfatórios; 3 satisfatórios com recomendações; e 1 satisfatório. Os pareceres foram enviados previamente a todas as pessoas conselheiras, seguindo as determinações do Regimento Interno do CNS. Não havendo manifestações, a mesa colocou em votação os pareceres apresentados. **Deliberação: os quinze pareceres apresentados, sendo onze insatisfatórios, três satisfatórios com recomendações e um satisfatório, foram aprovados por maioria, com duas abstenções, uma com declaração de voto.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** declarou que se absteve da votação, porque não conseguiu analisar previamente os processos em apreciação. **CONTROLE SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE** – **Apresentação:** **Priscilla Azevedo Souza**, Coordenadora-Geral da CGRES/DEGES/SGTES/MS; **Paola Alejandra Valenzuela Reyes**, assessora da Coordenação de Residências em Saúde - DDES/ SESU/MEC; e **Rogean Vinícius Santos Soares**, Presidente da Associação Nacional dos Pós-graduandos – ANPG. Antes de abrir a palavra para as pessoas convidadas, a coordenação da mesa fez a leitura dos currículos de cada uma. Iniciando, a Coordenadora-Geral da CGRES/DEGES/SGTES/MS, **Priscilla Azevedo Souza**, apresentou a Política Nacional de Residências em Saúde – PNRS. Explicou que o processo de construção contou com etapa de identificação de problemas e formação da agenda governamental (entre as atividades, Seminário Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde) e de formulação da política e processo decisório (Reuniões alinhamento MS e MEC, Reunião Fóruns e entidades representativas, debate nas Reuniões CIRHT/CNS). Detalhou que a Política é assim composta: Capítulo I - das disposições gerais; Capítulo II - Dos eixos da PNRS: Seção I - Do dimensionamento de especialistas no SUS, Seção II - Da gestão das residências em saúde no SUS, Subseção I - Da gestão dos programas de residência em saúde, Subseção II - Dos sistemas de informação e gerenciamento das residências em saúde, Subseção III - Do apoio aos programas de residência em saúde, Seção III - Do financiamento das residências em saúde, Seção IV - Da qualificação e valorização das residências em saúde, Subseção I - Das ofertas educacionais, Subseção II - Da avaliação nas residências em saúde, Subseção III - Da valorização das residências em saúde e a integração com a gestão do trabalho no SUS, Subseção IV - Da promoção da saúde mental e da prevenção e enfrentamento ao assédio nos programas de residência em saúde; e Capítulo III - Disposições Finais. Detalhou que são eixos estruturantes da PNRS para alinhar as residências em saúde com as necessidades, prioridades e políticas do SUS: dimensionamento de especialistas no

SUS; gestão das residências em saúde no SUS; financiamento das residências em saúde; e qualificação e valorização das residências em saúde. No que diz respeito à regulação, citou: territórios e regiões prioritários para o SUS; especialidades e áreas de atuação estratégicas para o SUS; Cadastros Nacionais de Especialistas Médicos e em Área Profissional da Saúde; e ordenamento da formação de especialistas considerando as necessidades e políticas do SUS. Explicou que a Política define os seguintes critérios e parâmetros para o dimensionamento de especialistas no SUS: a) Territórios e regiões prioritários para o SUS consideram as necessidades assistenciais em saúde: I – Perfil epidemiológico; II – Determinantes Sociais da Saúde; e III – Capacidade instalada e indicadores assistenciais de saúde; e b) Especialidades, áreas de atuação e áreas de concentração estratégicas para o SUS consideram: I – Razão de especialistas por habitantes; II – Distribuição territorial de especialistas; III – Carga horária de atuação de especialistas no SUS. No que se refere à gestão, citou os seguintes elementos: Cenários de Prática e Aprendizagem no SUS; Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde - Coapes; Sistemas de Informação e Gerenciamento/SCNES; e Ações de Apoio Técnico, Pedagógico e Institucional. A respeito do financiamento, destacou são previstos: incentivo para residentes; moradia ou auxílio moradia; incentivo para preceptores; incentivo para coordenadores; incentivo para coordenação; e incentivo aos entes federados. Acerca da qualificação e valorização, disse que as ações são: ofertas educacionais; avaliação nas residências em saúde; fortalecimento da integração com a gestão do trabalho no SUS; reconhecimento institucional de preceptores, tutores, docentes e coordenadores; e promoção da saúde mental e enfrentamento ao assédio. Também explicou que foi possível apresentar contribuições à Política “Opine Aqui: PNRS”, por meio da Plataforma Participa+Brasil, no período de 27 de setembro a 16 de outubro de 2024. O processo contou com a participação de 724 pessoas, em todas as regiões do Brasil, e o resultado foi o seguinte: 82% de concordância total com os termos propostos para a PNRS; e 53 alterações textuais (inclusões, supressões e ajustes de redação). Disse que a Nota Técnica CIRHRH/CNS apontou ajustes feitos na redação da Política: Formação “*especializada*”; Cenários de prática e “*aprendizagem*”; Redes de atenção à saúde e “*gestão*” do SUS; Processo “*de educação pelo trabalho*” na perspectiva “*interprofissional*”; a definição dos territórios e regiões prioritários para o SUS considera as necessidades “*de atenção, de gestão e de formação em saúde*”; participação de residentes e demais atores das residências em saúde em instâncias colegiadas e no controle social do SUS, contribuindo assim para o “*protagonismo*” desses profissionais no processo de formação e qualificação das residências em saúde; ofertas educacionais contemplam cursos de “*pós-graduação*” Stricto Sensu e Lato Sensu; e reconhecimento institucional de preceptores, “*tutores, docentes e coordenadores*”. Seguindo, a assessora da CRS/DDES/SESU/MEC, **Paola Alejandra Valenzuela Reyes**, explanou sobre o tema, destacando a importância deste debate sobre residências em saúde, um tema da formação profissional que vincula Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Avaliou que o momento é de transformação acerca das residências, colocando-as novamente no protagonismo que merecem. Nesse sentido, a Política Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde aponta para o fortalecimento das residências médicas e multiprofissionais, de forma igual, com valorização das práticas pedagógicas mais humanas. Ressaltou que esta iniciativa contempla a busca por ambiente saudável, cultura da paz, olhar para o adoecimento mental, e mudança da lógica das avaliações. Além disso, destacou a criação do Cadastro Nacional na Área Profissional da Saúde e reconhecimento das categorias profissionais, com retenção nos territórios. Destacou que a residência é utilizada por recém-formados como meio de sobrevivência, e o que se espera é que seja um momento de formação, com qualificação e reconhecimento merecido. Por fim, reiterou que o esforço é para garantir que as residências alcancem o protagonismo desejável, assegurando ambientes mais humanos e seguros, que deverão ser reproduzidos na vida profissional. Na sequência, expôs o Presidente da ANPG, **Vinícius Soares**, que também falou sobre a “Política Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde”. Começando explicando que residências em saúde é a modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu - ensino-serviço. Detalhou o histórico das residências: 1940 – criação das residências médicas no Brasil; 1970 – regulamentação das residências como modalidade pós-graduação; 1978 – criação de residências multiprofissionais; e 2005 – institucionalização e criação da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde. Destacou que as modalidades são residências médicas e residências em área profissional da saúde. Salientou que as residências em saúde é modelo de pós-graduação modelo ouro, mas possui como desafios estruturais: valorização da própria residência - mudança na legislação – diferenciação da especialização; ausência de uma política nacional de residências – estrutura, formação político-pedagógica e

preceptoria; ausência de uma política de absorção dos egressos; condições desfavoráveis para formação residência - carga horária excessiva (proposta: de 60 horas semanais para 40 horas); ambiente com forte presença de assédio moral; adoecimento mental e físico; ausência de integração no sistema nacional de pós-graduação: pós-graduação stricto sensu, Residência médica e Residência multi e uni; estratificação social das profissões de saúde: residência médica e residência multi e uni; e diferentes políticas e órgãos de regulamentação: diferenças na política de assistência estudantil e fragilidade jurídica da multi e uni. Seguindo, falou sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, instituída pela Portaria interministerial MEC/MS nº 7/2021, que também institui o Programa de Bolsas para residências. Detalhou os eixos norteadores definidos pela Portaria MEC/MS nº. 07/2021, explicando que repete os eixos da Portaria Interministerial 1.077/2009, com supressão de cinco deles, a saber: i. cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País; ii. concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural; iii. abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino- aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais; iv. integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e gestão em saúde; e v. estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS. Também citou a Portaria MEC/MS nº. 07/2021, que altera a composição da Comissão, com destaque para os seguintes pontos de atenção: aumento de membros da gestão federal; supressão de trabalhadores, coordenadores, tutores e preceptores; diminuição de representantes de residentes; e esvaziamento da participação social. Sobre a atribuição da Comissão, pontuou que: a Portaria MEC/MS nº. 1077/2009 prevê “I - exercer atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento da Secretaria de Educação Superior, sobre assuntos afetos à Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde”; e a Portaria MEC/MS nº. 7/2021 determina “I - assessorar o MEC e o MS nos assuntos afetos à Residência Multiprofissional em Saúde e à Residência em Área Profissional”. Ou seja, um esvaziamento político de uma em comparação à outra. Também pontuou que há uma fragilidade política da CNRMS e CNRM e uma correlação de forças no âmbito da Comissão (16 reuniões com discussões “burocráticas”). Por outro, a CNRMS traz inovações estruturais, como as Comissões Descentralizadas - CODEMUS, responsáveis por monitorar o andamento dos PRMS e PRAPS da unidade da Federação (Composição – Coremu + representantes residentes - proposta aprovada por proposição da ANPG, através dos representantes dos residentes). Em síntese, disse que a situação da CNRMS é a seguinte: Portaria MEC/MS nº 7/2021 é um marco histórico para o sistema nacional de residências; apesar das inovações estruturais, a nova CNRMS representa uma nova e atrasada concepção de residências; CNRMS é uma estrutura frágil; esvaziamento de atores políticos; o governo anterior trouxe retrocessos para o sistema de residências; e é necessária revogação da portaria. Por fim, apresentou ações a serem implementadas relativas às residências em saúde: instituir uma política nacional de residências; integração entre todas as modalidades de pós-graduação; integração entre todas as modalidades de residência; Política nacional de preceptoria, com articulação entre municípios e Estados; discussão e aprovação da redução da carga horária sem redução da bolsa; mecanismo anual de reajuste das bolsas-salários; e regulamentação das faltas nas atividades práticas. **Manifestações.** Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** saudou o CNS por debater este tema, dada a necessidade de avançar nos debates. Inclusive, destacou a importância de compilar o conjunto de contribuições à proposta, a fim de serem debatidas e contempladas, visando alcançar uma Política que atenda, de fato, às necessidades. Conselheira **Talita Garrido de Araújo** destacou a importância deste debate e frisou a necessidade de fomentar a formação de patologista para ampliar o diagnóstico de câncer, assegurando a distribuição desses profissionais em todo do território nacional. Além disso, sugeriu incluir a oncologia pediatria na residência e também a formação em hematologia, sobretudo para as hemoglobinopatias hereditárias, com destaque à talassemia e doença falciforme, que podem levar à morte na falta de tratamento adequado e oportuno. Conselheira **Helenice Yemi Nakamura** elogiou a Política, com destaque para os seguintes pontos positivos: formação cidadã, incentivo à permanência, bolsas e participação dos residentes no controle social. Por outro lado, solicitou atenção para outras questões importantes: avaliação do tutor; formação em saúde de preceptor; e possibilidade de recolhimento do INSS em relação

à Bolsa-Salário dos residentes. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi** destacou a importância da participação do MEC neste debate e de outros temas relativos à formação em saúde. No que diz respeito à residência, disse que é preciso debater e dar materialidade a uma política de assistência estudantil, que sirva de instrumento para fixação dos profissionais nos territórios, com respeito à dignidade dessas pessoas. No campo da saúde mental, destacou que é preciso enfrentar a questão das jornadas extenuantes. Por fim, destacou a importância da participação do movimento sindical na Comissão Nacional de Residência.

Conselheira **Silvana Nair Leite Contezini** destacou a importância dos programas de residência como estratégia primorosa de formação para o SUS. Informou que a Universidade Federal de Santa Catarina e a Universidade Estadual de Londrina iniciaram projeto de pesquisa com egressos dos programas de residência no Brasil e os primeiros resultados apontam para diversidade de competências. Inclusive, solicitou maiores informações sobre o investimento do Ministério da Saúde em pesquisas sobre residência. Conselheiro **Albanir Santana** saudou as pessoas convidadas e manifestou preocupação com a falta de formação dos preceptores para orientar os residentes na área. Salientou a importância de incentivar a residência em pediatria, inclusive por conta da escassez de pediatras no país. No mais, registrou a importância de assegurar política salarial para valorização dos profissionais e definir ações para diminuir a carga excessiva das pessoas residentes.

Conselheiro **André Luiz de Oliveira** destacou a importância desta pauta e, na condição de supervisor de programa de residência, pontuou os seguintes aspectos: é preciso ampliar a oferta de residência na área de patologia e anesthesiologia, diante da escassez dessas especialidades; é essencial esforço para ocupar todas as vagas de residência disponíveis; e é necessário melhorar o diálogo entre os programas do Ministério da Saúde e do MEC, para garantir maior número de vagas para residências. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** também cumprimentou a Comissão por trazer esta pauta para debate no Plenário e fez uma saudação à Câmara Técnica do eixo 3 – pós-graduação e residências da CIRHRT/CNS. Inclusive sinalizou que a Câmara, junto com representações, elaborou uma proposta de recomendação que será apreciada no último item da pauta. No que diz respeito à Política, destacou os seguintes avanços: formação especializada e não de especialistas; cenários de aprendizagem com ênfase na educação interprofissional; carga horária para atividades político-organizativas e para o controle social; valorização dos profissionais e professores que atuam como tutores, coordenadores, preceptores - que seja com titulação em concursos públicos; pensar na assistência estudantil enquanto permanência, inclusão e equidade; e promoção da saúde mental, contemplando dignidade no trabalho e na formação, com ruptura de práticas de assédio e discriminação e defesa de políticas afirmativas e cotas como reparação histórica. Por fim, manifestou repúdio à portaria que trata da nomenclatura das residências e defendeu a revogação, reafirmando que o debate sobre as residências deve passar pelo CNS.

Conselheira **Vitória Davi Marzola** também saudou a Comissão e a Câmara Técnica do eixo 3 pelos debates sobre residência e reiterou que os resultados dessas discussões eram trazidos de forma fiel ao Pleno do Conselho. Chamou a atenção para as residências, que afetam diretamente a assistência no âmbito do SUS, ou seja, faz parte do processo educacional e da força de trabalho do país. Sobre a absorção dos egressos, lembrou que muitos vão para o setor privado e, outros saem do país, considerando que os residentes são extremamente assediados, em especial aqueles cuja formação ocorreu nas instituições públicas. Por fim, propôs que os editais de residência contemplem ainda mais critérios que possibilitem manter esses profissionais nos territórios e no SUS.

