



1
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
4
5

6 ATA DA TRICENTÉSIMA SEXAGÉSIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO
7 NACIONAL DE SAÚDE - CNS
8
9

10 Aos seis e sete de novembro de 2024, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omitlon
11 Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar -
12 Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Sexagésima Reunião Ordinária do CNS. Os objetivos
13 da 360ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Prestigiar e apoiar o lançamento do
14 Curso Autoinstrucional de Monitoramento e Avaliação para o Controle Social no SUS. **2)**
15 Socializar e apreciar os itens do Expediente. **3)** Apreciar e deliberar acerca da incidência
16 internacional do controle social na saúde. **4)** Debater e deliberar sobre controle social na
17 construção da Política Nacional de Residências em Saúde e as demandas da Comissão
18 Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS. **5)** Conhecer e
19 debater os desafios para a equidade e sustentabilidade do SUS à luz do financiamento público
20 e dos incentivos fiscais para os gastos privados em saúde. **6)** Compartilhar e deliberar sobre as
21 demandas da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – 4ª
22 CNGTES e da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 5ª
23 CNSTT. **7)** Debater e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e
24 Financiamento – COFIN/CNS. **8)** Conhecer e debater as ações desenvolvidas pela Secretaria
25 Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS. **9)** Apreciar e deliberar acerca dos encaminhamentos
26 do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho
27 e Câmaras Técnicas. A reunião começou com a reinauguração do Plenário do CNS “Omitlon
28 Visconde”, que passou por reforma com duração de nove meses. **MESA DE ABERTURA E**
29 **SOLENIDADE DE REINAUGURAÇÃO DO PLENÁRIO DO CNS** - Composição: **Nísia**
30 **Trindade**, Ministra de Estado da Saúde; **Swendemberg Barbosa**, Secretário Executivo do
31 Ministério da Saúde; conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; conselheira
32 **Heliana Neves Hemetério**, da Mesa Diretora do CNS; **Ana Carolina Dantas**, Secretária
33 Executiva do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. O
34 primeiro a fazer uso da palavra foi o Presidente do CNS, que começou saudando os demais
35 integrantes da mesa e todas as pessoas presentes. Agradeceu a Ministra de Estado da Saúde
36 e o Secretário Executivo do Ministério da Saúde pela iniciativa de reformar o Plenário do
37 Conselho, uma demonstração da prioridade desta gestão com o controle social. Inclusive,
38 manifestou anseio de que os gestores estaduais também priorizem o controle social nos
39 Estados, assegurando recursos para criação e fortalecimento dos conselhos locais de saúde.
40 Também fez um destaque à incidência internacional do Conselho e citou a mobilização deste
41 Colegiado para aprovação da Resolução sobre Participação Social na Saúde da Organização
42 Mundial da Saúde – OMS, em maio de 2024. Em linhas gerais, disse que o Conselho está
43 trabalhando para resgatar o que foi destruído no país nos últimos anos, lembrando que o
44 processo de reconstrução é lento, mas necessário. Por fim, reiterou os agradecimentos ao
45 Ministério da Saúde na pessoa da Ministra de Estado da Saúde e do Secretário Executivo do
46 Ministério da Saúde e a todos aqueles que contribuíram para reforma e reinauguração do
47 Plenário, importante espaço de representação do controle social. A Secretária Executiva do
48 CNS, **Ana Carolina Dantas**, saudou todas as pessoas presentes, e manifestou sua alegria
49 com o retorno das reuniões ao Plenário do Conselho. Recordou que, desde a inauguração, em
50 2004, o Plenário passou por mudanças, inclusive com ampliação de espaço para acomodar a
51 nova composição do Conselho, que ampliou o número de pessoas conselheiras. Por fim,
52 agradeceu à Ministra de Estado da Saúde e ao Secretário Executivo do Ministério da Saúde
53 pela prioridade dada à reforma do Plenário e a toda a equipe envolvida neste processo.
54 Conselheira **Heliana Neves Hemetério**, representando o segmento de usuários, agradeceu a
55 Ministra de Estado da Saúde, o Secretário Executivo do Ministério da Saúde, a Secretária
56 Executiva do Conselho e a toda equipe técnica que apoiaram a reforma do Plenário do

57 Conselho. Também salientou que é preciso considerar o cenário internacional, uma vez que o
58 trabalho do Conselho é político e de construção coletiva. Conselheira **Francisca Valda da**
59 **Silva**, representante do segmento de trabalhadores da saúde, manifestou satisfação por
60 participar deste dia histórico do CNS, espaço criado em 1937, que atua na fiscalização,
61 acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes
62 áreas. Também manifestou satisfação com o processo de retomada da construção e
63 fortalecimento do SUS e sinalizou que 2024 foi um ano importante, de muito trabalho. Por fim,
64 desejou boas energias e ânimo com este retorno das sessões no Plenário do Conselho. O
65 Secretário Executivo do Ministério da Saúde fez uma saudação especial a todas as pessoas
66 presentes e reiterou o compromisso desta gestão com o Conselho. Nessa linha, recordou que
67 a Ministra de Estado da Saúde definiu que os secretários deveriam compor o Conselho na
68 condição de titular para participar de forma mais ativa dos debates. Além disso, recuperou que
69 a primeira agenda da Ministra da Saúde foi com o Conselho e a orientação aos representantes
70 do Ministério da Saúde neste espaço foi de participação ativa. Lembrou que a reforma do
71 Plenário iniciou-se em 23 de fevereiro de 2024 e, após nove meses, as reuniões do Conselho
72 retornam ao Plenário. Agradeceu a equipe do Ministério da Saúde, à empresa e demais
73 envolvidos nesta reforma e reiterou que este é um Ministério único, conduzido pela Ministra de
74 Estado da Saúde. A Ministra de Estado da Saúde saudou todas as pessoas presentes e, neste
75 tempo de reconstrução, reiterou que é preciso grande esforço da participação social. Nas suas
76 palavras, é tempo de comemorar e lutar as boas lutas de forma democrática. Cumprimentou o
77 Presidente do CNS pela atuação conjunta em espaços nacionais e internacionais, as demais
78 integrantes da Mesa Diretora do CNS, a Secretaria Executiva do CNS, pela ajuda neste
79 processo e ao Secretário Executivo do MS, por estar à frente desta reforma e estar atento
80 inclusive às questões de infraestrutura. Reiterou ser importante ter um Plenário que acomode
81 os 48 conselheiros e espaço para aqueles que acompanham a reunião e reiterou o
82 compromisso de garantir as condições adequadas para o bom funcionamento do Conselho.
83 Também fez referência à efetiva participação dos representantes do Ministério da Saúde nas
84 reuniões do Conselho e reiterou que neste tempo de reconstrução é preciso reconhecer os
85 avanços para ter consciência dos desafios. No mais, frisou que o Presidente da República está
86 atendo às questões da saúde e da base de construção do SUS. Nessa linha, reiterou o
87 compromisso do governo com os programas sociais de saúde e educação. Também destacou
88 a importância de diálogo entre os diversos segmentos, considerando a base comum de defesa
89 do SUS, da saúde, da democracia. Nessa lógica, sinalizou que o Conselho possui papel
90 importante de diálogo com os diversos segmentos da sociedade, para além da atribuição de
91 fiscalização e monitoramento das políticas de saúde. Afirmou que o controle social é um
92 patrimônio do SUS e precisa ser fortalecido em sua diversidade. Por fim, informou que a
93 reunião ministerial do G20 Saúde foi concluída e houve acordo sobre temas importantes como
94 mudança climática, saúde, equidade e uma só saúde, política para produção de tecnologia em
95 saúde e controle e participação social. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 360^a REUNIÃO**
96 **ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DAS ATAS DA 76^a REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA E**
97 **357^a REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 360^a REUNIÃO**
98 **ORDINÁRIA DO CNS.** Deliberação: a pauta da 360^a foi aprovada por unanimidade.
99 **APROVAÇÃO DAS ATAS DA 76^a REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA E 357^a REUNIÃO**
100 **ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação:** a ata da 76^a Reunião Extraordinária do CNS foi
101 aprovada por unanimidade; e a ata 357^a Reunião Ordinária do CNS, com uma retificação
102 solicitada pelo conselheiro Neilton Araújo de Oliveira, também foi aprovada por
103 unanimidade. **ITEM 2 – LANÇAMENTO DO CURSO AUTOINSTRUACIONAL DE**
104 **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS** - Apresentação:
105 Juliana Fernandes Kabad, coordenadora adjunta do curso Formação em Monitoramento e
106 Avaliação para o Controle Social no SUS - ISC/UFMT, participação remota; e **Marly Marques**
107 **da Cruz**, Coordenadora Geral do curso Formação em Monitoramento e Avaliação para o
108 Controle Social no SUS - ENSP/FIOCRUZ, participação remota. Coordenação: conselheiro
109 **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério**, da
110 Mesa Diretora do CNS. As convidadas fizeram a apresentação do Curso, de forma conjunta.
111 Trata-se de um curso de Qualificação Profissional (Capacitação/Cursos livres), na modalidade
112 Autoinstrucional (a distância), disponível no Campus Virtual da Fiocruz
113 (<https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/formavssus>), com recursos educacionais
114 abrigados na Plataforma Educare. O Curso é coordenado por Marly Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e
115 Juliana KAbad (ISC/UFMT). Este programa de formação compõe um programa e uma agenda
116 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 Marielle Franco, após 2423 do seu após assassinato. Nas palavras da Juíza Lúcia Glioche, 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/Misonia, 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 135º RO/Conitec, que ocorria naquele dia, estava em debate a deliberação final do PCDT de Diabetes Insípidos, de Angioedema Hereditário, de Adenocarcinoma de Cólón 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 Biotinadase, de Brucelose Humana, Miopatias Inflamatórias, Câncer de Cólón 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),

177 Prestador de Serviço, Participação 2º Suplente; Titular: Paula Johns, Associação de Controle
178 do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT), Usuário, Rodízio de
179 titularidade; e Titular: Rosa Maria Anacleto, União de Negras e Negros Pela Igualdade
180 (UNEGRO), Usuário, Rodízio de titularidade. **APRESENTAÇÃO DE NOVOS (AS)**
181 **CONSELHEIROS (AS) NACIONAIS DE SAÚDE** – Não houve. **COORDENADORES (AS) DE**
182 **PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE** - Américo de Jesus Soares Araújo – Maranhão –
183 Norte; Carlos Cesar de Oliveira Sousa – Roraima – Norte; Jamacyr Mendes Justino – Paraíba –
184 Nordeste; Jefferson de Sousa Bulhosa Júnior – Distrito Federal – Centro-Oeste; Joselene
185 Gomes de Souza – Amazonas – Norte; e Wésia Nogueira de Sena – Rio Grande do Norte –
186 Nordeste. **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE NOVEMBRO** -
187 Novembro Azul – Mês de conscientização sobre a saúde do homem. Novembro azul –
188 Diabetes. 1 a 7 de nov. - Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal. 3 de nov. - Dia
189 Mundial da Saúde Única. 6 de nov. - Dia Nacional do Riso. 6 de nov. - Dia da Malária nas
190 Américas. 8 de nov. - Dia do Radiologista. 10 de nov. - Dia Nacional de Prevenção e Combate
191 à Surdez. 10 de nov. - Dia do Médico Intensivista. 12 de nov. - Dia Mundial da Pneumonia. 13
192 de nov. - Dia da Gentileza. 14 de nov. - Dia Nacional e Mundial da Diabetes. 16 de nov. - Dia
193 Nacional dos Ostomizados. 16 de nov. - Dia Nacional de Atenção à Dislexia. 16 de nov. - Dia
194 Mundial da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC. 16 de nov. - Dia do Não Fumar. 17
195 de nov. - Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata. 17 de nov. - Dia Internacional do
196 Estudante. 17 de nov. - Dia Mundial da Prematuridade. *Inclusões solicitadas:* 4 de novembro.
197 30 anos de luta da Federação. Novembro Roxo - campanha internacional de conscientização
198 sobre a rematuridade e os cuidados com recém-nascidos. **INDICAÇÕES – Atividades.** **1)**
199 Convite da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde por meio do Departamento de Saúde
200 Mental, para compor a Mesa de Abertura do Seminário Internacional Saúde Mental, Redes e
201 Desafios atuais Crianças e Adolescentes e Jovens, dia 10 de outubro de 2024, em Brasília.
202 (Estava em Brasília). *Indicação (referendar):* conselheiro, Gabriel Henrique (CFP), Coordenador
203 CISM. **2)** Convite do Departamento de Gestão do Cuidado Integral – DGCI, para participar do
204 Seminário “A importância da Atenção Primária à Saúde no Cuidado Integral às Mulheres com
205 Câncer”, no dia 17 de outubro de 2024, no formato virtual. (virtual). *Indicação (referendar):*
206 Conselheira Shirley Marshal Diaz (FNE), coordenadora adjunta da CISMu. **3)** Convite da
207 Ministra de Estado da Saúde, Nísia Trindade para participar do Evento em alusão ao 1º de
208 outubro: Dia Nacional e Internacional da Pessoa Idosa, dia 24 de outubro de 2024, em Brasília-
209 DF. (Estava em Brasília). *Indicação (referendar):* Conselheira Walquiria Cristina (ABRAZ),
210 Coordenadora Adjunta da CIASCV. **4)** Convite da SVSA, para a “Cerimônia alusiva ao Dia
211 Mundial de Combate a Poliomielite, celebração dos 35 anos do último caso de Poliomielite no
212 Brasil e 30 anos sem poliomielite nas Américas”, dia 24 de outubro de 2024, em Brasília/DF.
213 (Estava em Brasília). *Indicação (referendar):* Conselheira Ana Lúcia Paduello (SUPERANDO),
214 integrante da Mesa Diretora do CNS. **5)** Convite da Secretaria de Ciência, Tecnologia e
215 Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, para compor a mesa de abertura e
216 participar da mesa de discussão do V Congresso da Rebrats, entre os dias 29 de outubro a 1º
217 de novembro, em Brasília-DF. (Estava no evento). *Indicação (referendar):* Conselheira Priscila
218 Torres da Silva (Biored Brasil), coordenadora da CICTAF. **6)** Convite da Secretaria de Gestão
219 do Trabalho e da Educação na Saúde, para participar da Caravana FormaSUS, com o objetivo
220 de apoiar docentes, estudantes, trabalhadores (as), gestores (as) do SUS, nos dias 30 e 31 de
221 outubro, em Fortaleza/CE. (Custeio SGTES). *Indicação (referendar):* Conselheiro, João Pedro
222 Santos da Silva (ANPG), coordenador adjunto da CIRHRT. **7)** Convite do Ministério da Saúde
223 em parceria com o Instituto Veredas e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para
224 participar do debate “Diálogo Deliberativo para Construção da Estratégia-Piloto de Serviços de
225 APS Amigáveis a Adolescentes”, dia 30 de outubro de 2024. (virtual). *Indicação (referendar):*
226 Conselheira Walquiria Cristina (ABRAZ), Coordenadora Adjunta da CIASCV. **8)** Convite do
227 Grupo Hospitalar Conceição (GHC) para participar do Seminário, em formato aula aberta à
228 Residência Multiprofissional do GHC e demais profissionais, Tema: “Defender o SUS: o esforço
229 e a conquista do controle social, dia 01 de novembro de 2024, em Porto Alegre – RS. (Reside
230 em POA). *Indicação (referendar):* Conselheira Maria Laura Bicca (FENAS). **9)** Convite do
231 Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SECTICS) para
232 participar do Encontro Nacional do Cuidado Farmacêutico: indicadores e diretrizes nacionais no
233 Pré-congresso do 5º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da
234 ABRASCO, dias 02 e 03 de novembro de 2024, em Fortaleza/CE. (Custeio DAF). *Indicação*
235 (*referendar*): Conselheira e coordenadora da CICTAF, Priscila Torres da Silva (Biored Brasil).
236 **10)** Convite da Comissão de Política, Planejamento e Gestão da ABRASCO, reunida durante o

