



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos doze e treze dias do mês de fevereiro de 2025, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omitton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Quinquagésima Terceira Reunião Ordinária do CNS, que teve por objetivos: **1)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **2)** Apreciar e debater o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança da Trabalhadora e do Trabalhador do SUS (PNAIST/SUS). **3)** Conhecer e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho - CIRHRT. **4)** Debater e deliberar sobre o Território, Ambiente e Saúde dos Povos Indígenas. **5)** Reafirmar a Importância da Cooperação OPAS/OMS e CNS para o fortalecimento da participação social no SUS. **6)** Conhecer e apreciar as questões relativas à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP no que diz respeito aos estudos com a população negra no Brasil como estratégia para a equidade no SUS. **7)** Debater e deliberar acerca das demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento - COFIN. **8)** Apreciar e deliberar a respeito das demandas da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **9)** Apreciar e deliberar sobre os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas. **MESA DE ABERTURA** - Composição da mesa: **Swendemberg Barbosa**, Secretário Executivo do Ministério da Saúde; conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS. O Secretário Executivo do Ministério da Saúde, **Swendemberg Barbosa**, esteve na abertura da reunião para fazer uma saudação rápida ao Colegiado. Justificou que não poderia permanecer por estar envolvido em várias atividades simultâneas em Brasília, juntamente com a Ministra de Estado da Saúde e outros integrantes do Ministério da Saúde. Dessas atividades em curso, destacou a participação do Ministério da Saúde no Encontro Nacional de Novos Prefeitos e Prefeitas. Segundo relatou, o evento contava com forte presença do governo federal, com destaque para a área da saúde e o controle social. Informou que a abertura havia ocorrido no dia anterior, com a presença do Presidente da República. Durante a tarde, participou de uma mesa intitulada “Mais Saúde para o seu Município”, na qual apresentou uma visão geral dos projetos e programas do Ministério voltados aos municípios, convocando seus colegas secretários para participarem de mesas específicas sobre atenção primária, saúde digital, atenção especializada e gestão de pessoas. Também disse que naquele dia participaria de uma nova agenda, junto com a Presidente do CNS, com foco na relação interfederativa do SUS. Salientou que essa articulação federativa constitui exemplo importante para outras políticas públicas no país e defendeu a valorização dos avanços conquistados, ao invés de se adotar uma postura excessivamente crítica. Explicou que fora distribuído material aos conselheiros, produzido pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa - DGIP/MS. Afirmou que a participação do Ministério naquele encontro estava entre as mais expressivas entre os ministérios do governo federal. Também destacou duas atividades principais com participação da Ministra de Estado da Saúde, Nísia Trindade. A primeira seria uma mesa programada para quarta-feira, das 14h às 15h, com presença de outros ministros, e segunda participação estava prevista para a quinta-feira, também das 14h às 15h, em uma conferência conjunta com o ministro da Educação. Nessa mesa temática de saúde e educação, ambos fariam apresentações seguidas de novos anúncios e entregas. Finalizando, parabenizou o Conselho pelo planejamento realizado e informou que o Ministério da Saúde

também faria seu planejamento estratégico no fim de semana, com foco nos dois anos seguintes. Reafirmou seu compromisso com a Presidente do CNS de realizar, em breve, um encontro para alinhar as prioridades estratégicas entre o Ministério e o Conselho. Encerrou o informe desejando uma boa reunião a todos e justificando sua saída antecipada, por conta dos compromissos simultâneos em sua agenda. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 363<sup>a</sup> REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA ATA DA 77<sup>a</sup> REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS** - Coordenação: conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS. Apresentação: conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DA ATA DA 77<sup>a</sup> REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS.** Deliberação: a ata da 77<sup>a</sup> Reunião Extraordinária do CNS foi aprovada por unanimidade. **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 363<sup>a</sup> REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** Deliberação: a pauta da 363<sup>a</sup> Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade. **ITEM 2 – EXPEDIENTE** – Informes. Justificativa de ausências. Apresentação de novos (as) Conselheiros (as) Nacionais de Saúde e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de fevereiro. Indicações. Relatório da Mesa Diretora. Coordenação: **Gustavo Cabral**, Secretário Executivo do CNS; e conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES** - 1) Informes. Informe 1 - Nota Pública de Entidades (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual – GTPI e Articulação Nacional de Luta contra a AIDS – ANAIDS) sobre o “Impacto das atuais medidas do governo americano nas estruturas de saúde brasileira”. Entre outros aspectos, a nota aponta que várias medidas autoritárias contra a saúde global, em especial dos mais vulneráveis dentro e fora das fronteiras dos Estados Unidos, foram recentemente impostas pelo atual governo Trump, como a retirada da OMS, o fechamento de programas de prevenção e tratamento do HIV/AIDS e a redução drástica de pessoal na Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) com a possibilidade de fechamento total. Essas decisões colocam em risco programas essenciais de assistência à saúde e ajuda humanitária, como o Plano de Emergência da Presidência dos Estados Unidos para o Combate à AIDS (PEPFAR) que foi criado em 2003. O PEPFAR, como outros programas assistências americanas, está suspenso por pelo menos 90 dias. Assim, é urgente o pronunciamento do Ministério da Saúde sobre esta questão bem como a apresentação de propostas que possam subsidiar técnica, política e programaticamente as capitais atingidas diretamente na construção de ações de mitigação. Ainda, manifesta preocupação com a repercussão destas ações na agenda de direitos humanos, especialmente no que se refere às questões relacionadas a direitos sexuais e reprodutivos, identidade de gênero, população LGBTQIAPN+ e a agenda antirracista. As entidades reafirmam que seguirão vigilantes e atuantes na defesa da saúde como um direito humano inegociável e no compromisso com o enfrentamento do machismo, da LGBTQIAPN+ +fobia, do racismo e das iniquidades sociais. Grupo de Informe 2 - Propostas do movimento AIDS no ENONG. Informe 3 - ações de prevenção no carnaval. Apresentação: conselheira **Camila Lima** (ANAIDS). 2) Informe sobre a ausência do controle social no debate do Programa Nacional Mais Acesso a Especialistas. Apresentação: conselheiro **Carlos Ebeling** (ART TB BRASIL). Reconheceu a importância da iniciativa, destacando que a ampliação do acesso a especialidades é uma demanda histórica dos conselhos de saúde em todas as esferas. Entretanto, manifestou preocupação com a ausência do controle social na implementação do programa. Relatou que, em eventos realizados em Porto Alegre – um com a ministra Nísia Trindade e outro com o ministro Arthur Chioro – os conselhos estadual e municipal de saúde não foram convidados, o que considerou um desrespeito às instâncias de participação social. Alertou também para a criação de um conselho de monitoramento da política, formado apenas por gestores, especialistas e representantes universitários, sem a presença de usuários ou representantes do controle social. Considerou essa configuração um retrocesso, semelhante aos antigos conselhos que excluíam a participação popular e priorizavam exclusivamente as visões técnicas e institucionais. 3) Informe sobre fevereiro Roxo “Conscientização sobre Fibromialgia e Lúpus”. Apresentação: conselheira **Ana Lúcia Paduello** (Superando Lúpus). Informe sobre fevereiro Roxo: Conscientização sobre Fibromialgia e Lúpus. No mês de fevereiro, o Brasil está unido na conscientização do fevereiro Roxo, uma campanha dedicada a alertar sobre a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado do Alzheimer, fibromialgia e do lúpus. Essas condições crônicas afetam milhares de pessoas e exigem atenção contínua para garantir qualidade de vida aos pacientes. Na condição de entidades de reumatologia, falaremos sobre a fibromialgia e o lúpus. A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dores musculoesqueléticas difusas, fadiga intensa, distúrbios do sono e hipersensibilidade ao toque.