Retorno da mesa. A Coordenadora-Geral da CGRES/DEGES/SGTES/MS, **Priscilla Azevedo Souza**, agradeceu as falas e respondeu aos questionamentos destacando que: as contribuições à Política (724) foram analisadas, consolidadas e contempladas no documento; há várias pesquisas financiadas pelo Ministério da Saúde para avaliar a situação dos egressos de residência, com foco nos dados sobre ociosidade e concorrência, inclusive para formar especialistas em áreas estratégicas; investimentos na qualificação dos processos, com formação de preceptores, é essencial, porque contribuiu para qualificar os programas de residência; a redução da carga horária está em debate, mas a Política não define essa questão por ser uma norma infralegal; a Política contempla questões relativas à saúde mental; Ministério da Saúde está trabalhando a minuta do decreto com o Mec e a intenção é encaminhar para a Casa Civil; CNS deve indicar sua representação para a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional; Política defende a valorização institucional dos docentes e que a residência seja considerada como carga horária; e a Política precisa ser validada pelos gestores de forma tripartite, porque afeta as três esferas de gestão. A assessora da Coordenação de Residências em Saúde - DDES/SESU/MEC, **Paola Alejandra Valenzuela**

Reyes, também comentou aspectos das falas, salientando que: a nova composição da Comissão definida na minuta do decreto traz a possibilidade de seguir na construção coletiva, democrática com os entes envolvidos (contempla, inclusive, representação das preceptorias); as categorias profissionais serão chamadas para diálogo; o processo de avaliação das residências está em debate, com sinalização para mudança do padrão; a ociosidade de vagas de residências está em debate, para entender os motivos e compreender os locais prioritários para orientar as melhores decisões; e o diálogo entre MS e MEC está acontecendo de forma alinhada, pois a finalidade é semelhante: formar com qualidade para atender as demandas do SUS. O Presidente da ANPG, **Rogean Vinícius Santos Soares**, também agradeceu as manifestações e fez as seguintes ponderações: o debate sobre a Política Nacional de Residências é um marco para avançar nesta pauta; importante que o CNS se manifeste sobre o posicionamento do Conselho Federal de Medicina - CFM contra a adoção de cotas para ingresso em programas de residência médica, porque representa retrocesso; é essencial responsabilizar os entes federativos sobre o processo de residências; e a Política é um instrumento de avanço e é preciso garantir financiamento para efetivar as discussões. Por fim, disse que a ANPG estava à disposição para continuar o debate e contribuir na formação de qualidade dos futuros trabalhadores e integração aos campos de prática do SUS, para promoção da saúde integral à população. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** recordou que foram enviados previamente às pessoas conselheiras compilado de documentos sobre este tema. Considerando que as discussões sobre este tema continuariam, registrou os principais pontos e propostas que emergiram do debate: garantia da materialidade da política de assistência estudantil, a fim de superar as jornadas extenuantes; importância da presença dos movimentos sindicais na construção da Política de Residência Multiprofissional em Saúde; garantir a melhoria da oferta de vagas em áreas específicas, ocupando todas as vagas disponíveis para residências, melhorando o diálogo entre os dois programas do MEC e do Ministério da Saúde; necessidade de propor políticas em que os editais contemplem critérios para residentes; valorização do docente de forma institucional; importância de fomento para ampliar o número de oncologistas; garantir nova composição da Comissão de Residência; incentivar investimento em pesquisas de residência; e ter uma posição do CNS sobre o posicionamento do Conselho Federal de Medicina - CFM contra a adoção de critério de cotas para ingresso em programas de residência médica (indicação à coordenação da CIRHRT para construir esse documento e apreciar ainda na reunião). Conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da CIRHRT/CNS, manifestou satisfação com este rico debate, inclusive com a representação do MEC e lembrou que o Conselho aprovou a realização do 5º Seminário Nacional sobre Residências. Recordou ainda que a 4ª CNGTES irá debater questões relativas à gestão do trabalho e da educação em saúde, e perguntou sobre a previsão de publicação da portaria com nova composição da comissão nacional de residência, com a participação do controle social, federações sindicais. A Diretora de DDES/SESU/MEC, **Gisele Viana Pires**, interveio para informar que o MEC e o Ministério da Saúde trabalhavam no sentido de finalizar o texto da portaria com a nova composição da comissão nacional de residência e publicar até a 4ª CNGTES. Com essa fala, a mesa agradeceu a presença das pessoas convidadas e encerrou este ponto de pauta.

ITEM 6 – DESAFIOS PARA A EQUIDADE E SUSTENTABILIDADE DO SUS À LUZ DO FINANCIAMENTO PÚBLICO E DOS INCENTIVOS FISCAIS PARA OS GASTOS PRIVADOS EM SAÚDE - Apresentação: **Fernando Gaiger Silveira**, diretor de Desenvolvimento Institucional do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; **Gabriel Squeff**, diretor Substituto do Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde - DESID/SECTICS/MS; conselheiro **Mauri Bezerra da Silva**, coordenador adjunto da COFIN/CNS; e conselheira **Shirley Marshall Morales**, coordenadora adjunta da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar - CISS/CNS. *Coordenação:* conselheira **Heliana Hemetério**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Shirley Marshall Morales**, coordenadora adjunta da CISS/CNS, agradeceu a Mesa Diretora do CNS por incluir esta pauta, sugerida pela COFIN/CNS e CSS/CNS, considerando a importância de debater os desafios para garantir equidade e sustentabilidade do SUS. Nesse contexto, sinalizou que é preciso debater reforma tributária e gastos tributários no sentido de garantir que o SUS alcance as necessidades do povo brasileiro. Sendo assim, salientou que é preciso rejeitar qualquer medida no sentido de ampliar subsídios fiscais a planos de saúde e incentivar a definição de limites às deduções já atualmente previstas em lei. Conselheiro **Mauri Bezerra da Silva**, coordenador adjunto da COFIN/CNS, frisou que esta discussão é essencial, considerando, entre outros aspectos, os prejuízos das deduções de despesas em saúde do imposto de renda ao SUS. Inclusive,

837 recordou que 75% da população depende do SUS e a outra parcela é atendida por planos
838 privados de saúde (que geram alto lucro para as empresas de plano de saúde). Sobre os
839 serviços do SUS e do setor privado, destacou que o último oferece mais serviços de alta
840 complexidade, que são procedimentos de alto custo, com maior lucro. Feitas essas
841 considerações iniciais, foi aberta a palavra às pessoas convidadas para expor sobre o tema,
842 com leitura do currículo de cada uma delas. O primeiro expositor foi o diretor de
843 Desenvolvimento Institucional do IPEA, **Fernando Gaiger Silveira**, que iniciou saudando as
844 pessoas presentes e manifestando satisfação com o convite para participar desta pauta e
845 compartilhar conhecimento com o Conselho, nas suas palavras, espaço de luta em prol da
846 melhoria da política pública. Na sua explanação, discorreu sobre os resultados dos trabalhos
847 técnicos de planejamento e pesquisa do IPEA realizados com a Fiocruz e a Universidade de
848 São Paulo - USP. Explicou que trabalha há muito tempo com pesquisa sobre os impactos
849 redistributivos da tributação e do gasto social em geral, seja o gasto monetário, previdência,
850 assistência, auxílios ligados ao mercado de trabalho público, e também benefícios “em
851 espécie” - saúde e educação pública. Ressaltou que incluir os gastos em saúde e educação
852 nas análises foi um ganho, que só foi possível por conta do trabalho da FIOCRUZ, IBGE e
853 IPEA (utilização da metodologia *System of Health Accounts* - SHA). Disse que a Pesquisa
854 Nacional de Saúde também foi utilizada como subsídio, porque apresenta dados sobre acesso
855 e uso do sistema público de saúde e do sistema privado pelas pessoas. Além disso, foram
856 considerados dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, que apresenta o gasto privado
857 usado na conta SUS e o gasto público. Neste ponto, destacou que o gasto não monetário
858 ofertado pelo setor público em saúde é cerca de 2/3 do apurado. Explicou que, ao analisar o
859 impacto redistributivo da saúde, observa-se que se trata do gasto social mais redistributivo,
860 porque é mais progressivo (chega mais aos menos favorecidos do que aos ricos) e é
861 expressivo (gasto focalizado e de grande expressão). Todavia, esse impacto redistributivo
862 acontece, porque o consumo de saúde é heterogêneo e segmentado. Ou seja, o aumento na
863 distribuição de renda amplia o consumo privado e reduz o consumo público, levando a um
864 sistema segmentado (75% da população é usuária do SUS e 25% do setor privado). Disse que
865 essa situação esconde um problema, que é grave, porque o sistema como um todo ficará
866 regressivo visto que o Brasil é totalmente fora da curva em termos de país que possui sistema
867 público de renda média em desenvolvimento ou médio desenvolvimento, considerando que
868 possui apenas 45% da oferta de saúde pública. Salientou que este sistema com predomínio de
869 oferta privada não coaduna com modelo de sistema público universal, com desenho federativo.
870 Detalhou que o sistema é regressivo, baseado no PIS/COFINS e ICMS, em especial, mas
871 possui importância em relação ao imposto de renda e a outros tributos. Portanto, destacou
872 como positivo o fato de o SUS possuir uma estrutura de financiamento “deslocada” do seguro
873 social, ou seja, sistema financiado por tributos gerais, que é o caminho que os países
874 desenvolvidos fizeram com os sistemas públicos. Nessa linha, frisou que é preciso buscar
875 formas de reduzir a oferta privada de saúde, além de ampliar o financiamento do SUS, uma vez
876 que o raciocínio da população em geral é utilizar a renda para consumir serviços privados
877 (saúde e também educação). Inclusive, recordou que a garantia de planos privados de saúde é
878 uma pauta de luta antiga do setor sindical e esta é uma questão que permanece na cultura,
879 entendendo que possuir plano privado de saúde é marcador de mobilidade social. Inclusive,
880 recordou que a oferta de planos privados de saúde pelas empresas é um grande atrativo para
881 os funcionários. Feito esse panorama, falou sobre os gastos tributários, explicando que, em
882 2024, a estimativa é de R\$ 40 bilhões, contemplando imposto de renda pessoa física e imposto
883 de renda pessoa jurídica. Salientou que seria possível reduzir esses gastos de forma
884 expressiva, mas este é um processo extremamente complexo e difícil. Além disso, pontuou que
885 há grande apelo para redução desses benefícios e existe uma cultura de que imposto é ruim.
886 Desse modo, pontuou que seria necessário refletir sobre o limite de acabar com a dedução e o
887 comportamento social da população em prol do consumo privado. Nessa linha, avaliou que
888 uma das estratégias para diminuir o consumo privado seria aumentar o custo, restringir a oferta
889 de serviços e definir forte regulação. Ou seja, o debate precisa girar em torno de estratégias
890 para ampliar o financiamento do SUS e, ao mesmo tempo, reduzir a oferta privada. Destacou
891 que, nos últimos anos, cresceu a participação da saúde no PIB, mas o setor privado abarcou
892 pedaço do setor público. Pelas estimativas, não haverá grande crescimento do gasto em saúde
893 frente ao PIB, e o Brasil será um país com pouco gasto público. Considerando o gasto em
894 saúde elevado, não será possível crescer mais, por conta dos limites do setor público e
895 também da renda média da população comum. No caso dos gastos tributários, disse que são
896 muito regressivos em geral. Detalhou, particularmente, o gasto tributário relativo a doenças

crônicas, por considerar um dos exemplos mais absurdos desses gastos, porque, além do termo ser ruim (moléstia grave), o gasto com essa parcela da população (5%) equivale proporcionalmente ao gasto com os outros 95%. Acrescentou que, mesmo no caso de cura da doença, a pessoa ainda sim continua a receber por conta da doença. Salientou que esta medida é antiga e semelhante às medidas de outros países com sistemas de proteção na época da guerra, mas o sistema de proteção a esse tipo de doença e ao veterano de guerra foi se resolvendo, mas não houve mudança na política. Ou seja, há uma política que se preservou sem amadurecer em razão do crescimento da oferta pública e privada. Acrescentou que não há mais a necessidade de isenção pelas características iniciais de que esse gasto pressionava muito as famílias. No mais, frisou que os gastos catastróficos em saúde no Brasil acometem famílias de baixa renda, que não estão defendidas por isenção tributária. Avaliou que a extinção da isenção do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física por conta de doenças graves seria essencial para fortalecer o SUS, uma vez que este valor gira em torno de R\$ 15 bi, todavia, nas suas palavras, isso seria quase impossível. Seguindo, falou sobre a isenção do Imposto de Renda para aposentados e, com base nas análises, também não deveria existir, porque, entre outros aspectos, contempla apenas 20% das pessoas aposentadas. Explicou que essa política foi instituída em países onde a aposentadoria causa choque de renda e o rendimento de aposentadoria é menor do que aquele recebido no mercado de trabalho. No caso do Brasil, a taxa de retorno é elevada, portanto, não há choque de renda. Sobre a isenção do Imposto de Renda relacionada a despesas médicas, que corresponde a R\$ 25 bilhões, também é um ponto que merece discussão, visto que beneficia apenas 5% da população. Diante desse cenário, salientou que é preciso examinar com maior profundidade o peso do gasto tributário na oferta privada de serviços. Nessa linha, é preciso considerar que a reforma tributária também apontou a continuidade de subsídio e benefício para o setor privado. Além disso, pontuou outros segmentos que continuam com benefícios: alguns alimentos da cesta básica, medicamentos, indústria química, e, em especial, serviços educacionais e de saúde, que ficaram isentos ou desonerados. Finalizando, frisou que o setor progressista precisa entender que o caminho para uma sociedade evoluída não é o consumo, mas sim a extinção da “mercadorização” da educação, da saúde e da previdência. Salientou que é preciso defender o Estado de bem-estar social, com enfrentamento das diversas correntes contrárias, inclusive políticas e culturais. Seguindo, expôs o diretor substituto do DESID/SECTICS/MS, **Gabriel Squeff**, que iniciou manifestando satisfação por participar do debate deste tema desafiador. Como ponto de partida da sua exposição, destacou a recomposição do Orçamento da Saúde, de R\$ 103 bi, em 2014, para R\$ 224,9 bi, em 2024. Salientou que as novas regras indicam que o investimento em saúde obrigatoriamente irá crescer mais do que as demais despesas. Disse que, ao comparar com outros países, o Brasil destoa no que diz respeito à composição das despesas com saúde. Neste ponto, destacou que se utiliza o SHA (System of Health Accounts), metodologia consolidada da OCDE e da OMS para comparar as despesas/gastos privados e públicos de saúde entre os países. Explicou que as despesas com saúde no Brasil gira em torno de 9% do PIB, valor relativamente parecido com o do Reino Unido, superior a do México, próximo ao da Argentina e do Chile. Todavia, o Brasil destoa desses países porque a maior parte da despesa é privada e não pública. Disse que, ao analisar em termos da população de cada país, observa-se que outros países, inclusive que não possuem sistemas como o SUS, possuem gasto per capita maior que o Brasil. Além disso, a composição dos gastos do Brasil é voltada ao setor privado. Também salientou que o Brasil dispõe de diversas políticas públicas voltadas ao fornecimento de medicamentos, mas, do total de medicamentos consumidos pelas famílias, 91% são custeados pelas próprias famílias e somente 10% pelo governo. Ao comparar com o Reino Unido, que possui sistema relativamente parecido com o SUS, a diferença é exorbitante: o governo custeia 63% das despesas com medicamentos. Detalhou que dos 9,6% de despesas como proporção do PIB, 3,9% refere-se ao setor privado, sendo, desse total, 56% planos/seguros de saúde (que cobre aproximadamente 25% da população brasileira) e 44% pagamento direto a serviços de saúde (out-of-pocket). A esse cenário, acrescentou que o envelhecimento populacional no Brasil é uma situação única na história recente: grande crescimento populacional da população idosa em tempo menor em comparação a outros países. Citou, por exemplo, que a população idosa da França dobrou em 75 anos (de 11 para 22%); e, no Brasil, a população idosa crescerá o dobro em 25 anos. Salientou que essa situação terá forte pressão no SUS e no sistema privado e precisará ser avaliada com muita atenção. Sobre os gastos tributários com saúde, explicou que se refere a renúncia fiscal, ou seja, isenção ou imunidade, redução de alíquota, dedução e abatimento, ou ainda presunção creditícia que: pessoas físicas têm a possibilidade de deduzir