237 5º Congresso de Brasileiro de Política, para participar da II Oficina do Plano Diretor, dia 03 de
238 novembro de 2024, em Fortaleza/CE. (Já estava no evento). *Indicação (referendar)*:
239 Conselheiro João Pedro (ANPG), e coordenador da CIRHRT. **11**) Convite da do Tribunal de
240 Contas do Estado de Mato Grosso (TCE-MT), para participar do Seminário “Construindo Ações
241 para Mato Grosso Livre da Hanseníase”, a realizar-se nos dias 4 e 5 de novembro de 2024.
242 (Virtual). *Indicação (referendar)*: Conselheiro Elenilson Souza (MORHAN), coordenadora
243 adjunto da CIVS. **12**) Convite da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) para participar
244 da cerimônia de abertura do 19º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em
245 Enfermagem (SENADEn); 16º Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem (SINADEn);
246 e 4º Colóquio Brasileiro de Enfermagem em Saúde Mental (CoBESM), dia 11 de novembro de
247 2024, em Goiânia/GO. (Custeio CNS). *Indicação (referendar)*: Conselheira Francisca Valda da
248 Silva (ABEn), coordenadora da CIRHRT. **13**) Convite da Presidência da HEMOBRÁS, para a
249 Mesa Diretora do CNS, participar da visita às instalações da fábrica da Hemobrás, dia 13 de
250 novembro de 2024, em Goiana/PE. *Indicação (referendar)*: conselheiro Fernando Zasso Pigatto
251 (CONAM), Presidente do CNS; Conselheira Heliana Hemeterio dos Santos (CANDACE); e
252 conselheiro Neilton Araújo de Oliveira (Ministério da Saúde). **14**) Convite da Academia Nacional
253 de Cuidados Paliativos, para participar do X Congresso Brasileiro de Cuidados Paliativos, dias
254 de 13 a 16 de novembro de 2024, em Fortaleza/CE. *Indicação (referendar)*: conselheira
255 Dulcilene Silva Tiné (FBH), integrante da CIASCV; e Francisco Claudemi,
256 Integrante da CIASCV e residente em Fortaleza. **15**) Convite da Agência Nacional de Vigilância
257 Sanitária - Anvisa, Gerência Geral de Alimentos, para participar do Seminário "25 anos de
258 Regulação para Promoção da Alimentação Segura e Saudável", dia 18 de novembro de 2024,
259 em Brasília-DF. *Indicação (referendar)*: Conselheira Myrian Coelho Cunha Da Cruz (CFN),
260 coordenadora da CIAN. **16**) Convite do Conselho Nacional de Justiça por meio do Fórum
261 Nacional do Poder Judiciário para a Saúde – FONAJUS, no III Congresso Fórum Nacional do
262 Poder Judiciário para a Saúde – FONAJUS como palestrante do Painel Temático 1 "Medicina
263 Baseada em Evidências na Visão dos Temas 6 E 1234 do STF", subtema 2 "Doenças raras e
264 oncológicas: desafios no acesso aos novos tratamentos", dia 21 de novembro, em São
265 Paulo/SP. (Reside em SP). *Indicação (referendar)*: Conselheira Priscila Torres da Silva (Biored
266 Brasil), coordenadora da CICTAF. **17**) Convite da Federação de Sindicatos de Trabalhadores
267 Técnico- Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA-
268 Sindical, para participar da Conferência de Abertura do Encontro Nacional de Saúde e
269 Hospitais Universitários, com o tema "Panorama da Saúde Pública do Brasil", dia 21 de
270 novembro de 2024, em Brasília/DF. (Custeio FASUBRA). *Indicação (referendar)*: Conselheira
271 Fernanda Magano (FENAPSI), integrante da Mesa Diretora. **18**) Convite da Ouvidoria-Geral do
272 SUS (OuvSUS/MS), em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
273 (ENSP/Fiocruz), para participar do Encontro Nacional da Ouvidoria-Geral do SUS
274 (ENOuvSUS24), de 2 a 4 de dezembro de 2024, em Brasília/DF. (Custeio CNS). *Indicação*
275 (*referendar*): Conselheira Heliana Hemeterio (CANDACE), integrante da Mesa Diretora.
276 *Indicação em grupos de trabalho e comissões externas – 19*) Convite da Secretaria de Gestão
277 do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS, Organização Pan-Americana da Saúde –
278 OMS e Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, para participar da Reunião da
279 Instalação do Grupo de Acompanhamento do Projeto de Formação Médica para o Brasil: Onde
280 vamos e para onde vamos?, no dia 22 de outubro de 2024, em Brasília-DF. (Estava em BSB).
281 *Indicação (referendar)*: Conselheira Francisca Valda da Silva (ABEn), e coordenadora da
282 CIRHRT. **20**) Convite do Núcleo de Cuidados Farmacêuticos, a Comissão de Ciência,
283 Tecnologia e Assistência Farmacêutica do CNS, para compor o Grupo de Trabalho sobre
284 Serviços Farmacêuticos Baseados na Atenção Primária de Saúde (SFAPS) do Brasil (GT
285 Brasil). *Indicação (referendar)*: Dalmare Anderson de Sá (ANPG), Integrante da CICTAF;
286 conselheira Priscila Torres (Biored Brasil), coordenadora adjunta da CICTAF. **21**) Convite da
287 Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens -
288 CGCRIAJ/DGCI/SAPS/MS, para compor o Comitê Nacional de Amamentação - CNAM será
289 reinstituído, no âmbito do Ministério da Saúde, em caráter permanente. *Indicação (referendar)*:
290 Titular: Shirley Marshal Díaz Morales, conselheira e Coordenadora Adjunta da CISMu.
291 Suplente: conselheira Vânia Lúcia Ferreira Leite, Coordenadora da CIASCV. **22**) Convite para
292 capacitação de controle social e gestão do SUS na Mesa “Instrumentos de Planejamento do
293 SUS”. Data: 26 de novembro. Custeio do CES/BA. Já encaminhado. **23**) Convite para
294 participar de evento sobre “Política Nacional de Adolescente e Jovem. Data: 7 de novembro de
295 2024. Indicação: conselheira Vânia Lúcia Ferreira Leite. **24**) Convite do Fórum Mineiro de
296 Saúde Mental para participar de Seminário sobre redução de danos, em Minas Gerais, de 20 a

297 23 de novembro; e convite para o simpósio “A rua é potência – diálogos sobre equidade racial
298 para população de rua”, em 26 de novembro. Indicação: conselheiro José Vanilson Torres.
299 **Deliberação:** as indicações foram aprovadas. **RELATÓRIO DA MESA DIRETORA.** O
300 documento foi enviado com antecedência. Devido à exiguidade de tempo, não foi lido na
301 reunião. **ITEM 4 – INCIDÊNCIA INTERNACIONAL DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE -**
302 **Apresentação:** **Alexandre Ghisleni**, Embaixador Chefe da Assessoria Especial de Assuntos
303 Internacionais - AISA/MS; **Paulo César Carbonari**, representante do Movimento Nacional de
304 Direitos Humanos - MNDH Brasil; e **Rebeca Cruz**, Consultora Nacional de Sistemas de Saúde
305 na Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil - OPAS/OMS. **Coordenação:** conselheiro
306 **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Madalena Margarida**, da Mesa
307 Diretora do CNS. Inicialmente, a mesa saudou as pessoas convidadas e fez a leitura dos
308 currículos de cada uma. O primeiro expositor foi o representante do MNDH Brasil, **Paulo César**
309 **Carbonari**, coordenador do Projeto de Incidência Internacional do Controle Social na Saúde.,
310 que começou saudando todas as pessoas e explicando que o tema em pauta surgiu no
311 planejamento do Conselho e os focos de atuação são os seguintes: monitoramento de
312 compromissos com o direito humano à saúde - DH Saúde; participação AMS/OMS; e
313 responsabilização em saúde. Salientou que a organização deste processo de incidência ocorre
314 da seguinte forma: a) promoção: CNS; b) coordenação/execução: Articulação para o
315 Monitoramento dos Direitos Humanos no Brasil – AMDH, Movimento Nacional de Direitos
316 Humanos – MNDH, Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP e Comissão de
317 Direitos Humanos de Passo Fundo – CDHPF; e c) apoio: Organização Pan-Americana da
318 Saúde - OPAS/OMS. Sobre o monitoramento de compromissos DH Saúde, citou a participação
319 do CNS nos seguintes processos: Revisão Periódica Universal - RPU Brasil; Comitês de
320 Tratados; e Relatoria Saúde. Salientou que o resultado de todo esse processo resultou na
321 publicação “Recomendações Internacionais sobre Direito Humano à Saúde”. Além disso,
322 destacou a participação do Conselho na 77ª Assembleia Mundial da Saúde - AMS/OMS, com
323 duas agendas chave: Resolução sobre Participação Social; e Instrumento Internacional sobre
324 Pandemias (houve debate de outros temas da Agenda). Detalhou que o Conselho colaborou
325 intensamente com o processo preparatório referente a 77ª AMS/OMS com: a) incidência na
326 elaboração da Resolução; interlocução com AISA/MS e MRE/Missão em Genebra; reuniões da
327 Mesa Diretora; debate no Pleno do CNS; envio de contribuições aos/as negociadores (as); b)
328 incidência na elaboração do Instrumento Pandemias: interlocução com AISA/MS e MRE,
329 reuniões da Mesa Diretora, audiências MRE, envio de contribuições aos/as negociadores (as);
330 e c) preparação participação na Assembleia Mundial de Saúde: formação do coletivo do
331 controle social em saúde e organização da agenda. Detalhou ainda que a participação do CNS
332 na Assembleia da OMS ocorreu da seguinte forma: agenda oficial; atividades paralelas;
333 aprovação resolução; adiamento instrumento pandemias; mudanças no Regulamento Sanitário
334 Nacional - RSI; e outras Resoluções (o Presidente do CNS e a Secretaria Executiva do CNS
335 participaram de todo o processo oficial da Assembleia). Disse que o evento teve ampla
336 cobertura, com notícia em diversos meios de comunicação. Sobre o tema da responsabilização
337 em Saúde, citou a atuação em dois eixos: Recomendação CCPR/ONU; e acompanhamento
338 TPI – Tribunal Penal Internacional 29. Destacou que o Comitê está preocupado com as altas
339 taxas de mortalidade por Covid-19, impactando particularmente gestantes negras, indígenas e
340 quilombolas e pessoas privadas de liberdade, entre outras; e com reportagens sobre
341 negligência no manejo da pandemia, falta de medidas adequadas para prevenir mortes,
342 minimização da gravidade da Covid-19 e falta de responsabilização (artigo 6º). Citou o art. 30
343 da Recomendação que define: “O Estado Parte deve assegurar que quaisquer violações de
344 direitos humanos relacionadas com o enfrentamento da pandemia sejam prontamente e
345 adequadamente investigadas, que responsáveis sejam processados e, se condenados,
346 punidos com as sanções cabíveis; e que as vítimas sejam reparadas” (Observações Finais
347 sobre o Terceiro Relatório Periódico do Brasil – CCPR/C/BRA/CO/3 [138ª Sessão do
348 CCPR/ONU] – 26 jul. 2023). Sobre a participação social, disse que a Resolução “Participação
349 Social para a Cobertura Universal em Saúde, a Saúde e o Bem-Estar”, foi aprovada por
350 unanimidade na 77ª AMS, no dia 28 de maio de 2024 (WHA77.2). A iniciativa foi proposta por
351 Alemanha, Bélgica, Brasil, Chipre, Colômbia, Croácia, Equador, Eslováquia, Eslovênia,
352 Espanha, Estados Unidos de América, Filipinas, Finlândia, França, Georgia, Grécia,
353 Guatemala, Irlanda, Luxemburgo, Moldávia, Noruega, Países Baixos (Holanda), Kirguistão,
354 República Tcheca, Sri Lanka, Tailândia e Tunísia. Patrocinada por Tailândia, Brasil, Eslovênia,
355 França, Noruega. Para melhor entendimento, citou o núcleo central da Resolução: “Exorta os
356 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