116 Muitas vezes, os sintomas são subestimados ou confundidos com outras doenças, atrasando o  
117 diagnóstico. De acordo com a prevalência mundial, a fibromialgia afeta aproximadamente 2,5%  
118 da população mundial, sem distinção entre nacionalidades ou condições socioeconômicas. No  
119 Brasil, isso representa cerca de 5,3 milhões de pessoas convivendo com a doença, ou seja,  
120 mais de 5 milhões de brasileiros com fibromialgia, não contam com nenhum protocolo clínico e  
121 diretrizes terapêuticas, ficando essa população sem cuidado adequado, fadadas a viver com  
122 dores e dificuldades financeiras. Já o Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES é uma doença  
123 autoimune que pode afetar a pele, as articulações e órgãos internos, podendo levar a  
124 complicações graves se não for diagnosticado e tratado precocemente. De acordo com a  
125 Sociedade Brasileira de Reumatologia - SBR, estima-se que o lúpus afeta entre 150 mil e 300  
126 mil pessoas no Brasil, sendo a maioria mulheres jovens. Hoje o Ministério da Saúde tem um  
127 PCDT desatualizado, que leva centenas de pacientes a perda da função renal por não  
128 disponibilizar cuidado adequado no tempo certo para que possam controlar o avanço da  
129 doença, evitando a perda da função renal. O fevereiro Roxo reforça a necessidade de políticas  
130 públicas de saúde que ampliem o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado,  
131 promovendo qualidade de vida e bem-estar para os pacientes. A informação é a melhor aliada  
132 na luta contra essas doenças. Se você apresenta sintomas, procure um médico e cuide da sua  
133 saúde! **4)** Informe sobre a proposta da ANS da criação de planos de saúde sem cobertura.  
134 Apresentação: conselheiro **Lucas Salvador** (IDEC). Alertou para os riscos da proposta em  
135 discussão na ANS que visava criar um “ambiente experimental” para comercialização de  
136 planos de saúde com coberturas reduzidas. Segundo ele, a proposta incluía contratos que  
137 excluíam internações, terapias e exames complexos, oferecendo apenas alguns atendimentos  
138 ambulatoriais e consultas médicas básicas, sob o argumento de torná-los mais “acessíveis”.  
139 Nas suas palavras, a proposta, embora apresentada como benéfica, representava riscos não  
140 apenas para os consumidores desses planos, mas para todo o sistema de saúde. Ressaltou  
141 que a ANS vinha conduzindo o processo de forma apressada e sem transparência, dificultando  
142 a participação social e contrariando pareceres técnicos internos da própria agência. Apontou  
143 ainda que a expansão desse tipo de plano não aliviaria o SUS, mas o sobrecarregaria, pois  
144 competiria com ele por recursos financeiros, força de trabalho e estrutura assistencial. Afirmou  
145 que o tema da saúde suplementar não poderia ser tratado como algo isolado do SUS e propôs  
146 que a CIRHRT elaborasse um documento técnico para apreciação do Conselho Nacional de  
147 Saúde sobre o assunto. **5)** Informe sobre os gastos do Ministério da Saúde relativo complexo  
148 CEAF/MS. Apresentação: conselheira **Priscila Torres (Biored Brasil)**. a) Informe sobre o  
149 gasto do Ministério da Saúde com CEAF/MS. O Ministério gastou R\$ 763 milhões de reais com  
150 medicamentos injetáveis que estão sendo fornecidos a pacientes que não possuem serviços  
151 SUS para aplicar. Ministério da Saúde, onde aplicar estes medicamentos? Complexo Industrial  
152 Econômico da Saúde, onde os doentes vão aplicar os medicamentos? Chamamento para que  
153 o Conselho defenda um plano nacional emergencial de fornecimento de aplicação de  
154 medicamentos bilionários fornecidos pelo SUS. b) Implementação da Resolução sobre a  
155 Participação Social. Considerando os prováveis cortes de financiamento à OMS que podem  