da base de cálculo do imposto de renda seus gastos com médicos, exames, hospitais e planos de saúde, dentre outros; e pessoas jurídicas podem deduzir do lucro tributável, sobre o qual incide o imposto, os gastos com saúde realizados em prol de seus empregados, declarando-os como despesa operacional; pessoas físicas e jurídicas podem ainda deduzir do imposto doações a programas de atenção à saúde; entidades filantrópicas e sem fins lucrativos de assistência à saúde, das quais fazem parte as Santas Casas de Misericórdia, por exemplo, ficam isentas do pagamento de impostos e contribuições quando ofertam pelo menos 60% de seus atendimentos ao SUS. Além disso, cadeias de produção e comercialização de medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos também são beneficiados. Salientou que os gastos tributários cresceram bastante, totalizando hoje R\$ 520 bilhões, sendo, desse total, R\$ 80 bilhões com saúde (renúncia equivale a 35% do orçamento para a saúde em 2024). Detalhando, falou sobre a distribuição dos gastos tributários em saúde por região, 2024, demonstrando a desigualdade entre as Regiões do país: Norte: 3%; Nordeste: 11%; Centro-Oeste: 10%; Sudeste: 64%; e Sul: 12%. Ao avaliar a composição dos gastos tributários de saúde, disse que a assistência privada à saúde responde por 52% de todo o gasto tributário (despesa médica e assistência médica, odontológica e farmacêutica). As demais aparecem da seguinte forma: produtos químicos e farmacêuticos – 14%; entidades filantrópicas – 13%; medicamentos – 11%; entidades sem fins lucrativos – 9% e demais – 1%. Fechou com as considerações a serem consideradas neste debate: subfinanciamento do SUS; eficácia e equidade dos gastos tributários; políticas públicas devem estar em constante avaliação – eficácia e efetividade; e considerar o Brasil e seus “Brasis”, considerando o desenho tripartite e a importância do controle social. **Manifestações.** Conselheira **Shirley Marshall Morales** solicitou maiores informações sobre o PLP nº. 68, que trata da reforma tributária, e explicou que uma parte do movimento sindical defende plano privado de saúde, por conta inclusive da ideia difundida pela imprensa de massa de que o SUS não funciona e que é preciso ter plano privado de saúde para alcançar saúde integral. Sendo assim, avaliou que é preciso debate coletivo por parte dos conselhos de saúde, movimento sindical e movimento social sobre este tema nos territórios, inclusive para desmistificar esses ideários e vencer essa lógica vigente. Como encaminhamento, disse que a CISS/CNS e a COFIN/CNS propõe a aprovação de recomendação ao Senado Federal para que rejeite qualquer medida no sentido de ampliar subsídios fiscais a planos de saúde e estabeleça limites às deduções já atualmente previstas em lei e aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para que incentivem suas comissões de orçamento e financiamento a organizarem espaços de diálogo sobre o tema. Conselheira **Débora Melecchi** destacou que o movimento sindical de classe vem aos poucos vencendo a lógica de defesa de planos privados de saúde e, em contrapartida, defendendo o fortalecimento do SUS. No contexto deste debate, destacou que é preciso tratar a questão dos juros altos e o impacto negativo no orçamento público geral e no orçamento da saúde. No que diz respeito ao financiamento do SUS, salientou ainda que a saúde deve ser vista como investimento e não como gasto e, nessa linha, a retomada do complexo econômico industrial da saúde é essencial, pois, além de aumentar o PIB do país, atende às necessidade do SUS. Também defendeu o aumento do gasto público com saúde no Brasil para 6% do PIB, a fim de cobrir as necessidades do SUS e, nesse escopo, frisou que é preciso aprofundar o debate sobre a taxação de grandes fortunas. Por fim, solicitou maiores informações sobre a política do Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde – DESID e a contribuição do complexo econômico para o financiamento da saúde como um todo. Conselheiro **Eder Pereira da Silva** destacou a importância deste debate e agradeceu os convidados pelas informações apresentadas. Concordeu que a pauta dos planos privados de saúde é recorrente no movimento sindical, mas é preciso mudar essa lógica, entendendo que este segmento deve tratar do ganho real da população e do trabalhador e não de assistencialismo. Salientou que cabe ao Estado prover a população dos seus benefícios sociais e que os juros é um grande problema. Nessa linha, solicitou dados a esse respeito, inclusive para subsidiar a base para debate. Conselheira **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**, a partir das ricas falas dos expositores, fez um destaque ao envelhecimento da população mundial, sinalizando como avanço, mas pontuando que é preciso viver mais com qualidade. Nessa linha, destacou a importância de investir em ações de prevenção e promoção da saúde. Além disso, citou estudo publicado na revista Caderno de Saúde Pública da Fiocruz, que aponta gastos elevados de pessoas idosas com medicamentos adquiridos no setor privado (maioria poli medicamentoso), o que é um grave problema, inclusive por conta da renda média dessa população (em média, um salário mínimo). Nesse sentido, destacou que é refletir sobre essa situação e definir políticas públicas voltadas às pessoas idosas. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** reafirmou a

importância de ampliar cada vez mais esse debate e salientou que o aumento da expectativa de vida no Brasil e no mundo é um avanço a ser celebrado, mas sem desconsiderar o impacto econômico desse crescimento em qualquer nação. Reiterou que é salutar viver mais e com maior qualidade de vida, e, para tanto, é preciso estimular a prevenção e a educação em saúde e equalizar a balança desse crescimento. Salientou ainda que é preciso lutar por mais recursos para o SUS, para garantir a implementação dos seus princípios. Como encaminhamento, propôs a realização de seminário, na próxima gestão do Conselho, a ser organizado pela COFIN/CNS e pela CISS/CNS, para aprofundar o debate deste tema. Conselheira **Myrian Coelho Cunha Da Cruz** saudou as comissões por esta pauta e destacou o problema da fragmentação dos modelos. Salientou que, por conta da fragilização do SUS no território, o usuário busca o setor privado, por não estar assistido devidamente. Desse modo, é preciso estruturar o SUS para vincular melhor o usuário no atendimento e também fortalecer a gestão pública do Sistema. Sobre reforma tributária, lembrou que o CNS já se manifestou, mas o tema continua em pauta e precisa ser tratado. Lembrou que, apesar das manifestações do Conselho, o Senado Federal recomendou a não criação do imposto seletivo sobre as bebidas açucaradas, ainda que estudos tenham apontado o quanto esses produtos são nocivos à saúde. Além disso, aquela casa apontou para redução de impostos para micro e pequenas empresas produtoras de bebidas alcoólicas artesanais e charutos. No mais, recordou que a Câmara dos Deputados rejeitou a inclusão da proposta de taxaço das grandes fortunas e defende redução de 60% do ICMS sobre os agrotóxicos e alíquota zero de IPI para alguns. Por fim, disse que o cenário de recursos da saúde do Brasil é diferente de outros países, lembrando que outros países aceitam taxaço de grande fortuna, taxaço de agrotóxicos, por exemplo. Conselheira **Lúcia Regina Florentino Souto** saudou as pessoas da mesa pela explanação e salientou que uma das pautas do G20 Social é o debate sobre a proposta de tributo mundial de 2% sobre as fortunas dos super-ricos (segundo dados, três mil pessoas detêm mais ou menos R\$ 15 trilhões). Portanto, essa taxaço poderia contribuir para retirar 340 milhões de pessoas em situação de insegurança alimentar e de fome no mundo. Salientou que este é um debate complexo e recordou que, no debate da reforma tributária, o Congresso Nacional não aprovou a taxaço dos super-ricos. Chamou a atenção ainda como outro desafio a ser enfrentado que a extinção das emendas secretas, com defesa da construção do orçamento participativo. **Retorno da mesa.** O diretor substituto do DESID/SECTICS/MS, **Gabriel Squeff**, agradeceu as manifestações e pontou os seguintes aspectos: PLP – a proposta é de alíquota menor para os medicamentos do que a alíquota geral e, para as compras governamentais de medicamentos, a alíquota será zerada (a proposta é polêmica); peso dos medicamentos na renda familiar – este é um ponto sensível, sobretudo por conta do perfil demográfico do país e das características estruturais mais latentes de perfil social; é preciso avançar incisivamente na discussão de políticas de prevenção e de equidade (o Departamento realizará dois estudos para tentar incluir no mesmo arcabouço a questão orçamentária, epidemiológica e de mortalidade, para definição de cenários de simulação que oriente outras políticas; o Ministério da Saúde dispõe do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS – ApuraSUS, uma ferramenta que auxilia no processo de apuração e gestão de custos em Unidades de Saúde do SUS, mas a adesão por parte dos Estados é facultativa; fragmentação do modelo – é preciso ter coordenação sobre a forma de financiamento da saúde e de alocação dos recursos, orientada pelos determinantes sociais, pelas questões epidemiológicas específicas e pelas condições sociais; e o governo lançou o Programa Brasil Saudável, iniciativa que visa enfrentar problemas sociais e ambientais que afetam a saúde de pessoas em maior vulnerabilidade social. Por fim, agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição para discutir outros temas. O diretor de Desenvolvimento Institucional do IPEA, **Fernando Gaiger Silveira**, também agradeceu as explanações e fez os seguintes comentários: dificuldade de tributar as grandes fortunas - o STF é o lócus de decisão de matérias tributárias, portanto é preciso pressionar este espaço, que é conversador; no entendimento do Supremo, justiça fiscal é não evadir impostos, sem relação com capacidade contributiva e julgamento é feita por neutralidade econômica; a receita federal não é transparente sobre o que é gasto tributário e não respondeu a questionamento feitos por ele, enquanto pesquisador como total de empresas beneficiárias, total de empresas que consideram despesas com assistência médica aos seus funcionários como despesas operacionais para a apuração do lucro real para fins de imposto de renda; a receita federal respondeu ao questionamento sobre número de pessoas com moléstias graves e são beneficiadas de imposto de renda (na época, 614), mas desconhece quais são as doenças por pessoa; a discussão deve girar em torno do gasto tributário em saúde, visando diminuir os

“cortes” no orçamento da saúde; ao retirar o gasto tributário, a carga aumenta, mas não há discussão a esse respeito (nesse aspecto, por que não pode aumentar a carga?); a luta deve ser em defesa da estatização; se retirar alíquota para agrotóxico, a agricultura brasileira será contra; não é fato que o gasto em saúde cresce com aumento da população envelhecida (sociedades maduras, que já passaram pela transição demográfica que o Brasil está passando, mostraram que não é a demografia que pressiona o gasto, pois o gasto em saúde aumenta perto da morte); e muito mais do que envelhecimento e renda, o que aumenta ou diminui a participação do público é a regulação e a institucionalidade. Conselheiro **Mauri Bezerra da Silva**, coordenador adjunto da COFIN/CNS, destacou que o debate deste tema não se esgotaria naquele momento e, nessa linha, apoiou a realização de seminário para aprofundar a discussão. Das explanações, citou o dado de mais de R\$ 500 bilhões com gastos tributários – comércio, saúde e agricultura correspondem a 70% desse total. Conselheira **Shirley Marshall Morales**, coordenadora adjunta da CISS/CNS, salientou que a intenção de pautar este tema no Conselho é definir medidas estratégicas para levar a discussão até os territórios. Também agradeceu a Mesa Diretora do CNS por incluir este tema na pauta e a todas as pessoas que contribuíram para esse qualificado debate. Na sequência, a mesa colocou em apreciação os encaminhamentos que emergiram do debate. **Deliberação: o Pleno aprovou as seguintes propostas: realizar seminário para aprofundar o debate deste tema, com organização da COFIN/CNS e CISS/CNS (remeter para a próxima gestão do Conselho); e, no dia último item da pauta, apreciar recomendação: ao Senado Federal para que rejeite qualquer medida no sentido de ampliar subsídios fiscais a planos de saúde e estabeleça limites às deduções já atualmente previstas em lei, e aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para que incentivem suas comissões de orçamento e financiamento a organizarem espaços de diálogo sobre o tema.** Definido esse ponto, às 18h, a mesa agradeceu a participação e encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: *nomes serão incluídos*. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – Informes. 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – Informes.** *Coordenação:* conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* conselheira **Francisca Valda da Silva**; e conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho**. **4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – Informes** – Conselheira **Francisca Valda da Silva**, fez os seguintes informes gerais sobre o processo preparatório da 4ª CNGTES, marcada para o período de 10 a 13 de dezembro de 2020, em Brasília/DF: a) as etapas anteriores à nacional foram realizadas; b) o processo de licitação foi concluído e a etapa nacional será realizada no Centro Internacional de Convenções do Brasil - CICB; e c) a hospedagem das pessoas delegadas será feita na Rede de Hotéis Bittar Plaza, Ibis Aeroporto e no CICB. Aproveitou para agradecer ao Gabinete da Ministra de Estado da Saúde o apoio no processo de licitação para escolha do local da 4ª CNGTES e definição dos locais de hospedagem e elogiou a condução da comissão de infraestrutura neste processo. A seguir, apresentou dados sobre a 4ª CNGTES: **1) Conferências Livres:** 57 foram comunicadas e 51 solicitaram, sendo integradas, desse total, 47 e houve diálogo para chegar ao número de vagas – 21; as 47 conferências livres reuniu 14.087 participantes; 240 pessoas delegadas eleitas para 180 vagas; considerando vagas não preenchidas, a comissão organizadora contemplará o máximo de pessoas delegadas de conferências livres; **2) atividades autogestionadas** – 60 propostas comunicadas e 21 propostas selecionadas; **3) delegados nacionais** – 96 vagas e foram ocupadas 76, sendo 29 de usuários, 21 de profissionais de saúde e 16 de gestor/prestador de serviço (vagas ociosas foram direcionadas para contemplar pessoas delegadas das conferências livres); **4) pessoas delegadas indígenas** estão sendo selecionados e o custo da passagem será pago pela Sesai; **5) pessoas convidadas** – 68 vagas para presidência e secretarias executivas de conselhos estaduais de saúde; **6) fóruns dos segmentos que compõem o CNS** – 172 vagas para o Fórum de Usuários – FORSUS, 86 vagas para o FENTAS e 86 vagas para gestor/prestador de serviço; e **7) 46 vagas para convidados internacionais** (custos com deslocamento e hospedagem pela instituição, sendo garantida alimentação). Também fez referência à Cartilha do Participante, iniciativa da ASCOM/CNS, com apoio das conferências temáticas da 4ª CNGTES, que foi publicada no site, com orientações a todas as pessoas participantes. Por fim, informou que a última reunião da comissão organizadora seria realizada no dia 25 de novembro de 2025. A secretária adjunta da SGTES/MS, **Laise Rezende**, manifestou satisfação com este processo de construção democrática e coletiva da 4ª CNGTES, e reiterou o convite para participar da etapa nacional.