417 internacional. **Manifestações.** Conselheira **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**
418 salientou a importância da participação social e aproveitou para informar que o Conselho da
419 Pessoa Idosa realizará a VI Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa e também
420 conferências livres, seguindo o exemplo do CNS. Conselheira **Altamira Simões dos Santos**
421 **de Sousa** celebrou as conquistas do Conselho nesta área, especialmente a aprovação da
422 resolução. Todavia, ponderou que o documento não contemplou questões importantes como
423 extermínio da população negra e as questões de gênero. Além disso, reiterou que o termo
424 "mulheres" não contempla todas as mulheres e suas diversidades/especificidades, portanto é
425 preciso rever para os próximos documentos da Organização. No mais, salientou que o Brasil
426 precisa aliar-se à luta antirracista, combatendo o extermínio físico e subjetivo da população
427 negra. Conselheiro **Luiz Carlos Ferreira Penha** também destacou a importância desta pauta e
428 aproveitou para reiterar a contribuição das terras indígenas para a saúde da população mundial
429 (áreas indígenas preservadas absorvem as partículas de queimadas, por exemplo). Além
430 disso, destacou que a preservação de terras indígenas contribui para diminuir gastos com
431 saúde da população mundial. Nessa linha, solicitou o apoio do CNS e da OMS para que
432 defendam o debate de questões indígenas no cenário internacional. Conselheiro **Neilton**
433 **Araújo de Oliveira** reiterou que este é um tema de suma importância e precisa ser uma
434 prioridade do Conselho. Reconheceu a aprovação da Resolução como vitória, todavia,
435 ponderou que o documento é uma estratégia mínima de apoio e visibilidade, portanto, por si só,
436 não viabilizará a participação social. Com base na experiência positiva da construção e
437 atuação da Rede Consumo Seguro e Saúde – RCSS, sugeriu a criação de um canal para
438 divulgar ações de incidência internacional do controle social na saúde. Conselheira **Shirley**
439 **Marshal Díaz Morales** reconheceu que a Resolução é um marco histórico e aponta o Brasil
440 como exemplo, a ser seguido por outros países, na garantia da participação social na definição
441 de políticas públicas. Como encaminhamento, sugeriu que, na próxima gestão do Conselho,
442 seja avaliada a proposta de criar grupo de trabalho dedicado a colaborar com organismos
443 internacionais na construção de resoluções para avançar na saúde global. Conselheira **Lúcia**
444 **Regina Florentino Souto** celebrou essa vitória histórica e frisou que a democracia é um eixo
445 estratégico para o mundo atual. Diante da conjuntura internacional, com destaque para o
446 cenário dos Estados Unidos, frisou que é essencial priorizar temas como participação social,
447 nova governança global, mudanças climáticas e seus efeitos. Por fim, registrou que o governo
448 brasileiro comprehende a participação social como prioridade e o Brasil tem muito a contribuir
449 com esta questão no mundo. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** saudou o Presidente
450 do CNS por ter trazido este tema à pauta e celebrou a aprovação da resolução como vitória.
451 Também destacou a importância do conjunto de ações do Conselho relativas à incidência do
452 controle social, realizadas em parceria com outros órgãos importantes. Como
453 encaminhamento, propôs que o CNS acompanhe o processo de negociação para fazer
454 avançar o acordo sobre o Tratado de Pandemias. Conselheira **Francisca Valda da Silva**
455 elogiou o país e o controle social brasileiro pela iniciativa de incidir internacionalmente,
456 lembrando que a agenda nacional não está dissociada da agenda global. Disse que o momento
457 é de ameaça à democracia, portanto, é preciso fortalecer a participação social para defesa
458 desse princípio. Além disso, sinalizou que é essencial assegurar vigilância sanitária para
459 impedir retrocessos. Salientou a importância de debater os grandes desafios estruturais e
460 conjunturais e conclamou as entidades e movimentos a lutar para barrar a imposição da
461 institucionalização dos Pisos Constitucionais. Por fim, perguntou como se daria o processo de
462 avaliação acerca da implementação da resolução sobre participação social. **Retorno da mesa.**
463 A Consultora Nacional de Sistemas de Saúde na OPAS/OMS, **Rebeca Cruz**, agradeceu as
464 falas e pontuou os seguintes aspectos: a OPAS possui compromisso com as questões de
465 gênero, raça e saúde indígena e se dispõe a trabalhar esses temas em resoluções e em outros
466 documentos; a resolução é um passo inicial e histórico, sendo referência para implementar a
467 participação social em outros países; saúde e democracia são duas questões indissociáveis;
468 concordância com a proposta de constituir GT para avançar e concretizar os avanços; e o
469 princípio da democracia é essencial para garantir o direito humano à saúde. O Embaixador
470 Chefe da AISA/MS, **Alexandre Ghisleni**, fez os seguintes comentários a partir das
471 intervenções: o texto da resolução estabelece que o diretor-geral da OMS apresentará relatório
472 sobre a implementação em 2026, 2028 e 2030; para dar continuidade ao diálogo sobre a
473 temática no âmbito da OMS, será necessário considerar a hipótese de renovação da resolução
474 em 2030; dificuldade para incluir população negra e questões de gênero no G20 e na OMS
475 (país africano foi contra singularizar a questão afrodescendente, porque poderia dar a
476 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,

537 especialmente a elaboração de resoluções, e o Conselho possa contribuir nesse
538 processo (a sugestão é que Conselho priorize pautas estratégicas por conta do volume
539 de debates); debater, na próxima gestão do Conselho, a proposta de criar um sistema de
540 monitoramento de eventos internacionais; e acompanhar o processo de negociação para
541 avançar no acordo sobre o Tratado de Pandemias. As propostas apresentadas serão
542 encaminhadas posteriormente, visto que este é um tema de acompanhamento
543 permanente do Conselho. Definido este ponto, às 13h, a mesa encerrou a manhã do primeiro
544 dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: nomes serão
545 incluídos. Retomando, às 14h, a mesa foi composta para o item 5 da pauta. Primeiro, a mesa
546 fez uma saudação à memória do médico sanitário Mário Tesla, falecido em 5 de novembro,
547 lembrando as ações comprometidas do profissional com as necessidades sociais. **ITEM 5 –**
548 **CONTROLE SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM**
549 **SAÚDE - PARECERES DE PROCESSOS DE AUTORIZAÇÃO, RECONHECIMENTO E**
550 **RENOVAÇÃO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE - Comissão**
551 **Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS.**
552 **Apresentação:** conselheira **Vitória Davi**, coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS.
553 **Coordenação:** conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e
554 coordenadora da CIRHRT/CNS; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora
555 do CNS. **PARECERES DE PROCESSOS DE AUTORIZAÇÃO, RECONHECIMENTO E**
556 **RENOVAÇÃO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO DA ÁREA DA SAÚDE** – Inicialmente, a
557 coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS apresentou os quinze pareceres elaborados no período
558 de 7 a 25 de outubro 2024 (18 dias), sendo onze insatisfatórios, três satisfatórios com
559 recomendações e um satisfatório. A situação dos processos analisados é a seguinte: **1)**
560 Relação entre número de processos analisados e ato regulatório - Autorização: 9; e
561 Reconhecimento: 6; **2)** Relação entre número de processos analisados e Curso - Enfermagem:
562 9; Medicina: 2; Odontologia: 0; e Psicologia: 4; **3)** Relação de cursos e tipo de ato regulatório:
563 Enfermagem: 8 de autorização e 1 de Reconhecimento; Medicina: 2 de reconhecimento;
564 Odontologia: 0; Psicologia: 1 de Autorização e 3 de Reconhecimento; e **4)** Relação entre
565 número de processos analisados e parecer final: 11 insatisfatórios; 3 satisfatórios com
566 recomendações; e 1 satisfatório. Os pareceres foram enviados previamente a todas as
567 pessoas conselheiras, seguindo as determinações do Regimento Interno do CNS. Não
568 havendo manifestações, a mesa colocou em votação os pareceres apresentados.
569 **Deliberação:** os quinze pareceres apresentados, sendo onze insatisfatórios, três
570 satisfatórios com recomendações e um satisfatório, foram aprovados por maioria, com
571 duas abstenções, uma com declaração de voto. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**
572 declarou que se absteve da votação, porque não conseguiu analisar previamente os processos
573 em apreciação. **CONTROLE SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE**
574 **RESIDÊNCIAS EM SAÚDE** – **Apresentação:** **Priscilla Azevedo Souza**, Coordenadora-Geral
575 da CGRES/DEGES/SGTES/MS; **Paola Alejandra Valenzuela Reyes**, assessora da
576 Coordenação de Residências em Saúde - DDES/ SESU/MEC; e **Rogean Vinícius Santos**
577 **Soares**, Presidente da Associação Nacional dos Pós-graduandos – ANPG. Antes de abrir a
578 palavra para as pessoas convidadas, a coordenação da mesa fez a leitura dos currículos de
579 cada uma. Iniciando, a Coordenadora-Geral da CGRES/DEGES/SGTES/MS, **Priscilla**
580 **Azevedo Souza**, apresentou a Política Nacional de Residências em Saúde – PNRS. Explicou
581 que o processo de construção contou com etapa de identificação de problemas e formação da
582 agenda governamental (entre as atividades, Seminário Nacional de Residência em Área
583 Profissional da Saúde) e de formulação da política e processo decisório (Reuniões alinhamento
584 MS e MEC, Reunião Fóruns e entidades representativas, debate nas Reuniões CIRHT/CNS).
585 Detalhou que a Política é assim composta: Capítulo I - das disposições gerais; Capítulo II - Dos
586 eixos da PNRS: Seção I - Do dimensionamento de especialistas no SUS, Seção II - Da gestão
587 das residências em saúde no SUS, Subseção I - Da gestão dos programas de residência em
588 saúde, Subseção II - Dos sistemas de informação e gerenciamento das residências em saúde,
589 Subseção III - Do apoio aos programas de residência em saúde, Seção III - Do financiamento
590 das residências em saúde, Seção IV - Da qualificação e valorização das residências em saúde,
591 Subseção I - Das ofertas educacionais, Subseção II - Da avaliação nas residências em saúde,
592 Subseção III - Da valorização das residências em saúde e a integração com a gestão do
593 trabalho no SUS, Subseção IV - Da promoção da saúde mental e da prevenção e
594 enfrentamento ao assédio nos programas de residência em saúde; e Capítulo III - Disposições
595 Finais. Detalhou que são eixos estruturantes da PNRS para alinhar as residências em saúde
596 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 multiprofissional, 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

657 preceptoria; ausência de uma política de absorção dos egressos; condições desfavoráveis para
658 formação residência - carga horária excessiva (proposta: de 60 horas semanais para 40 horas);
659 ambiente com forte presença de assédio moral; adoecimento mental e físico; ausência de
660 integração no sistema nacional de pós-graduação: pós-graduação stricto sensu, Residência
661 médica e Residência multi e uni; estratificação social das profissões de saúde: residência
662 médica e residência multi e uni; e diferentes políticas e órgãos de regulamentação: diferenças
663 na política de assistência estudantil e fragilidade jurídica da multi e uni. Seguindo, falou sobre a
664 Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, instituída pela Portaria interministerial
665 MEC/MS nº 7/2021, que também institui o Programa de Bolsas para residências. Detalhou os
666 eixos norteadores definidos pela Portaria MEC/MS nº. 07/2021, explicando que repete os eixos
667 da Portaria Interministerial 1.077/2009, com supressão de cinco deles, a saber: i. cenários de
668 educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País; ii. concepção
669 ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social
670 responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural; iii.
671 abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de
672 ensino- aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais; iv. integração de saberes e práticas
673 que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação
674 permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de
675 trabalho e gestão em saúde; e v. estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a
676 participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e
677 reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS. Também
678 citou a Portaria MEC/MS nº. 07/2021, que altera a composição da Comissão, com destaque
679 para os seguintes pontos de atenção: aumento de membros da gestão federal; supressão de
680 trabalhadores, coordenadores, tutores e preceptores; diminuição de representantes de
681 residentes; e esvaziamento da participação social. Sobre a atribuição da Comissão, pontuou
682 que: a Portaria MEC/MS nº. 1077/2009 prevê "I - exercer atribuições normativas, deliberativas e
683 de assessoramento da Secretaria de Educação Superior, sobre assuntos afetos à Residência
684 Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde"; e a Portaria MEC/MS
685 nº. 7/2021 determina "I - assessorar o MEC e o MS nos assuntos afetos à Residência
686 Multiprofissional em Saúde e à Residência em Área Profissional". Ou seja, um esvaziamento
687 político de uma em comparação à outra. Também pontou que há uma fragilidade política da
688 CNRMS e CNRM e uma correlação de forças no âmbito da Comissão (16 reuniões com
689 discussões "burocráticas"). Por outro, a CNRMS traz inovações estruturais, como as
690 Comissões Descentralizadas - CODEMUS, responsáveis por monitorar o andamento dos
691 PRMS e PRAPS da unidade da Federação (Composição – Coremu + representantes
692 residentes - proposta aprovada por proposição da ANPG, através dos representantes dos
693 residentes). Em síntese, disse que a situação da CNRMS é a seguinte: Portaria MEC/MS nº
694 7/2021 é um marco histórico para o sistema nacional de residências; apesar das inovações
695 estruturais, a nova CNRMS representa uma nova e atrasada concepção de residências;
696 CNRMS é uma estrutura frágil; esvaziamento de atores políticos; o governo anterior trouxe
697 retrocessos para o sistema de residências; e é necessária revogação da portaria. Por fim,
698 apresentou ações a serem implementadas relativas às residências em saúde: instituir uma
699 política nacional de residências; integração entre todas as modalidades de pós-graduação;
700 integração entre todas as modalidades de residência; Política nacional de preceptoria, com
701 articulação entre municípios e Estados; discussão e aprovação da redução da carga horária
702 sem redução da bolsa; mecanismo anual de reajuste das bolsas-salários; e regulamentação
703 das faltas nas atividades práticas. **Manifestações.** Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**
704 saudou o CNS por debater este tema, dada a necessidade de avançar nos debates. Inclusive,
705 destacou a importância de compilar o conjunto de contribuições à proposta, a fim de serem
706 debatidas e contempladas, visando alcançar uma Política que atenda, de fato, às
707 necessidades. Conselheira **Talita Garrido de Araújo** destacou a importância deste debate e
708 frisou a necessidade de fomentar a formação de patologista para ampliar o diagnóstico de
709 câncer, assegurando a distribuição desses profissionais em todo do território nacional. Além
710 disso, sugeriu incluir a oncologia pediátrica na residência e também a formação em hematologia,
711 sobretudo para as hemoglobinopatias hereditárias, com destaque à talassemia e doença
712 falciforme, que podem levar à morte na falta de tratamento adequado e oportunno. Conselheira
713 **Helenice Yemi Nakamura** elogiou a Política, com destaque para os seguintes pontos
714 positivos: formação cidadã, incentivo à permanência, bolsas e participação dos residentes no
715 controle social. Por outro lado, solicitou atenção para outras questões importantes: avaliação
716 do tutor; formação em saúde de preceptor; e possibilidade de recolhimento do INSS em relação