156 dificultar a implementação da resolução de participação social aprovada na 77ª Assembleia  
157 Mundial de Saúde, visto que o (CNS desempenha papel fundamental na implementação das  
158 diretrizes e resoluções da Organização Mundial da Saúde - OMS, especialmente no que diz  
159 respeito à promoção e fortalecimento da participação social na saúde pública. A resolução da  
160 OMS sobre participação social visa garantir que a população tenha voz ativa nas decisões de  
161 políticas de saúde, sendo um aspecto central para a construção de sistemas de saúde mais  
162 equitativos e acessíveis. Desta forma, visando fortalecer a implementação da resolução sobre  
163 a participação social nas Américas, a proposta é aprovar recomendação do CNS, reafirmando  
164 o compromisso em contribuir para a efetiva implementação desta tão importante resolução de  
165 participação social aprovada na 77ª Assembleia Mundial de Saúde. **6)** Informes. Apresentação:  
166 conselheira **Melissa Medeiros** (ACGB). 1) Informe sobre a celebração de dez anos de atuação  
167 da Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço - ACBG Brasil, organização da  
168 sociedade civil que atua na defesa dos direitos de pacientes oncológicos promovendo a  
169 reabilitação e incentivando a criação de políticas públicas. 2) Informe sobre a Política Nacional  
170 de Prevenção do Câncer no Conselho. A proposta foi pactuada na Comissão Intergestores  
171 Tripartite, e desconhece que tenha sido aprovada no Conselho, conforme noticiado. Sinalizou  
172 que as entidades sociais da área não foram ouvidas neste processo, mesmo manifestando  
173 interesse na participação. Solicitou que as comissões do Conselho incluam o tema do câncer  
174 nas suas pautas de debate, visto que se trata de um tema transversal. 3) A Associação  
175 Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas - Abraz realizou Webnário sobre demência

176 e ancestralidade, na semana anterior. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS** – Titular: Abrahão  
177 Nunes da Silva. Central de Movimentos Populares (CMP). Usuário. Motivo: rodízio de  
178 titularidade. Titular: Cleide Cilene Farias Tavares. Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,  
179 Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde). Prestadores de Serviços de Saúde. Motivo: agenda  
180 de trabalho. Titular: Elenilson Silva de Souza. Movimento de Reintegração das Pessoas  
181 Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: José  
182 Ramix de Melo Pontes Junior. Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e  
183 Agricultoras Familiares (CONTAG). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Luiz Aníbal  
184 Vieira Machado. Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST). Usuário: rodízio de  
185 titularidade. Titular: Luiz Carlos Ferreira Penha. Coordenação das Organizações Indígenas da  
186 Amazônia Brasileira (COIAB). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Renata Soares de  
187 Souza. Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP). Usuário. Motivo: rodízio de  
188 titularidade. Titular: Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda. Conselho Nacional de Secretarias  
189 Municipais de Saúde (CONASEMS). Gestor. Motivo: não informado. Titular: Vanessa Suzana  
190 Costa. Federação Nacional das APAES (FENAPAES). Usuário. Motivo: agenda de trabalho.  
191 Titular: Victoria Matos das Chagas Silva. União Nacional dos Estudantes (UNE). Usuário.  
192 Motivo: agenda de trabalho. Titular: Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa. Associação  
193 Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas (ABRAZ). Usuário. Motivo: rodízio de  
194 titularidade. Titular: Priscila Torres da Silva. Biored Brasil (participa como integrante da Mesa  