Não houve deliberação. 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – Informes – Conselheira **Madalena Margarida da Silva** explicou que a 5ª CNSTT encontra-se no período de mobilização e a comissão de mobilização, junto com a comissão organizadora, está trabalhando no sentido de realizar as atividades em função da mobilização e articulação política da Conferência. Recordou o calendário das etapas: Etapa Regional e/ou Macrorregional: até o dia 15 de abril de 2025; Conferências Livres: até 30 de abril de 2025; Etapa Estadual e Distrital: até 15 de junho de 2025; e Etapa Nacional: de 18 a 21 de agosto de 2025. A seguir, conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho**, fez informes gerais sobre a 5ª CNSTT, destacando as seguintes atividades: a) 3ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora de Rondônia. 14 a 16 de maio de 2025. Rondônia; b) 5ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia. 3 a 5 de junho de 2025. BA. Estadual; c) Atividades gerais, que fazem parte do projeto de mobilização da 5ª CNSTT (estão acontecendo com as CISTT estaduais e CEREST estaduais): 1) Projeto Articulação das CISTT em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/DIESAT – nova etapa; e Oficinas Virtuais e Presenciais do Projeto Articulação das CISTT em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Para conhecimento. Não houve deliberação. ITEM 8 – COMISSÃO INTERSTORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO - COFIN - Conclusão da análise do Relatório de Gestão Anual – RAG 2023 do Ministério da Saúde - Apresentação:** conselheiro **André Luiz de Oliveira**, Coordenador da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS; e **Arionaldo Bonfin**, Subsecretário da SPO/MS. **Coordenação:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Ana Lúcia Marçall Paduello**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, o Presidente do CNS saudou a COFIN pelo trabalho e reforçou a importância da metodologia de apreciação do RAG, que passa pela análise das comissões do Conselho. Lembrou que essa análise ocorreu em diálogo com a SPO/MS e com o apoio do Secretário Executivo do Ministério da Saúde e do conselheiro Neilton Araújo. Por fim, justificou a ausência do assessor técnico da COFIN, Francisco Funcia, que se recuperava de um procedimento cirúrgico. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador da COFIN/CNS, recordou que a análise do RAG/MS/2023 iniciou-se em março de 2024 e houve esforço coletivo, com a participação da SPO e das demais Secretarias do Ministério da Saúde para avançar em uma alternativa acerca deste instrumento de gestão. Recordou que o RAG/MS/2023, apesar de ser o primeiro relatório da atual gestão do Governo Lula, possuía como referência o Plano Nacional de Saúde de 2020-2023, que foi reprovado pelo CNS, em maio de 2022. Considerando a situação, relatou que houve diversos diálogos para avançar no debate e construir consensos sobre as questões orçamentárias e financeiras. Reconheceu, inclusive a excelência da equipe de transição do governo que possibilitou avançar e citou como um dos resultados positivos a recomposição do Orçamento/MS 2023, com suplementação no valor de R\$ 12 bilhões. Reconheceu, inclusive, a importância da iniciativa deste governo de retomar o diálogo com o controle social e frisou que equipes capacitadas do Ministério da Saúde contribuíram para avançar na discussão do orçamento. Na linha deste diálogo, explicou que foram realizados encontros da COFIN com o Subsecretário da SPO/MS, Arionaldo Bonfin e sua equipe, para tratar do RAG/MS/2023. Lembrou que o Conselho aprovou o Plano Nacional de Saúde 2024-2027, que teve com um dos subsídios as deliberações da 17ª Conferência Nacional de Saúde; e, na reunião ordinária do mês de setembro de 2024, o Pleno do Conselho aprovou as entregas da PAS 2023 revisada e decidiu votar o RAG/MS/2023, considerando essas entregas, na reunião ordinária do mês de novembro 2023. Acordou-se que, no intervalo, a COFIN/CNS, junto com a SPO/MS, apresentaria alternativa em relação ao Relatório Anual de Gestão 2023, entregue oficialmente pelo Ministério da Saúde, em fevereiro de 2023. Destacou que, após negociação, foi acordada a inclusão de capítulo complementar (PAS Revisada) no RAG/MS/2023 e também foram feitos acréscimos com atualização de itens, de acordo com o debate na reunião do mês de outubro de 2024. Disse que a última versão do RAG/MS/2023 foi enviada a todas as pessoas conselheiras com antecedência, para conhecimento. Desse modo, apresentou a proposta da COFIN/CNS de aprovação do RAG/MS/2023 com ressalvas. O Subsecretário da SPO/MS, **Arionaldo Bonfin**, saudou todas as pessoas e destacou a importância da discussão com o controle social para correção de rumos. Reiterou que, por solicitação do CNS, foi incluído mais um capítulo no RAG 2023, contemplando os apontamentos do CNS sobre o Relatório. Inclusive, reiterou que a última versão do documento foi enviada com antecedência aos integrantes do Conselho, para avaliação. Na linha do diálogo, colocou-se à disposição para esclarecer eventuais dúvidas, antes da votação. **Manifestações.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** manifestou sua satisfação por debater este tema em um cenário mais favorável em

1197 comparação a anos anteriores, e reconheceu o esforço para que todos compreendam a
1198 importância de acompanhar este tema do orçamento e financiamento. Nesta linha de
1199 construção coletiva e de aprimoramento, celebrou a proposta de aprovação do RAG/MS/2023,
1200 após 4 anos consecutivos de reprovação dos Relatórios do Ministério da Saúde, por parte do
1201 CNS. Conselheira **Sueli Barrios** cumprimentou a COFIN/CNS pelo esforço de trazer subsídios
1202 para votação assertiva do Pleno do Conselho sobre a temática do orçamento e financiamento.
1203 Manifestou sua satisfação com a possibilidade de aprovar o Relatório de Gestão, que reflete os
1204 posicionamentos do Conselho e as deliberações das Conferências de Saúde. Por fim,
1205 reconheceu as iniciativas de valorização do controle social, por parte do governo, e o debate
1206 conjunto com a SPO/MS. Conselheira **Altamira Simões** também elogiou a COFIN pela
1207 excelência do trabalho e destacou a importância do trabalho conjunto entre CNS e Ministério
1208 da Saúde, na mesma linha de atuação, apesar do olhar político diferente. Para nortear o
1209 processo de deliberação, o Presidente do CNS pontuou três possibilidades de votação: 1)
1210 Aprovação; 2) Aprovação com ressalvas; e 3) Reprovação. Conselheiro **André Luiz de**
1211 **Oliveira** reiterou que o Ministério da Saúde acatou as solicitações do CNS, feitas no mês de
1212 setembro de 2024, com inclusão de mais um capítulo (11), com dez páginas (complementação
1213 final ao RAG 2023). Recordou que os seis últimos Relatórios de Gestão do Ministério da Saúde
1214 foram reprovados por conta das condições adversas e reiterou o esforço coletivo do CNS e do
1215 Ministério da Saúde, cada um com seu papel, para fortalecer o SUS e o controle social.
1216 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** sugeriu outra metodologia para votação (em dois
1217 momentos, primeiro, aprovação ou não do Relatório; e, em seguida, aprovação com ressalvas
1218 ou não), mas a mesa não acatou a proposta. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**
1219 consultou a mesa se não seria importante falar sobre as ressalvas, inclusive para orientar
1220 melhor a votação. O Presidente do CNS recordou que a última versão do RAG/MS/2023 foi
1221 enviada com antecedência aos conselheiros e às conselheiras, portanto, não seria necessário
1222 explanar a respeito do documento naquele momento. Sendo assim, a mesa procedeu ao
1223 processo de votação, com apresentação das três propostas, uma a uma, para deliberação. O
1224 resultado foi o seguinte: 1) Aprovação do RAG/MS/2023 - 4 votos. 2) Aprovação do
1225 RAG/MS/2023, com ressalvas – 30 votos. 3) Reprovação do RAG/MS/2023 – nenhum voto.
1226 Nenhuma abstenção. **Deliberação: diante deste resultado, o Pleno do Conselho, por**
1227 **maioria, aprovou o Relatório de Gestão Anual – RAG 2023 do Ministério da Saúde, com**
1228 **ressalvas.** O coordenador da COFIN/CNS agradeceu a contribuição a esse processo e, sobre
1229 as ressalvas relativas ao RAG/MS/ 2023, explicou que uma delas refere-se à aprovação do
1230 Relatório com base no Plano Nacional de Saúde 2020-2023, reprovado pelo CNS. Seguindo,
1231 fez um informe sobre o resultado da avaliação das Oficinas Macrorregionais 2023/2024, que
1232 tem por objetivo capacitar os participantes do seminário sobre o ciclo orçamentário, a sua
1233 interface com a Lei Complementar – LC nº. 141/2012, e apresentar a importância do
1234 financiamento federal do SUS para as três esferas de governo, a partir da análise da execução
1235 orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, destacando a manutenção do piso do SUS
1236 na Constituição Federal. Detalhou que o critério para participação na oficina é o seguinte:
1237 participantes indicados por seus respectivos conselhos (estadual e municipal da capital) sendo:
1238 2 representantes da mesa diretora/SE CES; 2 representantes da COFIN CES; 2 representantes
1239 da mesa diretora/SE CMS da capital; 2 representantes da COFIN CMS da capital; 4
1240 representantes do interior; e 1 Coordenador de plenária por estado. Disse que as oficinas
1241 foram divididas em 6 macrorregiões, e os resultados foram os seguintes: **1)** Sul: Florianópolis
1242 SC - 24 e 25 de outubro 2023 – 38 participantes – avaliação positiva (notas entre 9 e 10);
1243 Paraná (sem representação), Santa Catarina e Rio Grande do Sul – avaliação positiva; **2)**
1244 Nordeste 1: Recife PE - 27 e 28 de fevereiro 2024; Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e
1245 Sergipe – 79 participantes - avaliação positiva, mas foi apontada a necessidade de melhor
1246 divulgação; **3)** Norte: Manaus/AM – 19 e 20 de março 2024; Acre, Amapá, Amazonas, Pará
1247 (sem representação), Rondônia, Roraima e Tocantins (sem representação) – 55 participantes –
1248 avaliação excelente; **4)** Centro-Oeste: Campo Grande MS – 16 e 17 de abril 2024; Distrito
1249 Federal (sem representação), Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul – 58 participantes –
1250 avaliação positiva; **5)** Nordeste 2: Fortaleza/CE – 14 e 15 de maio 2024, Ceará, Goiás,
1251 Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte – 123 participantes - avaliação positiva; e **6)** Sudeste:
1252 Vitória ES – 4 e 5 de junho 2024, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo – 65
1253 participantes – destaque para avaliação regular no que diz respeito à divulgação do evento,
1254 condições e adequações do local e organização do evento. De um modo geral, detalhou que os
1255 pontos positivos das oficinas foram os seguintes: organização e disposição, evento bem
1256 estruturado e organizado; conhecimento adquirido, aprendizagem significativa sobre vários

temas, incluindo a função do conselho; qualidade dos palestrantes, excelente conhecimento técnico e didática dos palestrantes, com conteúdo relevante; instalações de boa qualidade; ótima condução dos debates, mesas organizadas e debatedores capacitados; acolhimento caloroso e maior interação entre os participantes, promovendo compartilhamento de conhecimento; abordagem agregadora, mais interação do controle social com estados diversos; material apresentado com clareza, incluindo informações sobre o aplicativo Invest SUS; excelente a participação do FNS, inclusão ativa da gestão; e fortalecimento do controle social com temas relevantes. Por outro lado, os pontos a serem melhorados foram: inclusão de refeições completas (café da manhã e almoço), pois muitos podem não condições de arcar com alimentação; mais oficinas temáticas, especialmente sobre financiamento; melhorar a divulgação do evento pelo CES; convidar parceiros locais (como Estado e MP) para melhor integração; aumentar o tempo para discutir outros temas relevantes; necessidade de aumentar o tempo da dinâmica das perguntas; disponibilizar a programação com antecedência e incluir mais oficinas em nível estadual e nacional; considerar critérios de gênero e raça para garantir diversidade nas palestras, representando gêneros e raças adequadamente; promover maior engajamento com a educação permanente e seus recursos; possibilidade de gravar as oficinas para disponibilização posterior; e oferecer opções de alimentos para pessoas com restrições alimentares. Por fim, apresentou as considerações gerais da COFIN sobre as oficinas macrorregionais para conselheiros de saúde: desempenham um papel fundamental no fortalecimento do controle social e na melhoria do SUS no Brasil; promovem o desenvolvimento de competências essenciais para os conselheiros, permitindo atuação mais efetiva e informada em suas regiões; incentivam a troca de experiências, atualizam conhecimentos e apoiam a participação social, contribuindo para uma gestão mais transparente e responsável dos recursos e políticas de saúde pública; e a capacitação contínua proporcionada pelas oficinas se reflete diretamente na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, aproximando o SUS de seus princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade.

Manifestações. Conselheiro **Mauri Bezerra**, coordenador adjunto da COFIN/CNS, destacou que as oficinas macrorregionais para conselheiros de saúde (7ª edição) são espaços ricos de debate, que, entre outros aspectos, permitem a integração entre pessoas conselheiras e a troca de experiências. Nesta edição, sinalizou a importante participação de representantes do Fundo Nacional de Saúde e do SIOPS, contribuindo para qualificar ainda mais os debates. Por fim, disse que alguns conselhos de saúde não enviaram representante por questão política.

Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** também reconheceu a importância das oficinas e lembrou que a Mesa Diretora do CNS apoiou a continuidade dessa atividade. Salientou que esses eventos são importantes, porque, entre outros aspectos, contribuem para ampliar o debate sobre orçamento e financiamento, que ainda é pouco debatido nos Estados. Também aproveitou para agradecer a COFIN/CNS pelo esforço em trazer subsídios para orientar a votação do Pleno do CNS. Conselheira **Sueli Barrios** elogiou a COFIN/CNS pela realização das oficinas e enfatizou a importância da articulação entre todos os projetos de formação do CNS. Considerando o momento de disputa de projeto de sociedade, sugeriu a inclusão de lideranças de movimentos sociais nessas oficinas. O coordenador da COFIN/CNS destacou o esforço da COFIN/CNS para garantir informações de forma acessível e contribuir no entendimento e na deliberação sobre o tema. Seguindo, passou ao último ponto deste item: apresentação da avaliação da COFIN/CNS sobre o RQPC/2º/2023/MS. Detalhou que o processo de trabalho da Cofin/CNS para avaliar o RQPC/2º/2024 contemplou: debate inicial na reunião presencial da COFIN/CNS, 23 e 24 de outubro de 2024 a partir da apresentação da análise da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, elaborada pelo Consultor Técnico Francisco Funcia; a análise do RQPC/2º/2024 foi realizada pela COFIN/CNS (o relatório foi encaminhado pelo MS no prazo determinado pela Lei Complementar 141/2012); e conforme determina a Lei Complementar nº. 141/2012, apresentação do resultado da avaliação ao Pleno do CNS, junto com a respectiva indicação de medidas corretivas de gestão. Disse que o RQPC é composto por três módulos: 1) montante e fonte dos recursos aplicados no período; 2) oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação; e 3) auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações. Começando a apresentação dos dados, mostrou série histórica da Receita Corrente Líquida – RCL; Piso 2018 (Piso 2017 + IPCA 3,0%); Piso 2019 (Piso 2018 + IPCA 4,39%); Piso 2020 (Piso 2019 + IPCA 3,37%); Piso 2020 (Piso 2019 + IPCA 3,37%) (aplicação sem ação 21C0-Covid-19); Piso 2021 (Piso 2020 + IPCA 4,52%); Piso 2021 (Piso 2020 + IPCA 4,52%) (aplicação excluída Covid-19); Piso 2022 (Piso 2021 + IPCA