717 à Bolsa-Salário dos residentes. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi** destacou a
718 importância da participação do MEC neste debate e de outros temas relativos à formação em
719 saúde. No que diz respeito à residência, disse que é preciso debater e dar materialidade a
720 uma política de assistência estudantil, que sirva de instrumento para fixação dos profissionais
721 nos territórios, com respeito à dignidade dessas pessoas. No campo da saúde mental,
722 destacou que é preciso enfrentar a questão das jornadas extenuantes. Por fim, destacou a
723 importância da participação do movimento sindical na Comissão Nacional de Residência.
724 Conselheira **Silvana Nair Leite Contezeini** destacou a importância dos programas de residência
725 como estratégia primorosa de formação para o SUS. Informou que a Universidade Federal de
726 Santa Catarina e a Universidade Estadual de Londrina iniciaram projeto de pesquisa com
727 egressos dos programas de residência no Brasil e os primeiros resultados apontam para
728 diversidade de competências. Inclusive, solicitou maiores informações sobre o investimento do
729 Ministério da Saúde em pesquisas sobre residência. Conselheiro **Albanir Santana** saudou as
730 pessoas convidadas e manifestou preocupação com a falta de formação dos preceptores para
731 orientar os residentes na área. Salientou a importância de incentivar a residência em pediatria,
732 inclusive por conta da escassez de pediatras no país. No mais, registrou a importância de
733 assegurar política salarial para valorização dos profissionais e definir ações para diminuir a
734 carga excessiva das pessoas residentes. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** destacou a
735 importância desta pauta e, na condição de supervisor de programa de residência, pontuou os
736 seguintes aspectos: é preciso ampliar a oferta de residência na área de patologia e
737 anestesiologia, diante da escassez dessas especialidades; é essencial esforço para ocupar
738 todas as vagas de residência disponíveis; e é necessário melhorar o diálogo entre os
739 programas do Ministério da Saúde e do MEC, para garantir maior número de vagas para
740 residências. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** também cumprimentou a Comissão por trazer
741 esta pauta para debate no Plenário e fez uma saudação à Câmara Técnica do eixo 3 – pós-
742 graduação e residências da CIRHRT/CNS. Inclusive sinalizou que a Câmara, junto com
743 representações, elaborou uma proposta de recomendação que será apreciada no último item
744 da pauta. No que diz respeito à Política, destacou os seguintes avanços: formação
745 especializada e não de especialistas; cenários de aprendizagem com ênfase na educação
746 interprofissional; carga horária para atividades político-organizativas e para o controle social;
747 valorização dos profissionais e professores que atuam como tutores, coordenadores,
748 preceptores - que seja com titulação em concursos públicos; pensar na assistência estudantil
749 enquanto permanência, inclusão e equidade; e promoção da saúde mental, contemplando
750 dignidade no trabalho e na formação, com ruptura de práticas de assédio e discriminação e
751 defesa de políticas afirmativas e cotas como reparação histórica. Por fim, manifestou repúdio à
752 portaria que trata da nomenclatura das residências e defendeu a revogação, reafirmando que o
753 debate sobre as residências deve passar pelo CNS. Conselheira **Vitória Davi Marzola** também
754 saudou a Comissão e a Câmara Técnica do eixo 3 pelos debates sobre residência e reiterou
755 que os resultados dessas discussões eram trazidos de forma fiel ao Pleno do Conselho.
756 Chamou a atenção para as residências, que afetam diretamente a assistência no âmbito do
757 SUS, ou seja, faz parte do processo educacional e da força de trabalho do país. Sobre a
758 absorção dos egressos, lembrou que muitos vão para o setor privado e, outros saem do país,
759 considerando que os residentes são extremamente assediados, em especial aqueles cuja
760 formação ocorreu nas instituições públicas. Por fim, propôs que os editais de residência
761 contemplem ainda mais critérios que possibilitem manter esses profissionais nos territórios e no
762 SUS. **Retorno da mesa.** A Coordenadora-Geral da CGRES/DEGES/SGTES/MS, **Priscilla**
763 **Azevedo Souza**, agradeceu as falas e respondeu aos questionamentos destacando que: as
764 contribuições à Política (724) foram analisadas, consolidadas e contempladas no documento;
765 há várias pesquisas financiadas pelo Ministério da Saúde para avaliar a situação dos egressos
766 de residência, com foco nos dados sobre ociosidade e concorrência, inclusive para formar
767 especialistas em áreas estratégicas; investimentos na qualificação dos processos, com
768 formação de preceptores, é essencial, porque contribuiu para qualificar os programas de
769 residência; a redução da carga horária está em debate, mas a Política não define essa questão
770 por ser uma norma infralegal; a Política contempla questões relativas à saúde mental;
771 Ministério da Saúde está trabalhando a minuta do decreto com o Mec e a intenção é
772 encaminhar para a Casa Civil; CNS deve indicar sua representação para a Comissão Nacional
773 de Residência Multiprofissional; Política defende a valorização institucional dos docentes e que
774 a residência seja considerada como carga horária; e a Política precisa ser validada pelos
775 gestores de forma tripartite, porque afeta as três esferas de gestão. A assessora da
776 Coordenação de Residências em Saúde - DDES/SESU/MEC, **Paola Alejandra Valenzuela**

777 **Reyes**, também comentou aspectos das falas, salientando que: a nova composição da
778 Comissão definida na minuta do decreto traz a possibilidade de seguir na construção coletiva,
779 democrática com os entes envolvidos (contempla, inclusive, representação das preceptorias);
780 as categorias profissionais serão chamadas para diálogo; o processo de avaliação das
781 residências está em debate, com sinalização para mudança do padrão; a ociosidade de vagas
782 de residências está em debate, para entender os motivos e compreender os locais prioritários
783 para orientar as melhores decisões; e o diálogo entre MS e MEC está acontecendo de forma
784 alinhada, pois a finalidade é semelhante: formar com qualidade para atender as demandas do
785 SUS. O Presidente da ANPG, **Rogean Vinícius Soares**, também agradeceu as
786 manifestações e fez as seguintes ponderações: o debate sobre a Política Nacional de
787 Residências é um marco para avançar nesta pauta; importante que o CNS se manifeste sobre
788 o posicionamento do Conselho Federal de Medicina - CFM contra a adoção de cotas para
789 ingresso em programas de residência médica, porque representa retrocesso; é essencial
790 responsabilizar os entes federativos sobre o processo de residências; e a Política é um
791 instrumento de avanço e é preciso garantir financiamento para efetivar as discussões. Por fim,
792 disse que a ANPG estava à disposição para continuar o debate e contribuir na formação de
793 qualidade dos futuros trabalhadores e integração aos campos de prática do SUS, para
794 promoção da saúde integral à população. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** recordou
795 que foram enviados previamente às pessoas conselheiras compilado de documentos sobre
796 este tema. Considerando que as discussões sobre este tema continuariam, registrou os
797 principais pontos e propostas que emergiram do debate: garantia da materialidade da política
798 de assistência estudantil, a fim de superar as jornadas extenuantes; importância da presença
799 dos movimentos sindicais na construção da Política de Residência Multiprofissional em Saúde;
800 garantir a melhoria da oferta de vagas em áreas específicas, ocupando todas as vagas
801 disponíveis para residências, melhorando o diálogo entre os dois programas do MEC e do
802 Ministério da Saúde; necessidade de propor políticas em que os editais contemplem critérios
803 para residentes; valorização do docente de forma institucional; importância de fomento para
804 ampliar o número de oncologistas; garantir nova composição da Comissão de Residência;
805 incentivar investimento em pesquisas de residência; e ter uma posição do CNS sobre o
806 posicionamento do Conselho Federal de Medicina - CFM contra a adoção de critério de cotas
807 para ingresso em programas de residência médica (indicação à coordenação da CIRHRT para
808 construir esse documento e apreciar ainda na reunião). Conselheira **Francisca Valda da Silva**,
809 coordenadora da CIRHRT/CNS, manifestou satisfação com este rico debate, inclusive com a
810 representação do MEC e lembrou que o Conselho aprovou a realização do 5º Seminário
811 Nacional sobre Residências. Recordou ainda que a 4ª CNGTES irá debater questões relativas
812 à gestão do trabalho e da educação em saúde, e perguntou sobre a previsão de publicação da
813 portaria com nova composição da comissão nacional de residência, com a participação do
814 controle social, federações sindicais. A Diretora de DDES/SESU/MEC, **Gisele Viana Pires**,
815 interveio para informar que o MEC e o Ministério da Saúde trabalhavam no sentido de finalizar
816 o texto da portaria com a nova composição da comissão nacional de residência e publicar até a
817 4ª CNGTES. Com essa fala, a mesa agradeceu a presença das pessoas convidadas e
818 encerrou este ponto de pauta. **ITEM 6 – DESAFIOS PARA A EQUIDADE E**
819 **SUSTENTABILIDADE DO SUS À LUZ DO FINANCIAMENTO PÚBLICO E DOS INCENTIVOS**
820 **FISCAIS PARA OS GASTOS PRIVADOS EM SAÚDE** - Apresentação: **Fernando Gaiger**
821 Silveira, diretor de Desenvolvimento Institucional do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
822 – IPEA; **Gabriel Squeff**, diretor Substituto do Departamento de Economia e Desenvolvimento
823 em Saúde - DESID/SECTICS/MS; conselheiro **Mauri Bezerra da Silva**, coordenador adjunto
824 da COFIN/CNS; e conselheira **Shirley Marshall Morales**, coordenadora adjunta da Comissão
825 Intersetorial de Saúde Suplementar - CISS/CNS. Coordenação: conselheira **Heliana**
826 **Hemetério**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa
827 Diretora do CNS. Conselheira **Shirley Marshall Morales**, coordenadora adjunta da CISS/CNS,
828 agradeceu a Mesa Diretora do CNS por incluir esta pauta, sugerida pela COFIN/CNS e
829 CSS/CNS, considerando a importância de debater os desafios para garantir equidade e
830 sustentabilidade do SUS. Nesse contexto, sinalizou que é preciso debater reforma tributária e
831 gastos tributários no sentido de garantir que o SUS alcance as necessidades do povo
832 brasileiro. Sendo assim, salientou que é preciso rejeitar qualquer medida no sentido de ampliar
833 subsídios fiscais a planos de saúde e incentivar a definição de limites às deduções já
834 atualmente previstas em lei. Conselheiro **Mauri Bezerra da Silva**, coordenador adjunto da
835 COFIN/CNS, frisou que esta discussão é essencial, considerando, entre outros aspectos, os
836 prejuízos das deduções de despesas em saúde do imposto de renda ao SUS. Inclusive,

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

897 crônicas, por considerar um dos exemplos mais absurdos desses gastos, porque, além do
898 termo ser ruim (moléstia grave), o gasto com essa parcela da população (5%) equivale
899 proporcionalmente ao gasto com os outros 95%. Acrescentou que, mesmo no caso de cura da
900 doença, a pessoa ainda sim continua a receber por conta da doença. Salientou que esta
901 medida é antiga e semelhante às medidas de outros países com sistemas de proteção na
902 época da guerra, mas o sistema de proteção a esse tipo de doença e ao veterano de guerra foi
903 se resolvendo, mas não houve mudança na política. Ou seja, há uma política que se preservou
904 sem amadurecer em razão do crescimento da oferta pública e privada. Acrescentou que não há
905 mais a necessidade de isenção pelas características iniciais de que esse gasto pressionava
906 muito as famílias. No mais, frisou que os gastos catastróficos em saúde no Brasil acometem
907 famílias de baixa renda, que não estão defendidas por isenção tributária. Avaliou que a
908 extinção da isenção do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física por conta de doenças graves
909 seria essencial para fortalecer o SUS, uma vez que este valor gira em torno de R\$ 15 bi,
910 todavia, nas suas palavras, isso seria quase impossível. Seguindo, falou sobre a isenção do
911 Imposto de Renda para aposentados e, com base nas análises, também não deveria existir,
912 porque, entre outros aspectos, contempla apenas 20% das pessoas aposentadas. Explicou que
913 essa política foi instituída em países onde a aposentadoria causa choque de renda e o
914 rendimento de aposentadoria é menor do que aquele recebido no mercado de trabalho. No
915 caso do Brasil, a taxa de retorno é elevada, portanto, não há choque de renda. Sobre a isenção
916 do Imposto de Renda relacionada a despesas médicas, que corresponde a R\$ 25 bilhões,
917 também é um ponto que merece discussão, visto que beneficia apenas 5% da população.
918 Diante desse cenário, salientou que é preciso examinar com maior profundidade o peso do
919 gasto tributário na oferta privada de serviços. Nessa linha, é preciso considerar que a reforma
920 tributária também apontou a continuidade de subsídio e benefício para o setor privado. Além
921 disso, pontuou outros segmentos que continuam com benefícios: alguns alimentos da cesta
922 básica, medicamentos, indústria química, e, em especial, serviços educacionais e de saúde,
923 que ficaram isentos ou desonerados. Finalizando, frisou que o setor progressista precisa
924 entender que o caminho para uma sociedade evoluída não é o consumo, mas sim a extinção
925 da "mercadorização" da educação, da saúde e da previdência. Salientou que é preciso
926 defender o Estado de bem-estar social, com enfrentamento das diversas correntes contrárias,
927 inclusive políticas e culturais. Seguindo, expôs o diretor substituto do DESID/SECTICS/MS,
928 **Gabriel Squeff**, que iniciou manifestando satisfação por participar do debate deste tema
929 desafiador. Como ponto de partida da sua exposição, destacou a recomposição do Orçamento
930 da Saúde, de R\$ 103 bi, em 2014, para R\$ 224,9 bi, em 2024. Salientou que as novas regras
931 indicam que o investimento em saúde obrigatoriamente irá crescer mais do que as demais
932 despesas. Disse que, ao comparar com outros países, o Brasil destoa no que diz respeito à
933 composição das despesas com saúde. Neste ponto, destacou que se utiliza o SHA (System of
934 Health Accounts), metodologia consolidada da OCDE e da OMS para comparar as
935 despesas/gastos privados e públicos de saúde entre os países. Explicou que as despesas com
936 saúde no Brasil gira em torno de 9% do PIB, valor relativamente parecido com o do Reino
937 Unido, superior a do México, próximo ao da Argentina e do Chile. Todavia, o Brasil destoa
938 desses países porque a maior parte da despesa é privada e não pública. Disse que, ao analisar
939 em termos da população de cada país, observa-se que outros países, inclusive que não
940 possuem sistemas como o SUS, possuem gasto per capita maior que o Brasil. Além disso, a
941 composição dos gastos do Brasil é voltada ao setor privado. Também salientou que o Brasil
942 dispõe de diversas políticas públicas voltadas ao fornecimento de medicamentos, mas, do total
943 de medicamentos consumidos pelas famílias, 91% são custeados pelas próprias famílias e
944 somente 10% pelo governo. Ao comparar com o Reino Unido, que possui sistema
945 relativamente parecido com o SUS, a diferença é exorbitante: o governo custeia 63% das
946 despesas com medicamentos. Detalhou que dos 9,6% de despesas como proporção do PIB,
947 3,9% refere-se ao setor privado, sendo, desse total, 56% planos/seguros de saúde (que cobre
948 aproximadamente 25% da população brasileira) e 44% pagamento direto a serviços de saúde
949 (out-of-pocket). A esse cenário, acrescentou que o envelhecimento populacional no Brasil é
950 uma situação única na história recente: grande crescimento populacional da população idosa
951 em tempo menor em comparação a outros países. Citou, por exemplo, que a população idosa
952 da França dobrou em 75 anos (de 11 para 22%); e, no Brasil, a população idosa crescerá o
953 dobro em 25 anos. Salientou que essa situação terá forte pressão no SUS e no sistema privado
954 e precisará ser avaliada com muita atenção. Sobre os gastos tributários com saúde, explicou
955 que se refere a renúncia fiscal, ou seja, isenção ou imunidade, redução de alíquota, dedução e
956 abatimento, ou ainda presunção creditícia que: pessoas físicas têm a possibilidade de deduzir