195 Diretora do CNS). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Participa na condição de integrante  
196 da Mesa Diretora. **APRESENTAÇÃO DE NOVOS (AS) CONSELHEIROS (AS) NACIONAIS  
197 DE SAÚDE E COORDENADORES (AS) DE PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE –  
198 NOVOS CONSELHEIROS:** II - ENTIDADES NACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE,  
199 INCLUÍDA A COMUNIDADE CIENTÍFICA DA ÁREA DE SAÚDE. 1º Suplente: Associação  
200 Brasileira de Educação Médica (ABEM) - Odete Messa Torres (substituindo Denise Herdy  
201 Afonso). **COORDENADORES DE PLENÁRIA:** Antônio Andrade de Souza – Amazonas –  
202 Norte. Jefferson de Sousa Bulhosa Júnior – Distrito Federal – Centro Oeste. João Darcy  
203 Resende – Rio Grande do Sul – Sul. Leonilton Silva Da Cruz – Sergipe – Nordeste. Wésia  
204 Nogueira de Sena – Rio Grande do Norte – Nordeste. Prevenção da Gravidez na Adolescência.  
205 4/fev. - Dia Mundial de Combate ao Câncer. 5/fev. - Dia Nacional da Mamografia. 5/fev. - Dia  
206 Mundial do Dermatologista. 7/fev. - Dia Nacional de Luta dos Povos Indígenas. 13/fev. - Dia  
207 Internacional da Epilepsia. 15/fev. - Dia Internacional de Luta contra o Câncer Infantil. 18/fev. -  
208 Dia Internacional da Síndrome de Asperger. 20/fev. - Dia Nacional de Combate às Drogas e  
209 Alcoolismo. 20/fev. - Dia Mundial da Justiça Social. 28/fev. - Dia Mundial de combate a  
210 LER/DORT. 28/fev. - Dia Mundial das Doenças Raras. **INDICACÕES** – Atividades – **1)** Convite  
211 do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, para participar da Roda de Conversa  
212 intitulada "Desafios do Programa AgPopSUS no Fortalecimento da Política de Saúde e  
213 Participação Social nos Territórios (CFA e Periferias Urbanas)", Comissão Político-Pedagógica  
214 (CPP) do Programa de Formação de Educadores e Educadoras Populares de Saúde  
215 (AgPopSUS), dia 4 de fevereiro de 2025, em Brasília-DF. (Estava em Brasília). Indicação  
216 (Referendar): Conselheira, coord. CIRHRT e integrante da mesa diretora, Francisca Valda  
217 (ABEn). **2)** Convite da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde por meio do  
218 Departamento de Saúde Mental, para participar do "Diálogo de Alto Nível: Política sobre álcool  
219 e outras drogas, saúde e Direitos humanos", dia 12 de fevereiro de 2025, em Brasília-DF.  
220 (Estava em Brasília). Indicação (Referendar): Conselheiro e coord. da CISM, Gabriel Henrique  
221 (CFN). **3)** Convite da Associação Brasileira de Educação Médica, na 2ª Reunião do Grupo de  
222 Acompanhamento do Projeto "Formação Médica para o Brasil: onde estamos e para onde  
223 vamos? Um olhar comprometido com a responsabilidade social no século XXI", dia 25 de  
224 fevereiro de 2025, em Brasília - DF. (Estava em Brasília). Indicação (Referendar): Conselheira,  
225 coord. CIRHRT e integrante da mesa diretora, Francisca Valda (ABEn). Comissões externas ao  
226 CNS – **4)** Câmara de Saúde Suplementar - CAMSS/ANS, em substituição a Fernanda Magano  
227 na titularidade e Priscila Torres na suplência. Indicação (Referendar): Titular: Elda Coelho  
228 de Azevedo Bussinguer - (SBB). Suplente: Ana Lúcia Silva Marçal Paduello - (SUPERANDO).  
229 **5)** Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar  
230 (Cosaúde), em substituição a Sra. Priscila Torres na titularidade e Sra. Fernanda Magano na 1ª  
231 suplência. Indicação (Referendar): TITULAR: Ana Lúcia Silva Marçal Paduello -  
232 (SUPERANDO). 1ª Suplente: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer - (SBB). **2º**  
233 **SUPLENTE:** Nelson Augusto Mussolini - (CNI) (Mantida anterior). **6)** Comissão Nacional de  
234 HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis – CNAIDS,  
235 em substituição a Sra. Regina Bueno na titularidade. Indicação (Referendar): Titular: Camila

236 Francisco de Lima (ANAIDS). Suplente: Renata Soares (MNCP) (Mantida anterior). **7**  
237 Comissão Nacional dos Trabalhadores Rurais Empregados para gerir a PNATRE, em  
238 substituição a Sra. Madalena Margarida na Titularidade. Indicação (Referendar): Titular: Maria  
239 Samara (CONTAR). Suplente: Jacildo Siqueira (CONTRAF) (Mantida anterior). **8)** Fórum  
240 Interconselhos da Secretaria Nacional de Participação Social da Presidência da República, em  