10,06%); e Piso 2022 (Piso 2021 + IPCA 10,06%) (aplicação excluída Covid-19). Para 2024, Piso 2024 (15% da RCL - R\$ 1.454,4 – Piso EC 86/15: 218,2 bi; Piso 2024 (15% da RCL R\$ 1.433,06 – estimativa atualizada com base no 4º RARDP/SOF 2024 (Relatório de Avaliação de Receitas e Despesas Primárias da Secretaria de Orçamento Federal), e valor atualizado da LOA 2024 com a redução das dotações indicadas para atendimento ao Decreto 12.120 de 30 de julho de 2024 – R\$ 215 bi; e Piso 2024 (15% da RCL R\$ 1.433,06 – estimativa atualizada com base no 4º RARDP/SOF 2024, e valor atualizado da LOA 2024 com a redução das dotações indicadas para atendimento ao Decreto 12.120/2024 e dos Restos a Pagar cancelados em 2023) – R\$ 216 bilhões (os valores de 2024 serão objeto de valor). No que diz respeito à situação da aplicação mínima em saúde, a situação é a seguinte: a) Piso 2024 (Regra da EC 86/2015) R\$ 215,0 bi; b) Despesas empenhadas até 31/08 – R\$ 154,3 bi; c) Compensação Restos a Pagar cancelados em 2023 – R\$ 2,5 bi; e d) Aplicação acima (+) ou abaixo (-) do piso até 31/08: R\$ -63,1 bi. No que diz respeito à execução orçamentária e financeira - 2º Quadrimestre/2024 em R\$ milhões (Quadro 4 do RQPC), conforme os parâmetros de avaliação, destacou que a situação é a seguinte: Pessoal, Benefícios e Encargos Sociais – ASPS - 83,48%; Programação Própria (Exclusive Emendas e Sentenças) - 65,89%; RP 6 - EIND - Emendas Individuais - 87,94%; RP 2 - EBAN - Bancada - Discricionária - 0,00%; RP 7 - EBAN - Emendas Bancadas - 88,16%; RP 8 - ECOM - Emenda de Comissão – 88,08%; e Emendas ASPS - 88,08%. Sobre a execução orçamentária e financeira 2º Quadrimestres MS – 2022, 2023 e 2024 (total ASPS+Não ASPS), destacou: acumulado 2º Quadrimestre/2022 – empenhado: 74,5%; acumulado 2º Quadrimestre/2023 - 65,5%; e acumulado 2º Quadrimestre/2024 - 69,05%. No que diz respeito à execução orçamentária e financeira – 2º Quadrimestre/2024 - nível de empenho; e liquidação (Regular) - Ações e Serviços Públicos de Saúde, destacou: total – dotação atualizada: R\$ 23.456.085.581; adequado nível de empenhamento; e nível de liquidação abaixo. Seguindo, apresentou itens com nível de empenho e liquidação adequado: Fundo Nacional de Saúde: Qualificação Profissional do SUS; Emendas do Fundo Nacional de Saúde – FNS; Pioneiras Sociais; Auxílios ao Servidor; Piso da Enfermagem; Média e Alta Complexidade; Instituto de Traumatologia e Ortopedia – INTO; Transferência aos Entes Federativos para o Pagamento dos Vencimentos dos Agentes Comunitários de Saúde; Piso de Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Vigilância Sanitária – PAB; e Saúde Indígena. Citou itens do FNS com nível de empenho e liquidação regular, inadequado e intolerável: Farmácia Básica – PAB; Instituto Cardiológico – INC; Hospitais Próprios; Vacina e Vacinação; e Instituto Nacional do Câncer – INCa. Também destacou os itens do FNS com nível de empenho; e liquidação inaceitável: Manutenção Administrativa – FNS; Programa Sangue e Hemoderivados; Aquisição e Distribuição de Medicamentos/DST/AIDS; Farmácias Populares – FNS; Medicamentos do Componente Especializado; Outros Programas – FNS; Serv. de Processamento Dados – DATASUS; Ações de Vigilância Epidemiológica; Atenção à Saúde, Primária e Especializada; Aquisição e Distribuição de Medicamentos Estratégicos; Fomento a Pesquisa em Ciência e Tecnologia; Combate às Carências Nutricionais; e Reaparelhamento das Unidades do SUS/MS. No que diz respeito à FUNASA-ASPS, destacou que todos os itens tiveram nível de empenho e liquidação inaceitável (em 2023, o valor executado é zero, porque não mais fazia parte do escopo do MS). No que diz respeito à FIOCRUZ, fez um destaque para modernização dos unidades de pesquisa - nível de empenhamento e liquidação inaceitável; Operações Especiais - cumprimento de sentenças judiciais – empenho e liquidação inaceitável; e Coronavírus Covid – zero. Sobre as Emendas Parlamentares - ASPS e Não ASPS: emendas resultado primário - 84,96% empenhado e 68,21% liquidado; RP 6 - EIND - Emendas Individuais: R\$ 11.165.855.100 – autorizado: R\$ 13.078.815.664, empenhado: R\$ 11.501.101.303 e liquidado: R\$ 9.071.451.557; Emendas de Bancada – R\$ 3,5 bi; atualizada: R\$ 3,7 bi; empenhado – R\$ 3,3 bi; e empenhado – R\$ 1,3 bi. Ainda em relação ao FNS - ASPS - Execução Orçamentária e Financeira - 2º Quadrimestre/2024 - ASPS – seleção, citou itens liquidados acima de R\$ 1 bilhão (exceto pessoal) = 90% do total ASPS, com destaque para Farmácias Populares – FNS, com nível de liquidação e empenho inaceitável; e Medicamentos Componente Especializado – nível de liquidação inaceitável. Falou ainda sobre a execução orçamentária da despesa dos Hospitais Próprios/Institutos no RJ até o 2º Quadrimestre de 2024 – Fundo Nacional de Saúde – dotação atualizada: R\$ 883,1 mi; empenhado: R\$ 338,6 mi; liquidado: R\$ 181,5 mi; e pago: R\$ 138,1mi – nível de empenho e liquidação inaceitável. Acerca da execução de Restos a Pagar – Consolidado Geral/MS - 2º Quadrimestre de 2024, destacou total geral: inscritos e reinscritos: R\$ 32.421.455.452; cancelados: R\$ 506.585.917; Pago: R\$ 16.558.841.228; RAP Processados: R\$ 746.986.763;

RAP não Processado: R\$ 14.609.041.544; e total: R\$ 15.356.028. Mostrou quadro sobre suficiência ou insuficiência financeira para o saldo a pagar dos Restos a Pagar: a) Saldo Financeiro Contas Bancárias (31/08/2024): R\$ 1.336.877.050; b) saldo a pagar dos Restos a Pagar (31/08/2024): R\$ 15.356.028.307; e c) suficiência (+) ou insuficiência (-) financeira: menos R\$ 14.019.151.257. No que diz respeito às transferências a Estados, Municípios e Distrito Federal – modalidade de aplicação – 2º Quadrimestre de 2024, disse que a situação é a seguinte: transferência a estados e Distrito Federal por convênio/similar: dotação: R\$ 1,9 bi; empenho até final de agosto: R\$ 1,6 bi; despesas liquidadas: R\$ 25,1 bi – empenho: 89,9% e liquidação: 1,3%; transferências a municípios: R\$ 996,1 mi; despesas empenhadas: R\$793,5 mi; despesas liquidadas: R\$ 12,032 mi – empenho: 79,7%; e liquidação: 1,2%; total transferido Fundo a Fundo – Transfer. a Estados e DF - Fundo a Fundo – dotação atualizada: R\$ 34,4 bi; despesas empenhadas: R\$ 25,5 bi; liquidação: R\$ 22,6 bi – empenho: 73,9% e liquidação: 65,7%; transferências a municípios - Fundo a Fundo – dotação atualizada: R\$ 117,9 bi; despesas empenhadas: R\$ 80,6 bi; despesas liquidadas: R\$ 72,9 bi – empenho: 68,3% e liquidação: 61,8%. No que diz respeito aos indicadores, disse que foi utilizada como metodologia os sete objetivos previstos na Programação Anual de Saúde para o segundo quadrimestre 2024: Objetivo 1 - 19 metas: 6 metas com faixa de execução entre 50 e 75%; 3 metas com execução entre 75 e 100%; e 3 metas acima de 100%; e 6 metas que atingiram 100% para o alcance de metas; Objetivo 2 - 21 metas: seis metas entre 50% e 75%; 6 metas acima de 75%; e 5 metas acima de 100%; Objetivo 3 - 16 metas: seis com o nível de execução abaixo de 25%; Acima de 50% até 75%: 2; Acima de 100%: 1; Objetivo 4 - 7 metas: Até 25% 2; Acima de 25 até 50% 2; Acima de 50% até 75%: 1; e Acima de 100%: 2; Objetivo 5 - Em apuração: 2; até 25%: 1; acima de 50% até 75%: 1; Acima de 75% até 100%: 7; Objetivo 6 - 13 - Até 25%: 2; acima de 25 até 50%: 2; acima de 50% até 75%: 2; acima de 75% até 100%: 5; e acima de 100% 2; e Objetivo 7 – 24 metas: até 25%: 9; acima de 25% até 50%: 1; acima de 50% até 75%: 1; acima de 75% até 100%: 7; e acima de 100%: 6. Também falou sobre atividades de controle encerradas (por atividade e por objeto) - 2º Quadrimestre (2024 x 2023 x 2022 x 2021 x 2020): auditoria - 2020: 134; 2021: 114; 2022: 125; 2023: 128; e 2024: 128. Por fim, apresentou o mérito da minuta de recomendação com indicação de Medidas Corretivas de Gestão. No documento, o CNS recomenda ao Exmo. Sr. Presidente da República a adoção de medidas corretivas urgentes até o final do exercício de 2024, que promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde para a implementação de ações e serviços públicos de saúde para cumprir as diretrizes para o estabelecimento das prioridades para 2024 aprovadas pela Resolução nº. 710/2024: 1. Programar e executar imediatamente as despesas a serem realizadas para o desenvolvimento de ações e serviços públicos de saúde, de modo a empenhar e/ou liquidar com celeridade as programadas no orçamento de 2024 para atender as necessidades de saúde da população, especialmente daquelas cuja execução obteve a classificação de “inadequado”, “intolerável” e/ou “inaceitável” pela avaliação realizada pelo Conselho Nacional de Saúde. e daquelas cujo grau de alcance das metas seja inferior a 75%. 2. Acelerar a execução das despesas com ações e serviços públicos de saúde nos meses de novembro e dezembro de 2024, inclusive das inscritas e reinscritas em restos a pagar, para atender com eficiência e eficácia as necessidades de saúde da população. 3. Desenvolver ações de controle e auditoria no âmbito do SUS, com medidas que tanto revertam a queda observada dessas ações no 1º e 2º quadrimestres de 2024 em comparação aos mesmos períodos de 2023, como contribuam para a redução das não conformidades detectadas; 4. Autorizar o Ministério da Saúde a cancelar em 2024 os Restos a Pagar (especialmente os não processados) referentes a empenhos de 2022 e anos anteriores, pela inviabilidade de execução destas despesas pelo tempo decorrido até o momento, os quais deverão ser compensados em 2025 como aplicação adicional ao mínimo daquele ano, nos termos do artigo 24, inciso II, parágrafo 2º da Lei Complementar nº 141/2012, ou exigir das secretarias do Ministério da Saúde a apresentação do plano de ação para execução imediata dessas despesas (com o devido cronograma até o final de 2024 e 2025) como condição de evitar esse cancelamento. Não havendo manifestações, a mesa colocou em votação o mérito de minuta de recomendação ao Excelentíssimo Presidente da República para adoção de medidas corretivas.

Deliberação: o Pleno do Conselho aprovou o mérito de minuta de recomendação ao Excelentíssimo Presidente da República para adoção de medidas corretivas urgentes até o final do exercício de 2024 que promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde para implementação de ações e serviços públicos de saúde. O documento final será enviado aos conselheiros e às conselheiras, com antecedência, para votação na próxima reunião do CNS. Com essa deliberação, a coordenação agradeceu

a participação de todas as pessoas e encerrou este item. **ITEM 9 – APRESENTAÇÃO DE AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS - Apresentação: Lucinha Tremembé**, Secretária Adjunta da Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS. **Coordenação: conselheiro Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Hemetério**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, a Secretária Adjunta da Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS, **Lucinha Tremembé**, cumprimentou todas as pessoas e agradeceu a oportunidade de apresentar as ações da Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS ao Pleno do Conselho. Começou com linha do tempo sobre a saúde indígena, lembrando que a SESAI, criada em 2010, é responsável por coordenar e executar a política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas - PNASPI e todo o processo de gestão do SasiSUS no SUS. Entre as atribuições da SESAI destacam-se: desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas e realizar ações de saneamento e edificações de saúde indígena. Acrescentou que a missão da Secretaria é coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Nessa linha, mostrou a SESAI em números: 21.235 Trabalhadores(as) da Saúde Indígena; 800.000 indígenas; 6.645 aldeias; 305 povos; 274 Línguas; 377 Polos Base; 1.211 Unidades Básicas de Saúde Indígena; e 70 Casas de Saúde Indígena. Salientou que o Subsistema de Saúde Indígena tem como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas cujas delimitações geográficas contemplam aspectos demográficos e etnoculturais, estando sob responsabilidade do governo federal. A estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena é composta pelos polos base, Casas de Saúde Indígena e pelas Unidades Básicas de Saúde Indígena, estas situadas dentro das aldeias indígenas. Acrescentou que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade. O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Sobre o modelo assistencial, disse que os polos base funcionam como apoio administrativo e/ou assistencial aos DSEIs e às Equipes Multidisciplinares em Saúde Indígena - EMSI e estão localizados em cidades próximas às aldeias ou em comunidades indígenas. A Casa de Apoio à Saúde Indígena - Casai é um estabelecimento de saúde para onde são referenciados os casos em que o indígena precisa de exames ou consultas especializadas. As Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) estão localizadas nas aldeias e são unidades de saúde para atendimento aos indígenas nas comunidades. Acerca das ações e programas, citou: a) Saúde das Mulheres e Crianças Indígenas – a atenção à saúde das mulheres e das crianças indígenas desenvolvida pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no âmbito do SasiSUS, é realizada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) diretamente nos territórios indígenas; b) Vigilância Alimentar e Nutricional – VAN - prevê a descrição e avaliação contínua e a predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população indígena, com o propósito de dar respostas às demandas e necessidades de saúde do território, subsidiando no planejamento, monitoramento e gerenciamento de programas e estratégias relacionados com a melhoria das condições de alimentação e nutrição e seus fatores determinantes; c) Vigilância epidemiológica – VS – a vigilância nos DSEI é um processo contínuo e sistemático de coleta, análise e interpretação de dados sobre a situação em saúde das populações indígenas. Deste processo, resultam informações que são usadas para planejamento e implementação de ações em saúde, por parte dos gestores e equipes técnicas responsáveis. Neste contexto, a Vigilância Epidemiológica procura levantar informações para adoção de medidas de prevenção e controle de doenças e agravos relacionados a possíveis eventos de saúde; e d) saúde bucal - as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), incluindo dentistas, auxiliares e agentes indígenas de saúde, realizam ações de saúde bucal coletiva e individual nas comunidades indígenas, considerando aspectos culturais e sociais locais. Entre as atividades, destacam-se escovação supervisionada, aplicação de flúor e distribuição de kits de higiene bucal para garantir o acesso universal a itens essenciais. Em 2024, foi implementado o acompanhamento odontológico de gestantes no pré-natal, e em 2023 foi criada a Semana Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas. Destacou as seguintes ações e entregas de saúde bucal: qualificação para os profissionais de saúde bucal do Dsei Yanomami e Leste de Roraima, em parceria com a Coordenação Geral de Saúde Bucal e Universidade Federal do Maranhão (ocorreu entre 24 e 26 de setembro de 2024 em Boa Vista); criação de fluxo alternativo da rede de atenção em saúde bucal entre município, estado e Dsei, para atendimento odontológico de média e alta complexidade para a população Yanomami para o