957 da base de cálculo do imposto de renda seus gastos com médicos, exames, hospitais e planos
958 de saúde, dentre outros; e pessoas jurídicas podem deduzir do lucro tributável, sobre o qual
959 incide o imposto, os gastos com saúde realizados em prol de seus empregados, declarando-os
960 como despesa operacional; pessoas físicas e jurídicas podem ainda deduzir do imposto
961 doações a programas de atenção à saúde; entidades filantrópicas e sem fins lucrativos de
962 assistência à saúde, das quais fazem parte as Santas Casas de Misericórdia, por exemplo,
963 ficam isentas do pagamento de impostos e contribuições quando ofertam pelo menos 60% de
964 seus atendimentos ao SUS. Além disso, cadeias de produção e comercialização de
965 medicamentos e produtos químicos e farmacêuticos também são beneficiados. Salientou que
966 os gastos tributários cresceram bastante, totalizando hoje R\$ 520 bilhões, sendo, desse total,
967 R\$ 80 bilhões com saúde (renúncia equivale a 35% do orçamento para a saúde em 2024).
968 Detalhando, falou sobre a distribuição dos gastos tributários em saúde por região, 2024,
969 demonstrando a desigualdade entre as Regiões do país: Norte: 3%; Nordeste: 11%; Centro-
970 Oeste: 10%; Sudeste: 64%; e Sul: 12%. Ao avaliar a composição dos gastos tributários de
971 saúde, disse que a assistência privada à saúde responde por 52% de todo o gasto tributário
972 (despesa médica e assistência médica, odontológica e farmacêutica). As demais aparecem da
973 seguinte forma: produtos químicos e farmacêuticos – 14%; entidades filantrópicas – 13%;
974 medicamentos – 11%; entidades sem fins lucrativos – 9% e demais – 1%. Fechou com as
975 considerações a serem consideradas neste debate: subfinanciamento do SUS; eficácia e
976 equidade dos gastos tributários; políticas públicas devem estar em constante avaliação –
977 eficácia e efetividade; e considerar o Brasil e seus “Brasis”, considerando o desenho tripartite e
978 a importância do controle social. **Manifestações.** Conselheira **Shirley Marshall Morales**
979 solicitou maiores informações sobre o PLP nº. 68, que trata da reforma tributária, e explicou
980 que uma parte do movimento sindical defende plano privado de saúde, por conta inclusive da
981 ideia difundida pela imprensa de massa de que o SUS não funciona e que é preciso ter plano
982 privado de saúde para alcançar saúde integral. Sendo assim, avaliou que é preciso debate
983 coletivo por parte dos conselhos de saúde, movimento sindical e movimento social sobre este
984 tema nos territórios, inclusive para desmistificar esses ideários e vencer essa lógica vigente.
985 Como encaminhamento, disse que a CISS/CNS e a COFIN/CNS propõe a aprovação de
986 recomendação ao Senado Federal para que rejeite qualquer medida no sentido de ampliar
987 subsídios fiscais a planos de saúde e estabeleça limites às deduções já atualmente previstas
988 em lei e aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para que incentivem suas comissões
989 de orçamento e financiamento a organizarem espaços de diálogo sobre o tema. Conselheira
990 **Débora Melecchi** destacou que o movimento sindical de classe vem aos poucos vencendo a
991 lógica de defesa de planos privados de saúde e, em contrapartida, defendendo o fortalecimento
992 do SUS. No contexto deste debate, destacou que é preciso tratar a questão dos juros altos e o
993 impacto negativo no orçamento público geral e no orçamento da saúde. No que diz respeito ao
994 financiamento do SUS, salientou ainda que a saúde deve ser vista como investimento e não
995 como gasto e, nessa linha, a retomada do complexo econômico industrial da saúde é
996 essencial, pois, além de aumentar o PIB do país, atende às necessidade do SUS. Também
997 defendeu o aumento do gasto público com saúde no Brasil para 6% do PIB, a fim de cobrir as
998 necessidades do SUS e, nesse escopo, frisou que é preciso aprofundar o debate sobre a
999 taxação de grandes fortunas. Por fim, solicitou maiores informações sobre a política do
1000 Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde – DESID e a contribuição do
1001 complexo econômico para o financiamento da saúde como um todo. Conselheiro **Eder Pereira**
1002 da Silva destacou a importância deste debate e agradeceu os convidados pelas informações
1003 apresentadas. Concordou que a pauta dos planos privados de saúde é recorrente no
1004 movimento sindical, mas é preciso mudar essa lógica, entendendo que este segmento deve
1005 tratar do ganho real da população e do trabalhador e não de assistencialismo. Salientou que
1006 cabe ao Estado prover a população dos seus benefícios sociais e que os juros é um grande
1007 problema. Nessa linha, solicitou dados a esse respeito, inclusive para subsidiar a base para
1008 debate. Conselheira **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**, a partir das ricas falas dos
1009 expositores, fez um destaque ao envelhecimento da população mundial, sinalizando como
1010 avanço, mas pontuando que é preciso viver mais com qualidade. Nessa linha, destacou a
1011 importância de investir em ações de prevenção e promoção da saúde. Além disso, citou estudo
1012 publicado na revista Caderno de Saúde Pública da Fiocruz, que aponta gastos elevados de
1013 pessoas idosas com medicamentos adquiridos no setor privado (maioria poli medicamentoso),
1014 o que é um grave problema, inclusive por conta da renda média dessa população (em média,
1015 um salário mínimo). Nesse sentido, destacou que é refletir sobre essa situação e definir
1016 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 taxação 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 taxação de grande fortuna, taxação 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 detém mais ou menos R\$ 15 trilhões). Portanto, essa taxação 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 taxação 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

1077 “cortes” no orçamento da saúde; ao retirar o gasto tributário, a carga aumenta, mas não há
1078 discussão a esse respeito (nesse aspecto, por que não pode aumentar a carga?); a luta deve
1079 ser em defesa da estatização; se retirar alíquota para agrotóxico, a agricultura brasileira será
1080 contra; não é fato que o gasto em saúde cresce com aumento da população envelhecida
1081 (sociedades maduras, que já passaram pela transição demográfica que o Brasil está passando,
1082 mostraram que não é a demografia que pressiona o gasto, pois o gasto em saúde aumenta
1083 perto da morte); e muito mais do que envelhecimento e renda, o que aumenta ou diminui a
1084 participação do público é a regulação e a institucionalidade. Conselheiro **Mauri Bezerra da**
1085 **Silva**, coordenador adjunto da COFIN/CNS, destacou que o debate deste tema não se
1086 esgotaria naquele momento e, nessa linha, apoiou a realização de seminário para aprofundar a
1087 discussão. Das explanações, citou o dado de mais de R\$ 500 bilhões com gastos tributários –
1088 comércio, saúde e agricultura correspondem a 70% desse total. Conselheira **Shirley Marshall**
1089 **Morales**, coordenadora adjunta da CISS/CNS, salientou que a intenção de pautar este tema no
1090 Conselho é definir medidas estratégicas para levar a discussão até os territórios. Também
1091 agradeceu a Mesa Diretora do CNS por incluir este tema na pauta e a todas as pessoas que
1092 contribuíram para esse qualificado debate. Na sequência, a mesa colocou em apreciação os
1093 encaminhamentos que emergiram do debate. **Deliberação: o Pleno aprovou as seguintes**
1094 **propostas: realizar seminário para aprofundar o debate deste tema, com organização da**
1095 **COFIN/CNS e CISS/CNS (remeter para a próxima gestão do Conselho); e, no dia último**
1096 **item da pauta, apreciar recomendação: ao Senado Federal para que rejeite qualquer**
1097 **medida no sentido de ampliar subsídios fiscais a planos de saúde e estabeleça limites às**
1098 **deduções já atualmente previstas em lei, e aos Conselhos Estaduais e Municipais de**
1099 **Saúde para que incentivem suas comissões de orçamento e financiamento a**
1100 **organizarem espaços de diálogo sobre o tema.** Definido esse ponto, às 18h, a mesa
1101 agradeceu a participação e encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as
1102 seguintes pessoas conselheiras: *nomes serão incluídos*. Iniciando o segundo dia de reunião, a
1103 mesa foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - 4ª**
1104 **Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – Informes. 5ª**
1105 **Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – Informes.**
1106 **Coordenação:** conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora do CNS.
1107 **Apresentação:** conselheira **Francisca Valda da Silva**; e conselheiro **Jacildo de Siqueira**
1108 **Pinho. 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – Informes**
1109 – Conselheira **Francisca Valda da Silva**, fez os seguintes informes gerais sobre o processo
1110 preparatório da 4ª CNGTES, marcada para o período de 10 a 13 de dezembro de 2020, em
1111 Brasília/DF: a) as etapas anteriores à nacional foram realizadas; b) o processo de licitação foi
1112 concluído e a etapa nacional será realizada no Centro Internacional de Convenções do Brasil -
1113 CICB; e c) a hospedagem das pessoas delegadas será feita na Rede de Hotéis Bittar Plaza,
1114 Ibis Aeroporto e no CICB. Aproveitou para agradecer ao Gabinete da Ministra de Estado da
1115 Saúde o apoio no processo de licitação para escolha do local da 4ª CNGTES e definição dos
1116 locais de hospedagem e elogiou a condução da comissão de infraestrutura neste processo. A
1117 seguir, apresentou dados sobre a 4ª CNGTES: 1) Conferências Livres: 57 foram comunicadas
1118 e 51 solicitaram, sendo integradas, desse total, 47 e houve diálogo para chegar ao número de
1119 vagas – 21; as 47 conferências livres reuniram 14.087 participantes; 240 pessoas delegadas
1120 eleitas para 180 vagas; considerando vagas não preenchidas, a comissão organizadora
1121 contemplará o máximo de pessoas delegadas de conferências livres; 2) atividades
1122 autogestionadas – 60 propostas comunicadas e 21 propostas selecionadas; 3) delegados
1123 nacionais – 96 vagas e foram ocupadas 76, sendo 29 de usuários, 21 de profissionais de saúde
1124 e 16 de gestor/prestador de serviço (vagas ociosas foram direcionadas para contemplar
1125 pessoas delegadas das conferências livres); 4) pessoas delegadas indígenas estão sendo
1126 selecionados e o custo da passagem será pago pela Sesai; 5) pessoas convidadas – 68 vagas
1127 para presidência e secretarias executivas de conselhos estaduais de saúde; 6) fóruns dos
1128 segmentos que compõem o CNS – 172 vagas para o Fórum de Usuários – FORSUS, 86 vagas
1129 para o FENTAS e 86 vagas para gestor/prestador de serviço; e 7) 46 vagas para convidados
1130 internacionais (custos com deslocamento e hospedagem pela instituição, sendo garantida
1131 alimentação). Também fez referência à Cartilha do Participante, iniciativa da ASCOM/CNS,
1132 com apoio das conferências temáticas da 4ª CNGTES, que foi publicada no site, com
1133 orientações a todas as pessoas participantes. Por fim, informou que a última reunião da
1134 comissão organizadora seria realizada no dia 25 de novembro de 2025. A secretária adjunta
1135 da SGTES/MS, **Laíse Rezende**, manifestou satisfação com este processo de construção
1136 democrática e coletiva da 4ª CNGTES, e reiterou o convite para participar da etapa nacional.

1137 **Não houve deliberação. 5^a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da**
1138 **Trabalhadora – Informes** – Conselheira **Madalena Margarida da Silva** explicou que a 5^a
1139 CNSTT encontra-se no período de mobilização e a comissão de mobilização, junto com a
1140 comissão organizadora, está trabalhando no sentido de realizar as atividades em função da
1141 mobilização e articulação política da Conferência. Recordou o calendário das etapas: Etapa
1142 Regional e/ou Macrorregional: até o dia 15 de abril de 2025; Conferências Livres: até 30 de
1143 abril de 2025; Etapa Estadual e Distrital: até 15 de junho de 2025; e Etapa Nacional: de 18 a 21
1144 de agosto de 2025. A seguir, conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho**, fez informes gerais sobre
1145 a 5^a CNSTT, destacando as seguintes atividades: a) 3^a Conferência Estadual de Saúde do
1146 Trabalhador e da Trabalhadora de Rondônia. 14 a 16 de maio de 2025. Rondônia; b) 5^a
1147 Conferencia Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia. 3 a 5
1148 de junho de 2025. BA. Estadual; c) Atividades gerais, que fazem parte do projeto de
1149 mobilização da 5^a CNSTT (estão acontecendo com as CISTT estaduais e CEREST estaduais):
1150 1) Projeto Articulação das CISTT em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/DIESAT – nova
1151 etapa; e Oficinas Virtuais e Presenciais do Projeto Articulação das CISTT em Saúde do
1152 Trabalhador e da Trabalhadora. **Para conhecimento. Não houve deliberação.** **ITEM 8 –**
1153 **COMISSÃO INTERSTORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO - COFIN - Conclusão**
1154 **da análise do Relatório de Gestão Anual – RAG 2023 do Ministério da Saúde -**
1155 **Apresentação:** conselheiro **André Luiz de Oliveira**, Coordenador da Comissão Intersetorial de
1156 Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS; e **Arionaldo Bonfin**, Subsecretário da SPO/MS.
1157 **Coordenação:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Ana**
1158 **Lúcia Marçall Paduello**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, o
1159 Presidente do CNS saudou a COFIN pelo trabalho e reforçou a importância da metodologia de
1160 apreciação do RAG, que passa pela análise das comissões do Conselho. Lembrou que essa
1161 análise ocorreu em diálogo com a SPO/MS e com o apoio do Secretário Executivo do
1162 Ministério da Saúde e do conselheiro Neilton Araújo. Por fim, justificou a ausência do assessor
1163 técnico da COFIN, Francisco Funcia, que se recuperava de um procedimento cirúrgico.
1164 Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador da COFIN/CNS, recordou que a análise do
1165 RAG/MS/2023 iniciou-se em março de 2024 e houve esforço coletivo, com a participação da
1166 SPO e das demais Secretarias do Ministério da Saúde para avançar em uma alternativa acerca
1167 deste instrumento de gestão. Recordou que o RAG/MS/2023, apesar de ser o primeiro relatório
1168 da atual gestão do Governo Lula, possuía como referência o Plano Nacional de Saúde de
1169 2020-2023, que foi reprovado pelo CNS, em maio de 2022. Considerando a situação, relatou
1170 que houve diversos diálogos para avançar no debate e construir consensos sobre as questões
1171 orçamentárias e financeiras. Reconheceu, inclusive a excelência da equipe de transição do
1172 governo que possibilitou avançar e citou como um dos resultados positivos a recomposição do
1173 Orçamento/MS 2023, com suplementação no valor de R\$ 12 bilhões. Reconheceu, inclusive, a
1174 importância da iniciativa deste governo de retomar o diálogo com o controle social e frisou que
1175 equipes capacitadas do Ministério da Saúde contribuíram para avançar na discussão do
1176 orçamento. Na linha deste diálogo, explicou que foram realizados encontros da COFIN com o
1177 Subsecretário da SPO/MS, Arionaldo Bonfin e sua equipe, para tratar do RAG/MS/2023.
1178 Lembrou que o Conselho aprovou o Plano Nacional de Saúde 2024-2027, que teve com um
1179 dos subsídios as deliberações da 17^a Conferência Nacional de Saúde; e, na reunião ordinária
1180 do mês de setembro de 2024, o Pleno do Conselho aprovou as entregas da PAS 2023 revisada
1181 e decidiu votar o RAG/MS/2023, considerando essas entregas, na reunião ordinária do mês de
1182 novembro 2023. Acordou-se que, no intervalo, a COFIN/CNS, junto com a SPO/MS,
1183 apresentaria alternativa em relação ao Relatório Anual de Gestão 2023, entregue oficialmente
1184 pelo Ministério da Saúde, em fevereiro de 2023. Destacou que, após negociação, foi acordada
1185 a inclusão de capítulo complementar (PAS Revisada) no RAG/MS/2023 e também foram feitos
1186 acréscimos com atualização de itens, de acordo com o debate na reunião do mês de outubro
1187 de 2024. Disse que a última versão do RAG/MS/2023 foi enviada a todas as pessoas
1188 conselheiras com antecedência, para conhecimento. Desse modo, apresentou a proposta da
1189 COFIN/CNS de aprovação do RAG/MS/2023 com ressalvas. O Subsecretário da SPO/MS,
1190 **Arionaldo Bonfin**, saudou todas as pessoas e destacou a importância da discussão com o
1191 controle social para correção de rumos. Reiterou que, por solicitação do CNS, foi incluído mais
1192 um capítulo no RAG 2023, contemplando os apontamentos do CNS sobre o Relatório.
1193 Inclusive, reiterou que a última versão do documento foi enviada com antecedência aos
1194 integrantes do Conselho, para avaliação. Na linha do diálogo, colocou-se à disposição para
1195 esclarecer eventuais dúvidas, antes da votação. **Manifestações.** Conselheiro **Neilton Araújo**
1196 de Oliveira manifestou sua satisfação por debater este tema em um cenário mais favorável em

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

1257 temas, incluindo a função do conselho; qualidade dos palestrantes, excelente conhecimento
1258 técnico e didática dos palestrantes, com conteúdo relevante; instalações de boa qualidade;
1259 ótima condução dos debates, mesas organizadas e debatedores capacitados; acolhimento
1260 caloroso e maior interação entre os participantes, promovendo compartilhamento de
1261 conhecimento; abordagem agregadora, mais interação do controle social com estados
1262 diversos; material apresentado com clareza, incluindo informações sobre o aplicativo Invest
1263 SUS; excelente a participação do FNS, inclusão ativa da gestão; e fortalecimento do controle
1264 social com temas relevantes. Por outro lado, os pontos a serem melhorados foram: inclusão de
1265 refeições completas (café da manhã e almoço), pois muitos podem não condições de arcar
1266 com alimentação; mais oficinas temáticas, especialmente sobre financiamento; melhorar a
1267 divulgação do evento pelo CES; convidar parceiros locais (como Estado e MP) para melhor
1268 integração; aumentar o tempo para discutir outros temas relevantes; necessidade de aumentar
1269 o tempo da dinâmica das perguntas; disponibilizar a programação com antecedência e incluir
1270 mais oficinas em nível estadual e nacional; considerar critérios de gênero e raça para garantir
1271 diversidade nas palestras, representando gêneros e raças adequadamente; promover maior
1272 engajamento com a educação permanente e seus recursos; possibilidade de gravar as oficinas
1273 para disponibilização posterior; e oferecer opções de alimentos para pessoas com restrições
1274 alimentares. Por fim, apresentou as considerações gerais da COFIN sobre as oficinas
1275 macrorregionais para conselheiros de saúde: desempenham um papel fundamental no
1276 fortalecimento do controle social e na melhoria do SUS no Brasil; promovem o desenvolvimento
1277 de competências essenciais para os conselheiros, permitindo atuação mais efetiva e informada
1278 em suas regiões; incentivam a troca de experiências, atualizam conhecimentos e apoiam a
1279 participação social, contribuindo para uma gestão mais transparente e responsável dos
1280 recursos e políticas de saúde pública; e a capacitação contínua proporcionada pelas oficinas se
1281 reflete diretamente na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, aproximando o
1282 SUS de seus princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade.
1283 **Manifestações.** Conselheiro **Mauri Bezerra**, coordenador adjunto da COFIN/CNS, destacou
1284 que as oficinas macrorregionais para conselheiros de saúde (7ª edição) são espaços ricos de
1285 debate, que, entre outros aspectos, permitem a integração entre pessoas conselheiras e a
1286 troca de experiências. Nesta edição, sinalizou a importante participação de representantes do
1287 Fundo Nacional de Saúde e do SIOPS, contribuindo para qualificar ainda mais os debates. Por
1288 fim, disse que alguns conselhos de saúde não enviaram representante por questão política.
1289 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** também reconheceu a importância das oficinas e
1290 lembrou que a Mesa Diretora do CNS apoiou a continuidade dessa atividade. Salientou que
1291 esses eventos são importantes, porque, entre outros aspectos, contribuem para ampliar o
1292 debate sobre orçamento e financiamento, que ainda é pouco debatido nos Estados. Também
1293 aproveitou para agradecer a COFIN/CNS pelo esforço em trazer subsídios para orientar a
1294 votação do Pleno do CNS. Conselheira **Sueli Barrios** elogiou a COFIN/CNS pela realização
1295 das oficinas e enfatizou a importância da articulação entre todos os projetos de formação do
1296 CNS. Considerando o momento de disputa de projeto de sociedade, sugeriu a inclusão de
1297 lideranças de movimentos sociais nessas oficinas. O coordenador da COFIN/CNS destacou o
1298 esforço da COFIN/CNS para garantir informações de forma acessível e contribuir no
1299 entendimento e na deliberação sobre o tema. Seguindo, passou ao último ponto deste item:
1300 apresentação da avaliação da COFIN/CNS sobre o RQPC/2º/2023/MS. Detalhou que o
1301 processo de trabalho da Cofin/CNS para avaliar o RQPC/2º/2024 contemplou: debate inicial na
1302 reunião presencial da COFIN/CNS, 23 e 24 de outubro de 2024 a partir da apresentação da
1303 análise da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, elaborada pelo
1304 Consultor Técnico Francisco Funcia; a análise do RQPC/2º/2024 foi realizada pela COFIN/CNS
1305 (o relatório foi encaminhado pelo MS no prazo determinado pela Lei Complementar 141/2012);
1306 e conforme determina a Lei Complementar nº. 141/2012, apresentação do resultado da
1307 avaliação ao Pleno do CNS, junto com a respectiva indicação de medidas corretivas de gestão.
1308 Disse que o RQPC é composto por três módulos: 1) montante e fonte dos recursos aplicados
1309 no período; 2) oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e
1310 conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito
1311 de atuação; e 3) auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas
1312 recomendações e determinações. Começando a apresentação dos dados, mostrou série
1313 histórica da Receita Corrente Líquida – RCL; Piso 2018 (Piso 2017 + IPCA 3,0%); Piso 2019
1314 (Piso 2018 + IPCA 4,39%); Piso 2020 (Piso 2019 + IPCA 3,37%); Piso 2020 (Piso 2019 + IPCA
1315 3,37%) (aplicação sem ação 21C0-Covid-19); Piso 2021 (Piso 2020 + IPCA 4,52%); Piso 2021
1316 (Piso 2020 + IPCA 4,52%) (aplicação excluída Covid-19); Piso 2022 (Piso 2021 + IPCA

1317 10,06%); e Piso 2022 (Piso 2021 + IPCA 10,06%) (aplicação excluída Covid-19). Para 2024,
1318 Piso 2024 (15% da RCL - R\$ 1.454,4 – Piso EC 86/15: 218,2 bi; Piso 2024 (15% da RCL R\$
1319 1.433,06 – estimativa atualizada com base no 4º RARDP/SOF 2024 (Relatório de Avaliação de
1320 Receitas e Despesas Primárias da Secretaria de Orçamento Federal), e valor atualizado da
1321 LOA 2024 com a redução das dotações indicadas para atendimento ao Decreto 12.120 de 30
1322 de julho de 2024 – R\$ 215 bi; e Piso 2024 (15% da RCL R\$ 1.433,06 – estimativa atualizada
1323 com base no 4º RARDP/SOF 2024, e valor atualizado da LOA 2024 com a redução das
1324 dotações indicadas para atendimento ao Decreto 12.120/2024 e dos Restos a Pagar
1325 cancelados em 2023) – R\$ 216 bilhões (os valores de 2024 serão objeto de valor). No que diz
1326 respeito à situação da aplicação mínima em saúde, a situação é a seguinte: a) Piso 2024
1327 (Regra da EC 86/2015) R\$ 215,0 bi; b) Despesas empenhadas até 31/08 – R\$ 154,3 bi; c)
1328 Compensação Restos a Pagar cancelados em 2023 – R\$ 2,5 bi; e d) Aplicação acima (+) ou
1329 abaixo (-) do piso até 31/08: R\$ -63,1 bi. No que diz respeito à execução orçamentária e
1330 financeira - 2º Quadrimestre/2024 em R\$ milhões (Quadro 4 do RQPC), conforme os
1331 parâmetros de avaliação, destacou que a situação é a seguinte: Pessoal, Benefícios e
1332 Encargos Sociais – ASPS - 83,48%; Programação Própria (Exclusive Emendas e Sentenças) -
1333 65,89%; RP 6 - EIND - Emendas Individuais - 87,94%; RP 2 - EBAN - Bancada - Discricionária
1334 - 0,00%; RP 7 - EBAN - Emendas Bancadas - 88,16%; RP 8 - ECOM - Emenda de Comissão -
1335 88,08%; e Emendas ASPS - 88,08%. Sobre a execução orçamentária e financeira 2º
1336 Quadrimestres MS – 2022, 2023 e 2024 (total ASPS+Não ASPS), destacou: acumulado 2º
1337 Quadrimestre/2022 – empenhado: 74,5%; acumulado 2º Quadrimestre/2023 - 65,5%; e
1338 acumulado 2º Quadrimestre/2024 - 69,05%. No que diz respeito à execução orçamentária e
1339 financeira – 2º Quadrimestre/2024 - nível de empenho; e liquidação (Regular) - Ações e
1340 Serviços Públicos de Saúde, destacou: total – dotação atualizada: R\$ 23.456.085.581;
1341 adequado nível de empenhamento; e nível de liquidação abaixo. Seguindo, apresentou itens
1342 com nível de empenho e liquidação adequado: Fundo Nacional de Saúde: Qualificação
1343 Profissional do SUS; Emendas do Fundo Nacional de Saúde – FNS; Pioneeriras Sociais; Auxílios
1344 ao Servidor; Piso da Enfermagem; Média e Alta Complexidade; Instituto de Traumatologia e
1345 Ortopedia – INTO; Transferência aos Entes Federativos para o Pagamento dos Vencimentos
1346 dos Agentes Comunitários de Saúde; Piso de Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica em
1347 Saúde; Vigilância Sanitária – PAB; e Saúde Indígena. Citou itens do FNS com nível de
1348 empenho e liquidação regular, inadequado e intolerável: Farmácia Básica – PAB; Instituto
1349 Cardiológico – INC; Hospitais Próprios; Vacina e Vacinação; e Instituto Nacional do Câncer –
1350 INCa. Também destacou os itens do FNS com nível de empenho; e liquidação inaceitável:
1351 Manutenção Administrativa – FNS; Programa Sangue e Hemoderivados; Aquisição e
1352 Distribuição de Medicamentos/DST/AIDS; Farmácias Populares – FNS; Medicamentos do
1353 Componente Especializado; Outros Programas – FNS; Serv. de Processamento Dados –
1354 DATASUS; Ações de Vigilância Epidemiológica; Atenção à Saúde, Primária e Especializada;
1355 Aquisição e Distribuição de Medicamentos Estratégicos; Fomento a Pesquisa em Ciência e
1356 Tecnologia; Combate às Carências Nutricionais; e Reaparelhamento das Unidades do
1357 SUS/MS. No que diz respeito à FUNASA-ASPS, destacou que todos os itens tiveram nível de
1358 empenho e liquidação inaceitável (em 2023, o valor executado é zero, porque não mais fazia
1359 parte do escopo do MS). No que diz respeito à FIOCRUZ, fez um destaque para modernização
1360 dos unidades de pesquisa - nível de empenhamento e liquidação inaceitável; Operações
1361 Especiais - cumprimento de sentenças judiciais – empenho e liquidação inaceitável; e
1362 Coronavírus Covid – zero. Sobre as Emendas Parlamentares - ASPS e Não ASPS: emendas
1363 resultado primário - 84,96% empenhado e 68,21% liquidado; RP 6 - EIND - Emendas
1364 Individuais: R\$ 11.165.855.100 – autorizado: R\$ 13.078.815.664, empenhado: R\$
1365 11.501.101.303 e liquidado: R\$ 9.071.451.557; Emendas de Bancada – R\$ 3,5 bi; atualizada:
1366 R\$ 3,7 bi; empenhado – R\$ 3,3 bi; e empenhado – R\$ 1,3 bi. Ainda em relação ao FNS -
1367 ASPS - Execução Orçamentária e Financeira - 2º Quadrimestre/2024 - ASPS – seleção, citou
1368 itens liquidados acima de R\$ 1 bilhão (exceto pessoal) = 90% do total ASPS, com destaque
1369 para Farmácias Populares – FNS, com nível de liquidação e empenho inaceitável; e
1370 Medicamentos Componente Especializado – nível de liquidação inaceitável. Falou ainda sobre
1371 a execução orçamentária da despesa dos Hospitais Próprios/Institutos no RJ até o 2º
1372 Quadrimestre de 2024 – Fundo Nacional de Saúde – dotação atualizada: R\$ 883,1 mi;
1373 empenhado: R\$ 338,6 mi; liquidado: R\$ 181,5 mi; e pago: R\$ 138,1mi – nível de empenho e
1374 liquidação inaceitável. Acerca da execução de Restos a Pagar – Consolidado Geral/MS - 2º
1375 Quadrimestre de 2024, destacou total geral: inscritos e reinscritos: R\$ 32.421.455.452;
1376 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