1497 CEO (2024); implementação do indicador: “Percentual das gestantes indígenas com no mínimo
1498 1 consulta odontológica durante o pré-natal, bem como foram elaboradas e encaminhadas 2
1499 notas técnicas aos 34 DseI (a implementação ocorreu em 2023); elaboração do Manual do
1500 Tratamento Restaurador Atraumático (ART), como processo de fortalecimento dos profissionais
1501 de saúde bucal; Agosto Dourado: Webinar sobre a importância da saúde bucal na prática da
1502 amamentação, ofertado em 08/08/2024; implementação da Semana Nacional da Saúde Bucal
1503 dos Povos Indígenas em 2023, que visa o fortalecimento das ações coletivas de saúde bucal
1504 (ação anual); Webinar: Diálogos interculturais para a promoção, prevenção e recuperação da
1505 saúde bucal nos territórios indígenas, em comemoração ao dia nacional do/da cirurgião(ã)-
1506 dentista; implementação do indicador: proporção de crianças indígenas menores de 5 anos
1507 com primeira consulta odontológica programática (previsão de implementação em 2025 como
1508 entrega intermediária do pré-natal); e elaboração de nota técnica contextualizando os
1509 indicadores de saúde bucal monitorados no PPA PDSI e PNS (2024). No que se refere a ações
1510 estruturantes atenção à saúde da mulher, citou: pactuação sobre Cuidado Especializado Digital
1511 do PROADI- SUS - Triênio 2024-2026 - Tecnologias e Estratégias Remotas para Avanço da
1512 Saúde Especializada em Territórios Indígenas em parceria com a SESAI/MS; pactuação
1513 SESAI/Albert Einstein: Projeto TeleAMEs, lançado em 2020, iniciativa do PROADI-SUS
1514 (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde),
1515 atualmente, sob a liderança do Hospital Israelita Albert Einstein. Em construção; pactuação
1516 SESAI/MS com a UFMG: Projeto Saúde em Rede Yanomami - Distrito Sanitário Especial
1517 Indígena Yanomami e Ye’kuana - DSEIY; pactuação SESAI/ UFAM e UFSC: Projeto Tele
1518 Pnar: Parceria entre o Governo do Estado do Amazonas, gestores de 11 municípios
1519 selecionados, a Universidade Federal do Amazonas (UFAM), a Universidade Federal de Santa
1520 Catarina (UFSC) e a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde;
1521 elaboração do Projeto Ciclos de Vida das Mulheres Indígenas: perspectivas para o cuidado
1522 intercultural com as parteiras e parteiros no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde
1523 Indígena em construção; pactuação DSEI/ISUL, SESAI/MS e UNFPA para elaboração do
1524 Projeto de Atenção à Saúde Sexual Reprodutiva das mulheres indígenas do Distrito Sanitário
1525 Especial Indígena Interior Sul-DSEI/ISUL, SESAI/MS e UNFPA; implantação de saúde digital
1526 em todos os 34 DSEI (Distritos Sanitários Especiais Indígenas) com o objetivo de capacitar os
1527 profissionais de saúde e expandir a telessaúde nos territórios indígenas para oferecer
1528 atendimento remoto de qualidade às comunidades indígenas junto ao Departamento de Saúde
1529 Digital; e reunião de Alinhamento sobre: “Como garantir o Rastreamento do Câncer de Colo de
1530 Útero nas Mulheres Indígenas” com os 34 Distritos, SESAI/MS e INCA. Acerca da atenção
1531 psicossocial e promoção do bem-viver, explicou que as Equipes Multidisciplinares de Saúde
1532 Indígena - EMSI são responsáveis pelo desenvolvimento de ações de promoção de saúde
1533 mental e bem-viver; acolhimento e suporte psicossocial a pessoas em sofrimento mental, por
1534 meio de atendimentos individuais e familiares, rodas de conversa, grupos terapêuticos
1535 temáticos e atividades participativas de educação em saúde, reconhecendo as medicinas
1536 tradicionais indígenas, dialogando com pajés, rezadores, raizeiros e outros cuidadores
1537 tradicionais. No que diz respeito à saúde da pessoa idosa, disse que a Política Nacional do
1538 Idoso assegura direitos sociais a pessoas com mais de 60 anos, promovendo sua autonomia e
1539 participação, com ênfase no cuidado integral de saúde. O programa enfrenta desafios, como a
1540 ampliação do acesso e articulação intersetorial, especialmente no contexto indígena, onde
1541 vulnerabilidades são acentuadas por questões socioculturais e geográficas. Nessa linha, a
1542 Sesai trabalha para identificar agravos e melhorar o cuidado dos idosos indígenas nos 34
1543 DSEIs, com ações de monitoramento, articulação intersetorial, e fortalecimento de cuidados
1544 específicos, buscando garantir maior sobrevida e qualidade de vida. A propósito da pessoa
1545 com deficiência, disse que a SESAI, por meio da Coordenação de Ações de Atenção à Saúde
1546 Indígena, conduz ações específicas à saúde da pessoa indígena com deficiência, conforme a
1547 Portaria GM/MS nº 1.526/2023, integrando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da
1548 Pessoa Principais iniciativas: Ferramentas de registro Grupo técnico de referência nos Distritos
1549 e Sesai. Rodas de conversa e web Planejamento de boletim informativo Colaboração com
1550 outras áreas do Ministério. Falou também sobre os Povos Indígenas Isolados e de Recente
1551 Contato – PIIRC, explicando que a ADPF 709 apresenta dados de monitoramento e ações
1552 em 33 Terras Indígenas que possuem algum tipo de referência (Isolado e/ou recente contato).
1553 São realizadas reuniões quinzenais seguindo um calendário acordado entre as entidades.
1554 Destacou a atuação SESAI em parceria com a FUNAI (nível central e equipes de área), com
1555 compartilhamento de informações e promoção de missões conjuntas nos Territórios. Salientou
1556 que nas terras onde se tem conhecimento da presença de indígenas Isolados, SESAI e

1557 FUNAI monitoram o entorno (Política do Não Contato). Nos casos de Povos de Recente
1558 Contato, a atuação acontece dentro do território fornecendo o suporte necessário à população
1559 (saneamento, infraestrutura, alimentação, saúde, etc.). Além disso, é feito o acompanhamento
1560 de ações de Grandes Empreendimentos em Territórios Indígenas. Detalhou também ações
1561 estruturantes: **1) Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)** - Agosto Dourado: A importância da
1562 Saúde Bucal na Prática da Amamentação, realizado em 8 de agosto de 2024; Roda de
1563 conversa: “O que todo profissional da saúde indígena precisa entender sobre amamentação”,
1564 realizado no dia 28 de agosto de 2024; elaboração das matrizes de segurança alimentar e
1565 nutricional (em andamento); suplementação de crianças indígenas com micronutrientes em pó -
1566 NutriSUS (em andamento); e articulação com o MDS e a Funai para definição de composição
1567 de cestas de alimentos regionalizadas (em andamento); **2) Doenças Crônicas Não**
1568 **Transmissíveis – DCNTs** - elaboração da nota técnica referente ao indicador de monitoramento
1569 de realização de consultas duas vezes ao ano (HAS e DM) do PDSI 2024-2027 e envio aos 34
1570 DSEIs; **3) Saúde da Criança** - elaboração de materiais de orientação aos 34 DSEIs; Nota
1571 técnica nº3 - Indicador de recém-nascido indígena com a 1ª consulta até o 28º dia de vida;
1572 Portaria nº 86, de 21 de maio de 2024, que institui o comitê de redução da mortalidade
1573 indígena na primeira infância; monitoramento da estratégia AIDPI Criança e AIDPI Comunitário
1574 - Materno Infantil; monitoramento dos indicadores de saúde indígena; monitoramento das
1575 oficinas de formação de promotores do uso da caderneta da criança; pactuação com a SAES
1576 para disponibilização do Curso de Extensão em Triagem Neonatal – Teste do Pezinho na
1577 modalidade EaD, para os profissionais de enfermagem dos 34 DSEI; parceria com a Unicef
1578 para realização do AIDPI Comunitário nos 11 DSEI prioritários para redução da mortalidade na
1579 infância; fomentação das estratégias de atenção a saúde das crianças com deficiências;
1580 PROADI- SUS Materno infantil; participação no comitê de Vigilância do óbito materno, infantil e
1581 fetal do Ministério da Saúde; e participação no GT de fomentação das diretrizes da Política
1582 Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Reumáticas - Eixo da saúde das crianças; **4)**
1583 **Medicinas Indígenas** - recomendações para a nova Estratégia da Organização Mundial de
1584 Saúde para as Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas; estruturação do
1585 mapeamento das medicinas indígenas pelo Proadi-SUS (Hospital Sírio Libanês);
1586 acompanhamento das devolutivas da ADPF 709 com foco no mapeamento das medicinas
1587 indígenas junto a COASI/FUNAI; Coordenação executiva do GT Medicinas
1588 Indígenas (realizadas 02 reuniões); Live das Medicinas Indígenas; acompanhamento das
1589 ações de medicinas indígenas executadas pela área técnica da COAPRO; Coordenação do
1590 Seminário Saúde Indígena para o Bem Viver, que tem por eixo central as medicinas indígenas;
1591 elaboração de documento orientador para as medicinas indígenas para trabalho do GT; e
1592 adequação da estratégia SAFE no âmbito do projeto de eliminação do tracoma como problema
1593 de saúde pública (MS/OPAS e Governo do Canadá); **5) Saúde de Adolescentes de Jovens e**
1594 **Programa Saúde na Escola** - publicação da Nota Técnica nº 17 - Atenção à saúde de pessoas
1595 indígenas de 10 a 19 anos assistidas pelos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas no
1596 âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS; estruturação de assento dos
1597 Distritos Sanitários Especiais Indígenas nos Grupos Técnicos Intersetorial Estaduais do
1598 Programa Saúde na Escola junto a gestão nacional do programa; organização das referências
1599 técnicas de saúde de adolescentes e jovens nos DSEI; articulação interinstitucional para
1600 desenho da consulta programática à pessoas indígenas de 10 a 19 anos; e coparticipação na
1601 elaboração de indicadores para serviços amigáveis para adolescentes no SUS; e **6) Saúde da**
1602 **pessoa idosa** - estruturação do programa e elaboração de nota técnica referente a Saúde da
1603 Pessoa Idosa, com foco na indicação de CID para lançamento das consultas no SIASI, CID
1604 para identificação dos idosos com mobilidade reduzida e orientações sobre as morbidades;
1605 desenvolver uma linha de cuidado com foco nas especificidades da pessoa idosa indígena;
1606 análise situacional do programa Saúde da Pessoa Idosa nos 34 Dseis; Relatório das ações
1607 executadas pelos DSEIs com foco na saúde da pessoa idosa indígena; ação nos territórios
1608 para fortalecimento das ações de combate à violência contra a pessoa idosa indígena - Julho
1609 Violeta; articulação com a SAPS para envio da Caderneta da Pessoa Idosa para os 34 Dseis; e
1610 articulação com o MDS para ações que integrem a pessoa idosa indígena atendidos pelo
1611 SasiSUS. No que se refere ao Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena - DAPSI,
1612 Coordenação de Articulação Interfederativa e Regulação da Saúde Indígena - COAIR/CGGAS,
1613 citou a retomada do Programa Mais Médicos – PMM, em março de 2023, o que permitiu a
1614 abertura de novas vagas: vagas previstas no Edital do 39º Ciclo (em andamento) – 196; vagas
1615 ocupadas PMM – 494. No caso do Programa Médicos pelo Brasil – PMpB, foram 37 vagas
1616 ocupadas PMpB. Atualmente, há 531 profissionais lotados nos 34 DSEIs. Ainda nas ações do

1617 DAPSI/COAIR/CGGAS, fez um destaque ao incentivo para a atenção especializada aos povos
1618 indígenas – IAE-PI, explicando que, em agosto de 2024, 101 estabelecimentos de saúde
1619 habilitados ao recebimento do IAE-PI: 54 Hospitais; 2 Hospitais Universitários – Dourados (MS)
1620 e São Paulo (UNIFESP); 35 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; 5 Centros de
1621 Especialidades Odontológicas – CEO; 3 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD;
1622 e 2 Policlínicas. No que diz respeito à Coordenação de Articulação Interfederativa e
1623 Regulação da Saúde Indígena - COAIR/CGGAS, detalhou os desafios: fortalecimento da
1624 atuação dos apoiadores em saúde nos 34 Dseis - os PDSI não são pactuados com os
1625 municípios, logo não são inseridos nos Planos Municipais. Apoio: FPCONDISI; adequação dos
1626 estabelecimentos de saúde do SUS às especificidades dos pacientes indígenas. Apoio: SAPS
1627 e SAES; elaboração e implantação dos Protocolos de Acesso em todas as Casais – atuar junto
1628 ao Controle Social. Apoio: FPCONDISI; articulação com as redes de referência do SUS para
1629 atendimento à população indígena – regionalização/equipes intermunicipais/Governos
1630 Estaduais. Apoio: SAPS/SAES/CONASEMS/SES; enfrentamento da discriminação aos povos
1631 indígenas encaminhados aos serviços de média e alta complexidade. Apoio:
1632 SAES/CONASEMS/SES; sensibilização dos estados e municípios quanto à
1633 corresponsabilidade no atendimento aos pacientes indígenas. Apoio: CONASEMS e CONAS;
1634 atualização constante e correta do SCNES pelos Distritos, bem como articulação com as
1635 gestões municipais, uma vez que são responsáveis pela disponibilização da base de dados
1636 para cadastramento. Apoio: SAES/DATASUS/SAPS/CONASEMS/CONASS; e atuação
1637 conjunta intraministerial nas pautas relacionadas a impactos das mudanças climáticas e
1638 emergências em saúde pública a partir da composição no comitê de resposta a eventos
1639 extremos na saúde indígena. Acerca da Coordenação de Vigilância em Saúde Indígena –
1640 COVISI – CIEVS e vigilância das doenças respiratórias, citou as ações: organização da Rede
1641 CIEVS nos territórios indígenas; preparação vigilância e resposta de emergências de saúde
1642 pública; atuação em Centros de Operações de Emergências de Saúde Pública; respostas a
1643 eventos climáticos extremos; Grupo de Trabalho Pandemias (OMS); atuação na estruturação
1644 de vigilância das populações expostas a contaminantes químicos; monitoramento, vigilância e
1645 resposta a surtos de síndromes respiratórias; monitoramento, vigilância e resposta a surtos de
1646 covid-19; ve monitoramento, vigilância e resposta a surtos de DDA. Sobre a Coordenação de
1647 Vigilância Em Saúde Indígena – COVISI – vigilância do óbito, citou as ações: atuação em
1648 Comitês e Grupos Técnicos; documentos Técnicos para fortalecer as ações de vigilância do
1649 óbito realizadas em território; fomento técnico para a estruturação da Vigilância do Óbito nos
1650 Dseis; qualificação dos profissionais para atuação na vigilância do óbito; e qualificação periódica
1651 do banco de dados de óbitos do Siasi. No caso da Coordenação de Vigilância em Saúde
1652 Indígena – COVISI – vigilância das arboviroses, zoonoses e animais peçonhentos, elencou:
1653 Plano de controle e eliminação da malária; apoio na incorporação do NYDA para o tratamento
1654 da tungiase; Plano de Ação para controle da tungiase; implementação da Tafenoquina para
1655 tratamento da malária vivax; apoio aos Distritos na vigilância epidemiológica das zoonoses e
1656 doenças transmitidas por vetores; ampliação da Descentralização dos Soros Antiofídicos; e
1657 estruturação da vigilância de arboviroses. Em relação à vigilância das infecções sexualmente
1658 transmissíveis, hiv/aids, hepatites virais e tuberculose, disse que as ações são: qualificação
1659 dos Dseis no Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SislogLab) para
1660 solicitação de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C; qualificação banco de Hepatites
1661 Virais 2022-2023; participação dos DSEI nas Qualificações Regionais de Manejo Clínico para
1662 população indígena ofertada pela Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses
1663 Endêmicas e Micobactérias Não Tuberculosas (CGTM) do Ministério da Saúde; articulação
1664 com as secretarias estaduais para inclusão dos distritos no processo de construção das linhas
1665 de cuidado das hepatites; atuação no comitê interministerial para a eliminação da tuberculose e
1666 de outras doenças determinadas socialmente; e cooperação com outras secretarias (SVSA,
1667 SAES e SAPS) e agências externas (UNFPA e UNAIDS) para fortalecimento da vigilância e
1668 assistência dos agravos à saúde indígena. A propósito da Coordenação de Vigilância em
1669 Saúde Indígena – COVISI – vigilância das doenças em eliminação e de doenças de
1670 transmissão hídrica e alimentar, destacou: Projeto Tracoma; colaboração Técnica Binacional
1671 (Brasil-Venezuela) para a eliminação da oncocercose no território Yanomami; Webinar -
1672 Ampliando o olhar dos profissionais de saúde para vigilância da hanseníase nos territórios
1673 indígenas; e tratativas com a SVSA para reuniões técnicas sobre a vigilância das parasitoses
1674 intestinais nos Dseis. No que se refere à Coordenação de Atenção à Saúde dos Povos
1675 Indígenas Isolados e de Recente Contato – COPISO, explicou que a Portaria Conjunta nº.
1676 4.094 define princípios, diretrizes e estratégias para a atenção à saúde dos Povos Indígenas