1437 a participação de todas as pessoas e encerrou este item. **ITEM 9 – APRESENTAÇÃO DE**
1438 **AÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS -**
1439 **Apresentação:** **Lucinha Tremembé**, Secretária Adjunta da Secretaria de Saúde Indígena -
1440 SESAI/MS. **Coordenação:** conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS;
1441 e conselheira **Heliana Hemetério**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, a Secretaria Adjunta
1442 da Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS, **Lucinha Tremembé**, cumprimentou todas as
1443 pessoas e agradeceu a oportunidade de apresentar as ações da Secretaria Especial de Saúde
1444 Indígena - SESAI/MS ao Pleno do Conselho. Começou com linha do tempo sobre a saúde
1445 indígena, lembrando que a SESAI, criada em 2010, é responsável por coordenar e executar a
1446 política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas - PNASPI e todo o processo de
1447 gestão do SasiSUS no SUS. Entre as atribuições da SESAI destacam-se: desenvolver ações
1448 de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas
1449 e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas e realizar
1450 ações de saneamento e edificações de saúde indígena. Acrescentou que a missão da
1451 Secretaria é coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos
1452 Indígenas. Nessa linha, mostrou a SESAI em números: 21.235 Trabalhadores(as) da Saúde
1453 Indígena; 800.000 indígenas; 6.645 aldeias; 305 povos; 274 Línguas; 377 Polos Base; 1.211
1454 Unidades Básicas de Saúde Indígena; e 70 Casas de Saúde Indígena. Salientou que o
1455 Subsistema de Saúde Indígena tem como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas
1456 cujas delimitações geográficas contemplam aspectos demográficos e etnoculturais, estando
1457 sob responsabilidade do governo federal. A estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena é
1458 composta pelos polos base, Casas de Saúde Indígena e pelas Unidades Básicas de Saúde
1459 Indígena, estas situadas dentro das aldeias indígenas. Acrescentou que os Distritos Sanitários
1460 Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica
1461 organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de
1462 Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade. O SUS servirá de retaguarda
1463 e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Sobre o modelo assistencial, disse
1464 que os polos base funcionam como apoio administrativo e/ou assistencial aos DSEIs e às
1465 Equipes Multidisciplinares em Saúde Indígena - EMSI e estão localizados em cidades próximas
1466 às aldeias ou em comunidades indígenas. A Casa de Apoio à Saúde Indígena - Casai é um
1467 estabelecimento de saúde para onde são referenciados os casos em que o indígena precisa de
1468 exames ou consultas especializadas. As Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) estão
1469 localizadas nas aldeias e são unidades de saúde para atendimento aos indígenas nas
1470 comunidades. Acerca das ações e programas, citou: a) Saúde das Mulheres e Crianças
1471 Indígenas – a atenção à saúde das mulheres e das crianças indígenas desenvolvida pelos
1472 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no âmbito do SasiSUS, é realizada pelas Equipes
1473 Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) diretamente nos territórios indígenas; b) Vigilância
1474 Alimentar e Nutricional – VAN - prevê a descrição e avaliação contínua e a predição de
1475 tendências das condições de alimentação e nutrição da população indígena, com o propósito
1476 de dar respostas às demandas e necessidades de saúde do território, subsidiando no
1477 planejamento, monitoramento e gerenciamento de programas e estratégias relacionados com a
1478 melhoria das condições de alimentação e nutrição e seus fatores determinantes; c) Vigilância
1479 epidemiológica – VS – a vigilância nos DSEI é um processo contínuo e sistemático de coleta,
1480 análise e interpretação de dados sobre a situação em saúde das populações indígenas. Deste
1481 processo, resultam informações que são usadas para planejamento e implementação de ações
1482 em saúde, por parte dos gestores e equipes técnicas responsáveis. Neste contexto, a
1483 Vigilância Epidemiológica procura levantar informações para adoção de medidas de prevenção
1484 e controle de doenças e agravos relacionados a possíveis eventos de saúde; e d) saúde bucal -
1485 as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), incluindo dentistas, auxiliares e
1486 agentes indígenas de saúde, realizam ações de saúde bucal coletiva e individual nas
1487 comunidades indígenas, considerando aspectos culturais e sociais locais. Entre as atividades,
1488 destacam-se escovação supervisionada, aplicação de flúor e distribuição de kits de higiene
1489 bucal para garantir o acesso universal a itens essenciais. Em 2024, foi implementado o
1490 acompanhamento odontológico de gestantes no pré-natal, e em 2023 foi criada a Semana
1491 Nacional da Saúde Bucal dos Povos Indígenas. Destacou as seguintes ações e entregas de
1492 saúde bucal: qualificação para os profissionais de saúde bucal do Dsei Yanomami e Leste de
1493 Roraima, em parceria com a Coordenação Geral de Saúde Bucal e Universidade Federal do
1494 Maranhão (ocorreu entre 24 e 26 de setembro de 2024 em Boa Vista); criação de fluxo
1495 alternativo da rede de atenção em saúde bucal entre município, estado e Dsei, para
1496 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: Webinário 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); Webinário: Diálogos interculturais para a promoção, prevenção e recuperação da
1505 saúde bucal nos territórios indígenas, em comemoração ao dia nacional do/da cirurgião(á)-
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 1º 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 as 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 Dsei - 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 Casai – 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: SAES/CONASEMS/SES;
1632 sensibilização dos estados e municípios quanto à
1633 responsabilidade 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 intramínisterial 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 à surtos de
1646 covid-19; ve monitoramento, vigilância e resposta à 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 Dsei; 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 tungíase; Plano de Ação para controle da tungíase; implementação da Tafenoxquina 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 Dsei 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; Webinário -
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 Dsei. 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. Segundo, 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. Segundo, 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

1737 gerenciamento que atendam as especificidades técnicas, culturais e logísticas da população
1738 indígena e seus territórios. As metas voltadas às ações de gerenciamento de resíduos em
1739 aldeias são pactuadas com cada Distrito Sanitário Especial Indígena no Plano Distrital de
1740 Saúde Indígena - PDSI a cada quatro anos e acompanhadas mensalmente pelo nível central
1741 da SESAI. Segundo, apresentou as entregas de AMB 2023/2024, explicando que a SESAI, por
1742 meio do DEAMB, realizou diversas entregas voltadas ao saneamento básico. No caso dos
1743 Sistemas de Abastecimento de Água: 23 Processos encaminhados para contratação; 75
1744 Processos finalizados e aptos para serem licitados; 48 Projetos em fase final de Elaboração de
1745 Projetos e Composição dos Orçamentos. Sobre Módulos Sanitários Domiciliares: 6 Projetos
1746 encaminhados para contratação; 86 Aldeias contempladas com projetos finalizados e aptos
1747 para serem licitados; e 54 Aldeias com projetos em fase final de Elaboração de Projetos e
1748 Composição dos Orçamentos. Sobre Projetos de Infraestrutura e Saneamento, disse que, em
1749 2023, foram elaborados 70 projetos de edificações e 210 projetos de saneamento para os
1750 DSEI. Para 2024-2027, a prioridade é monitorar e catalogar as demandas dos DSEI, com uso
1751 de metodologias como BIM para aumentar a eficiência dos projetos. No caso de contratos e
1752 obras, foram celebrados 178 contratos em 2023, incluindo construção e manutenção de UBSI,
1753 SAA e CASAI, totalizando R\$ 110.161.937,56. Além disso, destacou que 83 obras de
1754 saneamento em andamento beneficiarão 32.302 indígenas em 155 aldeias, com um valor de
1755 R\$ 69.786.716,81; e 55 obras de edificações também em andamento beneficiarão 27.049
1756 indígenas, com investimento de R\$ 43.167.044,23. Sobre obras concluídas, disse que, em
1757 2023, foram concluídas 16 obras de edificações (R\$ 7.501.702,64) beneficiando 3.831
1758 indígenas e 99 obras de saneamento (R\$ 11.574.434,72) beneficiando 20.402 indígenas.
1759 Sobre monitoramento da qualidade da água e resíduos sólidos, ressaltou que, em 2023, 18%
1760 das aldeias (1.020 aldeias) foram monitoradas quanto à qualidade da água, enquanto 7% (473
1761 aldeias) receberam atividades educativas sobre o tema. Também informou que, entre 2023 e
1762 2024, diversas ações foram realizadas para melhorar o acesso à água potável nas
1763 comunidades Yanomami: soluções alternativas de tratamento de água - Projeto piloto de Filtro
1764 de Areia na comunidade Maturacá, como estratégia para ampliar as opções de tratamento no
1765 território Yanomami; e distribuição de filtros de barro: em 2023, 511 filtros de barro
1766 distribuídos e, em 2024, 133 filtros de barro distribuídos (até julho). Também apresentou
1767 Números gerais de entregas no Território Yanomami: a) Unidades Básicas de Saúde Indígena
1768 (UBSIs): 19 construções e 5 reformas, totalizando 15 UBSIs concluídas e 9 em andamento; b)
1769 abastecimento de água potável: foram realizadas 133 ações voltadas ao abastecimento de
1770 água, incluindo a construção e reativação de poços, implementação de sistemas de filtragem e
1771 construção de reservatórios; c) sistemas fotovoltaicos: Instalados 43 sistemas de energia solar
1772 para atender as unidades de saúde indígenas; e d) Filtros de barro: foram distribuídos 676
1773 filtros para assegurar o acesso à água potável em comunidades remotas: Construção do Filtro
1774 Salta-Z em Maiá, Construção de poço tubular raso na Aldeia Yakeplaop, Implementação da
1775 Central Água Camelô (Membrana de Ultrafiltração) na UBSI Parafuri, Reativação do Poço
1776 Amazonassem Toototobí. Além disso, foram realizadas as seguintes ações voltadas ao
1777 Gerenciamento de Resíduos Sólidos no Território Indígena Yanomami: entrega de materiais de
1778 gerenciamento de resíduos sólidos e resíduos de serviços de saúde; capacitação do AISAN
1779 nos Polo Base Auaris, Surucucu, Maturacá, Ericó e Maloca Papiu; construção de abrigo de
1780 resíduos provisório, abrigo de resíduos de serviços de saúde; 132 ações em campo voltadas
1781 ao monitoramento ambiental e gerenciamento de resíduos sólidos no território; 246 ações
1782 voltadas ao gerenciamento de resíduos sólidos e monitoramento ambiental; ações de coleta e
1783 análise da água para monitoramento da qualidade; e ações de coleta de água realizadas para
1784 a análise de mercúrio e metais pesados. Em síntese, disse que os contratos celebrados em
1785 saneamento totalizaram R\$ 46.781.736,60. No que diz respeito ao Controle social, frisou que a
1786 SESAI garante a participação de indígenas na formulação, no acompanhamento e na avaliação
1787 das políticas públicas de saúde, sendo responsáveis por fiscalizar, debater e apresentar
1788 propostas para o fortalecimento da saúde indígena. O controle social discute as necessidades
1789 de ações e serviços da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI.
1790 Os Conselheiros Distritais são escolhidos para representar os usuários, trabalhadores/gestores
1791 e prestadores de serviço em saúde dos 34 DSEI, deliberam com a Secretaria. Citou a
1792 participação em Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. Destacou ainda que a saúde
1793 indígena conta com 22.925 profissionais e 581 médicos. Detalhou que os principais agravos
1794 são: doenças do aparelho respiratório (IRA, Pneumonias); doenças infecciosas e parasitárias
1795 (Doenças Diarreicas Agudas - DDA); tuberculose; malária (Amazônia Legal); IST e Hepatites
1796 Virais (Vale do Javari); oncocercose e tungísiase (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 57º 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 subsidiarão 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 Secretaria Adjunta da SESAI e enfatizou a importância de dar visibilidade ao sucesso das ações adotadas pelo governo na área de saúde indígena. Salentou 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