1677 Isolados e de Recente Contato, sendo esta o principal documento norteador para a
1678 Coordenação. Nos termos da Portaria, é dever do Estado garantir e respeitar o modo de vida
1679 das populações isoladas, afastando-se da concepção de obrigatoriedade do contato para sua
1680 proteção. Além disso, é preciso reconhecer a vulnerabilidade social e epidemiológica destes
1681 povos devido à maior suscetibilidade a doenças e mortalidade. Sobre a imunização nos
1682 Distritos, explicou que se trata de uma das ações prioritárias, transcorrendo todo curso de vida
1683 do indivíduo, sendo uma das intervenções mais importantes. E como estratégia para
1684 intensificação da vacinação em áreas indígenas visando melhorar a cobertura vacinal,
1685 principalmente em áreas de difícil acesso, realiza-se o Mês de Vacinação dos Povos Indígenas
1686 (MVPI) que é uma ação da SESAI em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde -
1687 OPAS, que integra a Semana Mundial de Vacinação. Outras estratégias implementadas para
1688 alcançar melhores resultados são: Operação Gota (vacinação em áreas de difícil acesso), a
1689 implementação da vacinação de rotina nas aldeias, a participação em todas as campanhas
1690 nacionais de vacinação e o apoio às capacitações em sala de vacina realizadas pelos distritos.
1691 A respeito da educação permanente e educação em saúde, disse que, no âmbito da atenção à
1692 saúde indígena, a Educação Permanente tem dois enfoques: a aprendizagem significativa dos
1693 processos e práticas diárias, visando o aperfeiçoamento das ações realizadas, e o
1694 desenvolvimento de pessoas para atuação em contexto intercultural. Isto significa que a
1695 Educação Permanente na saúde indígena objetiva operacionalizar atividades educativas de
1696 caráter contínuo, voltada para a prática educativa que se orienta pelo cotidiano das atividades,
1697 partindo da reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência,
1698 assegurando a participação multiprofissional e interdisciplinar, favorecendo a construção de
1699 novos conhecimentos e intercâmbio de vivências. Também falou sobre edificações, explicando
1700 que a SESAI, por meio do Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais atua na
1701 implantação, reforma e ampliação de edificações de saúde indígena, tais como: Unidade
1702 Básica de Saúde Indígena - UBSI; Polo Base e CASAI – Casa de Atenção à Saúde Indígena; e
1703 Sede do DSEI. Também é responsável pela elaboração de documentos técnicos e projetos de
1704 referência, tais como: Projeto arquitetônico e estrutural; Instalações hidrossanitárias e elétricas;
1705 e Combate ao incêndio e pânico. No que tange as Edificações, citou as ações: implementação
1706 de programas e projetos edificações de saúde indígena; Apoio aos distritos na elaboração de
1707 projetos de edificações de saúde indígena; Monitoramento e acompanhamento de execução
1708 contratual. Com relação às Obras: serviços continuados de manutenção de edificações;
1709 aquisição de equipamentos e materiais para ações de reforma; e manutenção de edificações
1710 de saúde indígena. Seguindo, falou sobre as ações de infraestrutura e saneamento
1711 desenvolvidas. Acerca do saneamento, explicou que a SESAI atua na implantação, reforma e
1712 ampliação de infraestruturas de saneamento, tais como: Sistema de Abastecimento de Água –
1713 SAA; Módulo Sanitário Domiciliar – MSD; Tratamento e destinação de esgoto sanitário; Ponto
1714 de entrega voluntário - PEV para resíduos recicláveis; Abrigo de Resíduos Sólidos; e
1715 implementação de programas e projetos de saneamento de saúde indígena e na inspeção e
1716 acompanhamento de obras de captação subterrânea. A Secretaria também é responsável
1717 pelas ações de garantia da qualidade da água para consumo humano, para tal, realiza ações
1718 como: Inspeção sanitária nas infraestruturas de abastecimento de água; Monitoramento de
1719 qualidade da água; e Tratamento da água. Além de atuar no controle de Zoonoses e de
1720 endemias. A SESAI, por meio do Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais,
1721 também realiza atividades de apoio na elaboração de estudos, levantamentos geofísicos e
1722 mapeamento geológico de detalhe; apoio aos distritos na implementação de medidas
1723 alternativas de fornecimento de água potável às comunidades indígenas por meio do
1724 fornecimento de água potável por caminhão pipa, fornecimento de filtro de barro e hipoclorito
1725 de sódio 2,5%, dentre outros; Apoio na estruturação de laboratórios para análise dos
1726 parâmetros sentinelas da qualidade da água; e Educação em saúde relacionada a área de
1727 saneamento. A SESAI também realiza o monitoramento e acompanhamento de execução
1728 contratual de: Obras; Serviços continuados de manutenção das infraestruturas de
1729 abastecimento de água e de esgotamento sanitário; Aquisição de equipamentos e insumos
1730 para ações de saneamento de saúde indígena; e Gerenciamento de resíduos sólidos:
1731 domésticos e de serviços de saúde. Seguindo, falou sobre o gerenciamento de Resíduos
1732 Sólidos - GRS em áreas indígenas, explicando que é um dos eixos da promoção do
1733 saneamento ambiental desenvolvidos pela Secretaria, visando o controle de vetores, a redução
1734 de acidentes com materiais descartados e a preservação do meio ambiente. O eixo de
1735 resíduos sólidos tem por princípio a redução dos materiais descartados, pela prevenção e
1736 correta segregação, sendo priorizadas as ações educativas voltadas à temática e soluções de

gerenciamento que atendam as especificidades técnicas, culturais e logísticas da população indígena e seus territórios. As metas voltadas às ações de gerenciamento de resíduos em aldeias são pactuadas com cada Distrito Sanitário Especial Indígena no Plano Distrital de Saúde Indígena - PDSI a cada quatro anos e acompanhadas mensalmente pelo nível central da SESAI. Seguindo, apresentou as entregas de AMB 2023/2024, explicando que a SESAI, por meio do DEAMB, realizou diversas entregas voltadas ao saneamento básico. No caso dos Sistemas de Abastecimento de Água: 23 Processos encaminhados para contratação; 75 Processos finalizados e aptos para serem licitados; 48 Projetos em fase final de Elaboração de Projetos e Composição dos Orçamentos. Sobre Módulos Sanitários Domiciliares: 6 Projetos encaminhados para contratação; 86 Aldeias contempladas com projetos finalizados e aptos para serem licitados; e 54 Aldeias com projetos em fase final de Elaboração de Projetos e Composição dos Orçamentos. Sobre Projetos de Infraestrutura e Saneamento, disse que, em 2023, foram elaborados 70 projetos de edificações e 210 projetos de saneamento para os DSEI. Para 2024-2027, a prioridade é monitorar e catalogar as demandas dos DSEI, com uso de metodologias como BIM para aumentar a eficiência dos projetos. No caso de contratos e obras, foram celebrados 178 contratos em 2023, incluindo construção e manutenção de UBSI, SAA e CASAI, totalizando R\$ 110.161.937,56. Além disso, destacou que 83 obras de saneamento em andamento beneficiarão 32.302 indígenas em 155 aldeias, com um valor de R\$ 69.786.716,81; e 55 obras de edificações também em andamento beneficiarão 27.049 indígenas, com investimento de R\$ 43.167.044,23. Sobre obras concluídas, disse que, em 2023, foram concluídas 16 obras de edificações (R\$ 7.501.702,64) beneficiando 3.831 indígenas e 99 obras de saneamento (R\$ 11.574.434,72) beneficiando 20.402 indígenas. Sobre monitoramento da qualidade da água e resíduos sólidos, ressaltou que, em 2023, 18% das aldeias (1.020 aldeias) foram monitoradas quanto à qualidade da água, enquanto 7% (473 aldeias) receberam atividades educativas sobre o tema. Também informou que, entre 2023 e 2024, diversas ações foram realizadas para melhorar o acesso à água potável nas comunidades Yanomami: soluções alternativas de tratamento de água - Projeto piloto de Filtro de Areia na comunidade Maturacá, como estratégia para ampliar as opções de tratamento no território Yanomami; e distribuição de filtros de barro: em 2023, 511 filtros de barro distribuídos e, em 2024, 133 filtros de barro distribuídos (até julho). Também apresentou Números gerais de entregas no Território Yanomami: a) Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSIs): 19 construções e 5 reformas, totalizando 15 UBSIs concluídas e 9 em andamento; b) abastecimento de água potável: foram realizadas 133 ações voltadas ao abastecimento de água, incluindo a construção e reativação de poços, implementação de sistemas de filtragem e construção de reservatórios; c) sistemas fotovoltaicos: Instalados 43 sistemas de energia solar para atender as unidades de saúde indígenas; e d) Filtros de barro: foram distribuídos 676 filtros para assegurar o acesso à água potável em comunidades remotas: Construção do Filtro Salta-Z em Maiá, Construção de poço tubular raso na Aldeia Yakeplaop, Implementação da Central Água Camelo (Membrana de Ultrafiltração) na UBSI Parafuri, Reativação do Poço Amazonasem Toototobí. Além disso, foram realizadas as seguintes ações voltadas ao Gerenciamento de Resíduos Sólidos no Território Indígena Yanomami: entrega de materiais de gerenciamento de resíduos sólidos e resíduos de serviços de saúde; capacitação do AISAN nos Polo Base Auaris, Surucucu, Maturacá, Ericó e Maloca Papiu; construção de abrigo de resíduos provisório, abrigo de resíduos de serviços de saúde; 132 ações em campo voltadas ao monitoramento ambiental e gerenciamento de resíduos sólidos no território; 246 ações voltadas ao gerenciamento de resíduos sólidos e monitoramento ambiental; ações de coleta e análise da água para monitoramento da qualidade; e ações de coleta de água realizadas para a análise de mercúrio e metais pesados. Em síntese, disse que os contratos celebrados em saneamento totalizaram R\$ 46.781.736,60. No que diz respeito ao Controle social, frisou que a SESAI garante a participação de indígenas na formulação, no acompanhamento e na avaliação das políticas públicas de saúde, sendo responsáveis por fiscalizar, debater e apresentar propostas para o fortalecimento da saúde indígena. O controle social discute as necessidades de ações e serviços da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI. Os Conselheiros Distritais são escolhidos para representar os usuários, trabalhadores/gestores e prestadores de serviço em saúde dos 34 DSEI, deliberam com a Secretaria. Citou a participação em Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. Destacou ainda que a saúde indígena conta com 22.925 profissionais e 581 médicos. Detalhou que os principais agravos são: doenças do aparelho respiratório (IRA, Pneumonias); doenças infecciosas e parasitárias (Doenças Diarreicas Agudas - DDA); tuberculose; malária (Amazônia Legal); IST e Hepatites Virais (Vale do Javari); oncocercose e tungiíase (Roraima - Yanomami); hipertensão; diabetes;

câncer de colo de útero; suicídio; problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas; e violência. Sobre orçamento, citou a articulação para recomposição do orçamento em 2023 e suplementação de mais de 500 milhões; mudança de orientação, permitindo o retorno dos investimentos nos territórios indígenas, inclusive em áreas não homologadas; ampliação de 32,6% do orçamento da SESAI em 2023, da dotação atualizada final em relação à Proposta de lei orçamentária para o exercício, o que impactou nos recursos destinados aos contratos continuados de serviços dos DSEI, aquisições de medicamentos e demais insumos, os convênios para contratação de profissionais das EMSI, termos de execução descentralizada, investimentos em obras e materiais permanentes e outros. Bem como, crescimento de 500% de destinação de recursos por Emendas Parlamentar no primeiro ano da 57ª legislatura. Destacou incremento de mais de R\$ 1 bi, representando maior orçamento da história da SESAI. No caso das Emendas Parlamentares, os números são: 2024 – R\$ 49.793.723,63; e 2023 - R\$ 26.265.305,00. Disse que outras linhas de financiamento são: emendas parlamentares; Fundo Amazônia; PROADI-SUS; Fundo de Integração do MERCOSUL; e Programa de Aceleração do Crescimento – PAC. No que diz respeito ao PROADI – SUS, destacou: aprovação de Projeto em parceria com a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, para capacitação de 2.500 Agentes Indígenas de Saneamento – AISAN – no triênio de 2024/2025/2026; e aprovação de projeto com o Hospital Sírio Libanês, denominado: Tecnologias e Estratégias Remotas para o Avanço da Saúde Especializada em Territórios Indígenas – Cuidado Especializado Digital. Com um orçamento de R\$ 25 milhões, o projeto tem como um dos objetivos, implementar o modelo de cuidado digital para atender a 100% das pessoas usuárias do SasiSUS. Disse que Deamb foi peça fundamental para a aprovação do primeiro projeto da SESAI no Proadi-SUS. O projeto prevê a realização de capacitações em saneamento ambiental nos DSEIs, com foco na padronização e na frequência das atividades. Com a finalidade de qualificar multiplicadores para atuarem na formação de agentes indígenas de saneamento (AISAN) na temática de saúde ambiental e produzir material educacional na temática de saúde ambiental para profissionais de saúde indígena. Sobre a capacitação de AISAN, disse que foram realizadas 63 capacitações, alcançando 1.039 AISAN. Sobre a AGSUS na saúde indígena, destacou que possui caráter complementar, com atuação sob orientação da SESAI. A esse respeito, destacou: Contrato de Gestão com o Ministério da Saúde; Programa de trabalho para a Saúde Indígena; e não possui orçamento próprio. Também citou ações a serem realizadas: contratação da Força de Trabalho dos Convênios; e possibilidade de contratação dos trabalhadores terceirizados. Por fim, detalhou ações voltadas a reformulação e aperfeiçoamento da PNASPI: realização de cinco seminários regionais e um seminário nacional com a finalidade de discutir, produzir e validar diretrizes gerais que subsidiará o novo SasiSUS e a PNASPI; redefinição do modelo de provimento da força de trabalho atuante nos 34 DSEI; compartilhamento de apoio e atuação das demais secretarias do Ministério da Saúde, outros ministérios, dos Estados e Municípios; instituição do novo Sistema de Informações da Saúde Indígena, assegurando a produção de dados confiáveis e com interoperabilidade com os demais sistemas; valorização das medicinas indígenas e especialistas tradicionais de saúde indígena; realização de concurso público para o provimento de cargos de Cadastro Técnico Único (CTU); retomada da discussão do concurso público de cargos efetivos para a saúde indígena; nova estrutura da SESAI; e Programa de formação permanente para servidores, colaboradores e gestores da saúde indígena (ENAP e TC FLACSO). **Manifestações.** Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**, inicialmente, saudou a SESAI/MS pela atuação e abordou três pontos que precisam avançar. Primeiro, destacou a necessidade de maior integração dos serviços e do controle social, entendendo que a especificidade da população indígena não pode ser um limitador. Além disso, salientou que é preciso ter uma avaliação do impacto das ações em saúde indígena adotadas pela SESAI/MS a partir dos recursos aportados, reforçando a importância de garantir tratamento equânime nas diferentes regiões do país. Por fim, destacou a importância de iniciar as tratativas para a convocação da 7ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, para tratar de temas importantes, sobre os quais não foi possível avançar. Conselheira **Talita Garrido de Araujo** saudou a Secretária Adjunta da SESAI e enfatizou a importância de dar visibilidade ao sucesso das ações adotadas pelo governo na área de saúde indígena. Salientou que é preciso considerar as especificidades da população indígena para definição de ações e apontou alguns dados desse grupo: crianças indígenas é o grupo populacional entre as crianças que mais morre por câncer, em detrimento de outras raças e etnias; no Acre, por exemplo, as leucemias estão entre as cinco principais causas de morte para a população indígena; e alto índice de câncer de colo de útero nessa população (49%)). Nessa linha, solicitou que neste momento de

definição das diretrizes para a regulamentação da Política Nacional, de Prevenção e Controle do Câncer que a população indígena, assim como outras em situação de maior vulnerabilidade, sejam contempladas de maneira central. Por fim, destacou a importância da intersetorialidade na definição de estratégias adaptadas a esse grupo, sobretudo a partir da sensibilização das instâncias locais de saúde. Conselheiro **Rildo Mendes** destacou a importância deste debate, considerando os desafios da saúde indígena. Nessa linha, manifestou preocupação com o não cumprimento das metas definidas para a SESAI/MS, conforme demonstrado no Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde, com sérias consequências para esse povo. Reconheceu avanços como melhor assistência ao povo Yanomami, mas solicitou atenção da SESAI para a situação das terras indígenas afetadas pelo garimpo ilegal, com contaminação por mercúrio. Por fim, perguntou que ações estão previstas para enfrentar os ataques ao povo Guarani Kaiowás, situado na região do Mato Grosso do Sul, fronteira com o Paraná, por conta de conflitos fundiários na região. Conselheira **Helenice Yemi Nakamura** saudou a mesa pela explanação e nas ações estruturantes da SESAI sugeriu incluir na triagem de crianças indígenas, além do teste do Pezinho, o “teste da orelhinha”, que pode ser indicativo de acompanhamento auditivo e o “teste da linguinha”. Conselheiro **Carlos Fidelis da Ponte** reconheceu o grande investimento do governo federal e do Ministério da Saúde para resolver a situação do território Yanomami, todavia, destacou que ainda persistem sérios problemas a serem enfrentados: garimpo ilegal, contaminação por mercúrio, presença do crime organizado, mortalidade infantil. Além disso, trouxe a reivindicação desses povos indígenas de garantia da atenção primária nas aldeias. Para tanto, destacou a importância de contratar profissionais que formem vínculos e conheçam a cultura deste povo. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** manifestou satisfação com a política de construção e reconstrução da vida e das existências indígenas na sua diversidade, respeitando as suas características e especificidades socioculturais, após período de destruição. Salientou que, no meio indígena, vivencia-se a agudização das contradições e desigualdade social que reverberam na divisão do trabalho, mas também na divisão racial. Perguntou qual a posição das organizações indígenas e pessoas trabalhadoras da saúde indígena sobre carreira, vínculos de trabalho, organização do trabalho nos territórios indígenas, para que o CNS possa contribuir neste sentido. Conselheiro **Cledson Fonseca Sampaio** agradeceu a mesa pela explanação e manifestou preocupação com o índice de população indígena com tuberculose. No que se refere à atenção básica, solicitou informações sobre a realização dos testes para identificação de HIV, hepatite e sífilis nas populações indígenas. Também perguntou sobre a preparação do Ministério da Saúde para participar da COP30, que ocorrerá em novembro de 2025, na cidade de Belém/PA. Conselheiro **Luiz Carlos Ferreira Penha** reconheceu que as metas relativas à saúde indígena estavam abaixo do esperado em 2023, mas o entendimento é que se tratava de um ano de transição. Portanto, na linha da integração, avaliou que a CISI/CNS e a SESAI/MS devem promover debate sobre a situação em 2024, avaliando o desdobramento do investimento no cumprimento das metas. Por fim, também sentiu falta de dados mais robustos sobre os resultados das ações da Secretaria. **Retorno da mesa.** A Secretária Adjunta da SESAI/MS, **Lucinha Tremembé**, fez comentários sobre as falas, contemplando os seguintes aspectos: a integração no âmbito do controle social é essencial – SUS e SASISUS, mas é preciso enfrentar a resistência de alguns estados e municípios para integração; a nova gestão da SESAI/CNS conseguiu fazer interlocução com as demais secretarias do Ministério da Saúde para definição de estratégias; é importante iniciar as tratativas para a convocação da 7ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; a SESAI/CNS definiu estratégias voltadas à atenção oncológica, especialmente em relação ao câncer do colo de útero; a SESAI/MS está trabalhando para integrar o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI a outros sistemas de informação da saúde para ter dados mais fidedignos; as ações adotadas contribuíram para melhorar os índices de mortalidade infantil no povo xavante; sobre o garimpo ilegal, as ações de enfrentamento não estão sob a responsabilidade da SESAI, cabendo à Secretaria debater estratégias para enfrentar as consequências dessa prática para os povos indígenas; a SESAI/MS participa da definição de ações pontuais para os territórios indígenas que enfrentam conflito, mas há limitações de atuação; os testes de triagem neonatal estão assegurados às populações indígenas sendo realizados na atenção e também em hospitais; a atenção ao povo indígena Yanomami teve melhoria, inclusive com contratação de profissionais (hoje, 1.497 profissionais de saúde), contratação de profissionais para atender situações de urgência dentro do território; a nova proposta de força de trabalho visa melhorar a forma de contratação dos profissionais e garantir assistência de qualidade nos territórios; os testes de doenças devem ser feitos nos territórios, com orientação às pessoas; o Plano Distrital de Saúde Indígena, que

1917 está em desenvolvimento, possibilitará mapear melhor o que foi feito nos últimos planos; e, no
1918 debate, é preciso considerar as consequências das mudanças climáticas para os povos
1919 indígenas e garantir assistência aos povos. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** agradeceu
1920 as ricas informações da SESAI/CNS e pontuou que os questionamentos do Pleno foram
1921 pontualmente respondidos. No mais, salientou que a Universidade Federal do Tocantins foi a
1922 primeira instituição a criar cota para indígena nos seus cursos, e o curso de Medicina da
1923 instituição forma dois médicos indígenas por ano. Nessa linha, disse que encaminharia estudo
1924 da UFT sobre acesso, ingresso e permanência de estudantes indígenas na Universidade. A
1925 seguir, fez um compilado dos encaminhamentos que surgiram do debate: avaliar o impacto das
1926 ações em saúde indígena adotadas pela SESAI/MS a partir dos recursos aportados; reforçar a
1927 importância de garantir tratamento equânime nas diferentes regiões do país; iniciar as tratativas
1928 para a convocação da 7ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (debater na CISI/CNS); dar
1929 visibilidade ao sucesso das ações adotadas pelo governo na área de saúde indígena;
1930 acompanhar as ações intersetoriais que envolvem outras áreas; e pautar debate no CNS sobre
1931 outros temas, como contaminação de povos indígenas por mercúrio. Conselheiro **Haroldo de**
1932 **Carvalho Pontes** reiterou as suas propostas de encaminhamento: pautar debate no CNS
1933 sobre contaminação de povos indígenas por mercúrio (estudo do pesquisador a FIOCRUZ
1934 Paulo Basta sobre este tema); e trazer a SESAI em outra oportunidade para apresentar os
1935 resultados das ações em saúde indígena adotadas pela Secretaria a partir dos recursos. A
1936 mesa registrou a proposta, mas não houve votação do conjunto das proposições. Com isso, a
1937 mesa agradeceu a presença da Secretária Adjunta da SESAI e encerrou este ponto de pauta.
1938 **ITEM 10 – ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Comissões Intersetoriais,**
1939 **Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas. Comenda Zilda Arns - Apresentação:** conselheira
1940 **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Ana Lúcia Marçal**
1941 **Paduello**, da Mesa Diretora do CNS. **COMENDA ZILDA ARNS** - A Comenda Zilda Arns tem
1942 por finalidade reconhecer o mérito do trabalho de pessoas que tenham se dedicado ao
1943 processo de desenvolvimento do SUS e da garantia do direito humano à saúde. A Comenda
1944 Zilda Arns é uma honraria concedida pelo CNS às personalidades que destinaram fundamental
1945 contribuição para a defesa do direito humano à Saúde e do SUS. Ou seja, recebem a
1946 homenagem pessoas que desenvolveram notórias ações que geraram qualidade de vida às
1947 pessoas a partir da conquista de direitos. Apresentação dos indicados em ordem alfabética: **1)**
1948 **Emerson Elias Merhy**. Há mais de anos dedica-se ao magistério no ensino da saúde coletiva
1949 e dedicou a vida à construção do Sistema Único de Saúde. Desde o período da luta pela
1950 redemocratização do país, participou da fundação do Movimento pela Reforma Sanitária,
1951 exerceu protagonismo e compromisso com a fundação do Cebes, da Abrasco e da Rede
1952 Unida, entre outras entidades importantes do campo sanitário. Possui graduação em medicina
1953 pela Universidade de São Paulo (1973), mestrado em Medicina Preventiva e Social pela
1954 Universidade de São Paulo (1983) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual
1955 de Campinas (1990). Tem desenvolvido estudos no campo da psicologia e sociologia críticas,
1956 comunidades ativas e a produção cotidiana como território de construção de redes vivas de
1957 existências, dando foco aos processos de subjetivação e os devires-vida (humanas e não-
1958 humanas). Merhy tem contribuições constantes com a participação social nas conferências de
1959 saúde, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Atualmente, integra o grupo de
1960 pesquisadores líderes da Pesquisa do CNS sobre as conferências de saúde (“Saúde e
1961 democracia: estudos integrados sobre participação social nas Conferências Nacionais de
1962 Saúde”). A produção intelectual e política de Merhy constitui questões centrais e estudos das
1963 relações intercessoras entre micropolítica, educação permanente, subjetivação e produção de
1964 conhecimento, tem desenvolvido metodologias de investigação pautadas pelos processos de
1965 avaliação compartilhada nos quais o melhor avaliador é quem pede, quem faz e quem usa. **2)**
1966 **Ilda Angélica dos Santos Correia**. Filha de José Batista dos Santos e Maria José Ferreira dos
1967 Santos, nascida em Fortaleza no Ceará, atualmente mora na cidade de Maracanaú/CE; Agente
1968 Comunitária de Saúde há mais de 20 anos. Sempre entendeu a grande importância do seu
1969 trabalho na comunidade, mas também compreendeu a necessidade da valorização de sua
1970 categoria profissional, desta forma começou sua luta em defesa dos Agentes Comunitários de
1971 Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, luta que conseguiu avanços importantes em
1972 seu município e no estado, participando também de grandes mobilizações nacionais,
1973 inevitavelmente chegou a diretoria da maior Entidade representativa da Categoria, a
1974 Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às
1975 Endemias -CONACS-, onde mais tarde em 2016 foi eleita vice presidente, alguns anos após,
1976 assumiu a presidência da CONACS. Foi eleita e reeleita presidente da CONACS, legítima

entidade que representa mais de 400 mil ACS e ACE no Brasil. **3) Joice Aragão.** Mulher Preta, ativista do movimento negro e da saúde; Defensora do Sistema Único de Saúde, especialista em doenças falciformes, que afeta a maioria da população Negra; Pediatra de Unidades Básicas de Saúde no Rio de Janeiro – 1975 a 2004; Secretária Municipal de Saúde do Município de São João de Meriti – 1984; Membro da equipe de Implantação do Programa Saúde da Família na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – 1995 a 1996; Implantação e Coordenação do Programa de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme da Secretaria de Saúde de Estado do Rio de Janeiro – 2001 a 2004; Implantação e Coordenação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme do Ministério da Saúde – 2005 a 2015; e Coordenação da cooperação internacional Brasil – África em Doença Falciforme – 2007 a 2015 2023 – Coordenadora Geral – Sangue e Hemoderivados/DAET/SAES/MS- 06/03/2023. **4) José Marmo (in memorian).** Ativista, educador, militante, filho de Oxóssi. (1954-2017); Criativo e dinâmico, Marmo se formou dentista pela UFRJ e produziu diversos projetos voltados para as áreas de saúde, educação, cultura e direitos dirigidos à população negra e povos de terreiros. Em memória ao legado da luta pela construção de políticas públicas em Saúde e Educação por meio dos saberes das religiões de matrizes africanas, o Educador e Dentista José Marmo da Silva, Ele sempre reiterou a urgência de, em todos os lugares em que estivermos, promover a luta contra o racismo e compartilhar a alegria. Marmo foi importante para o enfrentamento do racismo e da intolerância religioso e, por outro lado, lutou pela saúde. Foi um dos ativistas que ajudaram a tornar realidade a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. “A gestão pública infelizmente não faz jus à luta do Marmo, não cumpre as medidas que já existem. É isso que falta, colocar em prática na vida das pessoas. A política é bastante didática e fala de três vertentes fundamentais para garantir a saúde da população negra: Primeiro, enfrentar o racismo e seus impactos na saúde; segundo, garantir uma gestão participativa e, por fim, incorporar os conhecimentos das tradições afro-brasileiras, que têm sido fundamentais ao longo de séculos. **5) Nair Brito.** Professora e ativista, com destaque para a sua luta incansável pelo direito à saúde e sua contribuição histórica na conquista do acesso gratuito aos medicamentos antirretrovirais pelo SUS. Há décadas tem dedicado sua vida à defesa dos direitos humanos, em especial à luta contra a epidemia do HIV/Aids no Brasil. Em um momento em que a epidemia devastava vidas e as populações mais vulneráveis eram as mais afetadas, Nair liderou uma batalha judicial fundamental que garantiu a todos os brasileiros vivendo com HIV/AIDS o direito ao tratamento gratuito com antirretrovirais através do SUS. Essa vitória judicial foi um marco na saúde pública brasileira, salvando milhares de vidas e colocando o Brasil na vanguarda do tratamento e cuidado de pessoas com HIV /AIDS. Sua luta não se limitou ao campo jurídico. Ela esteve constantemente em contato com as comunidades afetadas, oferecendo suporte, orientação e lutando contra o estigma e a discriminação enfrentados por pessoas vivendo com HIV/AIDS. Foi uma força propulsora na mobilização social e na conscientização pública sobre a necessidade de políticas inclusivas e humanas no combate à epidemia. Ela integra o Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP) desde os primeiros passos do coletivo. O impacto da atuação de Nair Brito transcende o direito à saúde: sua defesa apaixonada pelos direitos das pessoas mais vulneráveis contribuiu para a construção de um sistema de saúde mais justo e acessível para todos. **Deliberação: por votação, o Plenário do CNS decidiu, por maioria, dedicar a comenda Zilda Arns 2024 para Emerson Elias Merhy.** A entrega ocorrerá na Reunião Ordinária de dezembro. As demais pessoas indicadas receberão um termo de reconhecimento público. **ATOS NORMATIVOS. 1)** Minuta de Resolução. Dispõe sobre a alteração da Portaria de Consolidação nº 752/GM/MS, de 11 de julho de 2024, para regulamentar a reunião extraordinária com a nova composição do Conselho Nacional de Saúde, triênio 2024-2027. **Deliberação:** a resolução foi aprovada por unanimidade. **2)** Recomendação decorrente da 359ª Reunião Ordinária do CNS. Recomenda adoção de medidas com a celeridade que assegurem a implementação do Programa Nacional de Saneamento Rural e sua articulação com medidas de enfrentamento da emergência climática pelo governo federal. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. 3)** Recomendação decorrente da 359ª Reunião Ordinária do CNS. Recomenda pontos de atenção e diretrizes gerais para indicação e nomeação das futuras Diretorias/Presidências da Agência Nacional de Saúde Suplementar e Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com três votos contrários. 4)** Recomendação decorrente da 359ª Reunião Ordinária do CNS. Recomenda aos Ministérios da Saúde e da Gestão e Inovação, aos Conselhos Estaduais e Municipais, aos Ministérios Públicos e aos Tribunais de Contas ações e medidas sobre o processo de reestruturação dos

2037 hospitais federais do Rio de Janeiro. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com três**
2038 **abstenções.** 5) Recomendação. Recomenda ao Ministério da Educação e ao Ministério da
2039 Saúde que observem o Parecer Técnico no qual constam recomendações técnicas sobre a
2040 Política Nacional de Residências em Saúde. Este documento, enviado previamente aos
2041 conselheiros e às conselheiras, foi revisado e foram feitas correções na redação do texto, sem
2042 mudança de mérito. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com uma abstenção.** 6)
2043 Posicionamento em relação à Portaria nº 53, de 15 de outubro de 2024, da Secretaria de
2044 Educação Superior - SESu, do Ministério da Educação. O documento, que manifesta repúdio e
2045 apela pela revogação da referida Portaria, foi assinado por: membros do Eixo 3 da Câmara
2046 Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho
2047 (CT/CIRHRT) do Conselho Nacional de Saúde; Fórum Nacional de Residentes em Saúde;
2048 Fórum Nacional de Tutores e Preceptores de Residências em Saúde; Fórum Nacional de
2049 Apoiadores de Residências em Saúde; e Fórum de Residências em Saúde da Associação
2050 Rede Unida. **Deliberação: o Pleno aprovou a proposta de delegar à CIRHRT a elaboração**
2051 **de documento que expresse apoio à adoção de políticas de ações afirmativas para**
2052 **ampliar a democratização do acesso a vagas de residência, inclusive com sua**
2053 **incorporação da PNRS. O documento será enviado à Mesa Diretora do CNS para**
2054 **aprovação ad referendum.** 7) Recomendação decorrente do item 6 da pauta. Recomenda: ao
2055 Senado Federal: que rejeite qualquer medida no sentido de ampliar subsídios fiscais a planos
2056 de saúde, e, ao contrário disso, estabeleça limites às deduções já atualmente previstas em lei;
2057 e aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde: que incentivem suas comissões de
2058 orçamento e financiamento a organizar espaços democráticos de diálogo sobre o tema com
2059 participação de suas entidades conselheiras e a sociedade civil, como oficinas, seminários,
2060 encontros, entre outros. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com dois votos**
2061 **contrários.** 8) Recomendação. Recomenda ao Congresso Nacional que promova o debate
2062 sobre o Regime Único - RJU e a Carreira para servidores públicos. Após a leitura da minuta,
2063 conselheira **Francisca Valda da Silva** apresentou acréscimos ao texto. **Deliberação: a**
2064 **recomendação, com os acréscimos lidos pela conselheira Francisca Valda da Silva, foi**
2065 **aprovada por unanimidade.** O texto será analisado, verificando a possibilidade de reduzir o
2066 número de considerandos. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheira
2067 **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS, encerrou a 360ª Reunião Ordinária
2068 do CNS. Estiveram presentes: nomes serão incluídos.