1857 definição das diretrizes para a regulamentação da Política Nacional de Prevenção e Controle
1858 do Câncer que a população indígena, assim como outras em situação de maior vulnerabilidade,
1859 sejam contempladas de maneira central. Por fim, destacou a importância da intersetorialidade
1860 na definição de estratégias adaptadas a esse grupo, sobretudo a partir da sensibilização das
1861 instâncias locais de saúde. Conselheiro **Rildo Mendes** destacou a importância deste debate,
1862 considerando os desafios da saúde indígena. Nessa linha, manifestou preocupação com o não
1863 cumprimento das metas definidas para a SESAI/MS, conforme demonstrado no Relatório Anual
1864 de Gestão do Ministério da Saúde, com sérias consequências para esse povo. Reconheceu
1865 avanços como melhor assistência ao povo Yanomami, mas solicitou atenção da SESAI para a
1866 situação das terras indígenas afetadas pelo garimpo ilegal, com contaminação por mercúrio.
1867 Por fim, perguntou que ações estão previstas para enfrentar os ataques ao povo Guarani
1868 Kaiowás, situado na região do Mato Grosso do Sul, fronteira com o Paraná, por conta de
1869 conflitos fundiários na região. Conselheira **Helenice Yemi Nakamura** saudou a mesa pela
1870 explanação e nas ações estruturantes da SESAI sugeriu incluir na triagem de crianças
1871 indígenas, além do teste do Pezinho, o “teste da orelinha”, que pode ser indicativo de
1872 acompanhamento auditivo e o “teste da linguinha”. Conselheiro **Carlos Fidelis da Ponte**
1873 reconheceu o grande investimento do governo federal e do Ministério da Saúde para resolver a
1874 situação do território Yanomami, todavia, destacou que ainda persistem sérios problemas a
1875 serem enfrentados: garimpo ilegal, contaminação por mercúrio, presença do crime organizado,
1876 mortalidade infantil. Além disso, trouxe a reivindicação desses povos indígenas de garantia da
1877 atenção primária nas aldeias. Para tanto, destacou a importância de contratar profissionais que
1878 formem vínculos e conheçam a cultura deste povo. Conselheira **Elaine Junger Pelaez**
1879 manifestou satisfação com a política de construção e reconstrução da vida e das existências
1880 indígenas na sua diversidade, respeitando as suas características e especificidades
1881 socioculturais, após período de destruição. Salientou que, no meio indígena, vivencia-se a
1882 agudização das contradições e desigualdade social que reverberam na divisão do trabalho,
1883 mas também na divisão racial. Perguntou qual a posição das organizações indígenas e
1884 pessoas trabalhadoras da saúde indígena sobre carreira, vínculos de trabalho, organização do
1885 trabalho nos territórios indígenas, para que o CNS possa contribuir neste sentido. Conselheiro
1886 **Cledson Fonseca Sampaio** agradeceu a mesa pela explanação e manifestou preocupação
1887 com o índice de população indígena com tuberculose. No que se refere à atenção básica,
1888 solicitou informações sobre a realização dos testes para identificação de HIV, hepatite e sífilis
1889 nas populações indígenas. Também perguntou sobre a preparação do Ministério da Saúde
1890 para participar da COP30, que ocorrerá em novembro de 2025, na cidade de Belém/PA.
1891 Conselheiro **Luiz Carlos Ferreira Penha** reconheceu que as metas relativas à saúde indígena
1892 estavam abaixo do esperado em 2023, mas o entendimento é que se tratava de um ano de
1893 transição. Portanto, na linha da integração, avaliou que a CISI/CNS e a SESAI/MS devem
1894 promover debate sobre a situação em 2024, avaliando o desdobramento do investimento no
1895 cumprimento das metas. Por fim, também sentiu falta de dados mais robustos sobre os
1896 resultados das ações da Secretaria. **Retorno da mesa.** A Secretária Adjunta da SESAI/MS,
1897 **Lucinha Tremembé**, fez comentários sobre as falas, contemplando os seguintes aspectos: a
1898 integração no âmbito do controle social é essencial – SUS e SASISUS, mas é preciso enfrentar
1899 a resistência de alguns estados e municípios para integração; a nova gestão da SESAI/CNS
1900 conseguiu fazer interlocução com as demais secretarias do Ministério da Saúde para definição
1901 de estratégias; é importante iniciar as tratativas para a convocação da 7ª Conferência Nacional
1902 de Saúde Indígena; a SESAI/CNS definiu estratégias voltadas à atenção oncológica,
1903 especialmente em relação ao câncer do colo de útero; a SESAI/MS está trabalhando para
1904 integrar o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI a outros sistemas de
1905 informação da saúde para ter dados mais fidedignos; as ações adotadas contribuíram para
1906 melhorar os índices de mortalidade infantil no povo xavante; sobre o garimpo ilegal, as ações
1907 de enfrentamento não estão sob a responsabilidade da SESAI, cabendo à Secretaria debater
1908 estratégias para enfrentar as consequências dessa prática para os povos indígenas; a
1909 SESAI/MS participa da definição de ações pontuais para os territórios indígenas que enfrentam
1910 conflito, mas há limitações de atuação; os testes de triagem neonatal estão assegurados às
1911 populações indígenas sendo realizados na atenção e também em hospitais; a atenção ao povo
1912 indígena Yanomami teve melhoria, inclusive com contratação de profissionais (hoje, 1.497
1913 profissionais de saúde), contratação de profissionais para atender situações de urgência dentro
1914 do território; a nova proposta de força de trabalho visa melhorar a forma de contratação dos
1915 profissionais e garantir assistência de qualidade nos territórios; os testes de doenças devem
1916 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) Emerson Elias Merhy.** Há mais de anos dedica-se ao magistério no ensino da saúde coletiva
1948 e dedicou a vida à construção do Sistema Único de Saúde . Desde o período da luta pela
1949 redemocratização do país, participou da fundação do Movimento pela Reforma Sanitária,
1950 exerceu protagonismo e compromisso com a fundação do Cebes, da Abrasco e da Rede
1951 Unida, entre outras entidades importantes do campo sanitário. Possui graduação em medicina
1952 pela Universidade de São Paulo (1973), mestrado em Medicina Preventiva e Social pela
1953 Universidade de São Paulo (1983) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual
1954 de Campinas (1990). Tem desenvolvido estudos no campo da psicologia e sociologia críticas,
1955 comunidades ativas e a produção cotidiana como território de construção de redes vivas de
1956 existências, dando foco aos processos de subjetivação e os devires-vida (humanas e não-
1957 humanas). Merhy tem contribuições constantes com a participação social nas conferências de
1958 saúde, desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Atualmente, integra o grupo de
1959 pesquisadores líderes da Pesquisa do CNS sobre as conferências de saúde ("Saúde e
1960 democracia: estudos integrados sobre participação social nas Conferências Nacionais de
1961 Saúde"). A produção intelectual e política de Merhy constitui questões centrais e estudos das
1962 relações intercessoras entre micropolítica, educação permanente, subjetivação e produção de
1963 conhecimento, tem desenvolvido metodologias de investigação pautadas pelos processos de
1964 avaliação compartilhada nos quais o melhor avaliador é quem pede, quem faz e quem usa. **2) Ilda Angélica dos Santos Correia.** Filha de José Batista dos Santos e Maria José Ferreira dos
1965 Santos, nascida em Fortaleza no Ceará, atualmente mora na cidade de Maracanaú/CE; Agente
1966 Comunitária de Saúde há mais de 20 anos. Sempre entendeu a grande importância do seu
1967 trabalho na comunidade, mas também compreendeu a necessidade da valorização de sua
1968 categoria profissional, desta forma começou sua luta em defesa dos Agentes Comunitários de
1969 Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, luta que conseguiu avanços importantes em
1970 seu município e no estado, participando também de grandes mobilizações nacionais,
1971 inevitavelmente chegou a diretoria da maior Entidade representativa da Categoria , a
1972 Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate as
1973 Endemias -CONACS-, onde mais tarde em 2016 foi eleita vice presidente, alguns anos após,
1974 assumiu a presidência da CONACS. Foi eleita e reeleita presidente da CONACS, legítima
1975
1976

1977 entidade que representa mais de 400 mil ACS e ACE no Brasil.**3) Joice Aragão.** Mulher Preta, 1978 ativista do movimento negro e da saúde; Defensora do Sistema Único de Saúde, especialista 1979 em doenças falciformes, que afeta a maioria da população Negra; Pediatra de Unidades 1980 Básicas de Saúde no Rio de Janeiro – 1975 a 2004; Secretária Municipal de Saúde do 1981 Município de São João de Meriti – 1984; Membro da equipe de Implantação do Programa 1982 Saúde da Família na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – 1995 a 1996; 1983 Implantação e Coordenação do Programa de Atenção Integral às Pessoas com Doença 1984 Falciforme da Secretaria de Saúde de Estado do Rio de Janeiro – 2001 a 2004; Implantação e 1985 Coordenação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme do 1986 Ministério da Saúde – 2005 a 2015; e Coordenação da cooperação internacional Brasil – África 1987 em Doença Falciforme – 2007 a 2015 2023 – Coordenadora Geral – Sangue e 1988 Hemoderivados/DAET/SAES/MS- 06/03/2023. **4) José Marmo (in memorian).** Ativista, 1989 educador, militante, filho de Oxóssi. (1954-2017); Criativo e dinâmico, Marmo se formou 1990 dentista pela UFRJ e produziu diversos projetos voltados para as áreas de saúde, educação, 1991 cultura e direitos dirigidos à população negra e povos de terreiros. Em memória ao legado da 1992 luta pela construção de políticas públicas em Saúde e Educação por meio dos saberes das 1993 religiões de matrizes africanas, o Educador e Dentista José Marmo da Silva, Ele sempre 1994 reiterou a urgência de, em todos os lugares em que estivermos, promover a luta contra o 1995 racismo e compartilhar a alegria. Marmo foi importante para o enfrentamento do racismo e da 1996 intolerância religiosa e, por outro lado, lutou pela saúde. Foi um dos ativistas que ajudaram a 1997 tornar realidade a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. “A gestão pública 1998 infelizmente não faz jus à luta do Marmo, não cumpre as medidas que já existem. É isso que 1999 falta, colocar em prática na vida das pessoas. A política é bastante didática e fala de três 2000 vertentes fundamentais para garantir a saúde da população negra: Primeiro, enfrentar o 2001 racismo e seus impactos na saúde; segundo, garantir uma gestão participativa e, por fim, 2002 incorporar os conhecimentos das tradições afro-brasileiras, que têm sido fundamentais ao 2003 longo de séculos. **5) Nair Brito.** Professora e ativista, com destaque para a sua luta incansável 2004 pelo direito à saúde e sua contribuição histórica na conquista do acesso gratuito aos 2005 medicamentos antirretrovirais pelo SUS. Há décadas tem dedicado sua vida à defesa dos 2006 direitos humanos, em especial à luta contra a epidemia do HIV/Aids no Brasil. Em um momento 2007 em que a epidemia devastava vidas e as populações mais vulneráveis eram as mais afetadas, 2008 Nair liderou uma batalha judicial fundamental que garantiu a todos os brasileiros vivendo com 2009 HIV/AIDS o direito ao tratamento gratuito com antirretrovirais através do SUS. Essa vitória 2010 judicial foi um marco na saúde pública brasileira, salvando milhares de vidas e colocando o 2011 Brasil na vanguarda do tratamento e cuidado de pessoas com HIV /AIDS. Sua luta não se 2012 limitou ao campo jurídico. Ela esteve constantemente em contato com as comunidades 2013 afetadas, oferecendo suporte, orientação e lutando contra o estigma e a discriminação 2014 enfrentados por pessoas vivendo com HIV/AIDS. Foi uma força propulsora na mobilização 2015 social e na conscientização pública sobre a necessidade de políticas inclusivas e humanas no 2016 combate à epidemia. Ela integra o Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP) desde 2017 os primeiros passos do coletivo. O impacto da atuação de Nair Brito transcende o direito à 2018 saúde: sua defesa apaixonada pelos direitos das pessoas mais vulneráveis contribuiu para a 2019 construção de um sistema de saúde mais justo e acessível para todos. **Deliberação: por** 2020 **votação, o Plenário do CNS decidiu, por maioria, dedicar a comenda Zilda Arns 2024 para** 2021 **Emerson Elias Merhy.** A entrega ocorrerá na Reunião Ordinária de dezembro. As demais 2022 pessoas indicadas receberão um termo de reconhecimento público. **ATOS NORMATIVOS. 1)** 2023 Minuta de Resolução. Dispõe sobre a alteração da Portaria de Consolidação nº 752/GM/MS, de 2024 11 de julho de 2024, para regulamentar a reunião extraordinária com a nova composição do 2025 Conselho Nacional de Saúde, triênio 2024-2027. Deliberação: a resolução foi aprovada por 2026 unanimidade. **2)** Recomendação decorrente da 359ª Reunião Ordinária do CNS. Recomenda 2027 adoção de medidas com a celeridade que assegurem a implementação do Programa Nacional 2028 de Saneamento Rural e sua articulação com medidas de enfrentamento da emergência 2029 climática pelo governo federal. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por** 2030 **unanimidade.** **3)** Recomendação decorrente da 359ª Reunião Ordinária do CNS. Recomenda 2031 pontos de atenção e diretrizes gerais para indicação e nomeação das futuras 2032 Diretorias/Presidências da Agência Nacional de Saúde Suplementar e Agência Nacional de 2033 Vigilância Sanitária. **Deliberação: a recomendação foi aprovada com três votos contrários.** 2034 **4)** Recomendação decorrente da 359ª Reunião Ordinária do CNS. Recomenda aos Ministérios 2035 da Saúde e da Gestão e Inovação, aos Conselhos Estaduais e Municipais, aos Ministérios 2036 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.