241 substituição a Sra. Altamira Simões. Indicação (Referendar): Éder Pereira da Silva (CTB). **9)**  
242 Grupo de Trabalho com a finalidade de elaborar plano estratégico para prevenção, preparação  
243 e resposta às pandemias. Indicação (Referendar): Titular: Rosângela Dornelles (AVJ) -  
244 substituindo a Sra. Madalena Margarida. Suplente: Shirley Marshal (FNE) – substituindo a **Sra.**  
245 **Fernanda Magano.** **10)** Comitês da CONITEC da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação  
246 e do Complexo a Saúde - SECTICS/MS. Indicação (Referendar): 2º Suplente: Antônio Magno  
247 de Sousa Borba (CNSAÚDE) - substituindo o Sr. Neilton Araújo de Oliveira no Comitê de  
248 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **11)** Recomposição da Comissão Permanente de  
249 Política de Drogas e Saúde Mental, do Conselho Nacional dos Direitos Humanos, para o biênio  
250 2025-2026. Indicação (Referendar): Titular: José Vanilson Torres da Silva (MNPR) substituindo  
251 a Sra. Helenice Nakamura. Suplente: **Francyslane Vitória da Silva** (ENEGRECER) Indicação  
252 da CISM. **12)** Substituição de representantes para o Comitê Nacional para a Promoção do Uso  
253 Racional de Medicamentos (CNPURM). Indicação (Referendar): titular: Priscila Torres  
254 (BIORED BRASIL) substituindo Sra. Altamira Simões. Suplente: Débora Melecchi (FENAFAR)  
255 substituindo Sr. Walter Bernardo. **Deliberação: as indicações foram aprovadas por**  
256 **unanimidade.** **RELATÓRIO DA MESA DIRETORA.** **Fortalecimento do Controle e**  
257 **Participação Social no SUS.** No dia 5 de fevereiro, na sede da Fiocruz em Brasília/DF, a  
258 Presidenta do CNS, Fernanda Magano, participou do lançamento do Curso de Informação e  
259 Gestão do Trabalho na Saúde – Formação para Recenseadores(as), que integra o censo da  
260 Força de Trabalho na Saúde. “Devemos reconhecer que é preciso ter esse levantamento e  
261 para além dele, garantir a perspectiva das condições para o trabalho e o vínculo com o controle  
262 social. O controle social do SUS é a fiscalização dessa gestão, sendo relevante para que  
263 alcancemos o resultado de vida, de democracia e saúde para a população brasileira”, declarou  
264 a Presidenta durante a atividade”. **Fortalecimento dos Conselhos de Saúde.** Nos dias 4 e 5  
265 de fevereiro, ocorreu a edição do “Conexão Minas-Saúde 2025”, que contou com a  
266 apresentação do tema “Cidadania ativa e o SUS de todas e todos” para a gestão de secretarias  
267 municipais de saúde de todo o estado de Minas Gerais. O evento contou com a participação da  
268 presidente do CNS, Fernanda Magano; do consultor da OPAS, Fernando Pigatto; da presidente  
269 do CES-MG, Lourdes Machado; e da presidente do Conselho Municipal de Saúde de Belo  
270 Horizonte, Ilda Alexandrino; com mediação do assessor de Parcerias da SES-MG, Luiz  
271 Fernando Prado de Miranda. **Fortalecimento do Controle e Participação Social no SUS.** A  
272 Mesa Diretora do CNS, juntamente com os conselheiros e as conselheiras nacionais de saúde,  
273 participaram e elaboraram o Planejamento Estratégico do CNS, nos dias 10 e 11 de fevereiro.  
274 Entre os temas debatidos pelo Colegiado, destaca-se criar, elaborar e levar aos territórios  
275 ações que mitiguem a desinformação em saúde e o impacto das mudanças climáticas na  
276 saúde do planeta. Para isso, é fundamental a democratização de informações confiáveis no  
277 fortalecimento da democracia, da cidadania, da participação e do Controle Social no SUS. No  
278 dia 12 de fevereiro, das 11h às 12h, a presidente do CNS, Fernanda Magano, participará do  
279 Encontro de Novos(as) Prefeitos e Prefeitas, em Brasília/DF, na Mesa “Participação Social: Um  
280 instrumento para gestão local efetiva”. **Para conhecimento. Não houve deliberação.** **ITEM 3**  
281 **- APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE E**  
282 **SEGURANÇA DA TRABALHADORA E DO TRABALHADOR DO SUS - PNAIST/SUS -**  
283 Apresentação: **Érica Bowes**, Coordenadora-Geral de Gestão e Valorização do Trabalho na  
284 Saúde – CGVATS/DEGERTES/SGTES/MS; e **Bruno Guimaraes de Almeida**, diretor do  
285 DEGERTS/MS. Coordenação: conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora  
286 do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira  
287 **Francisca Valda da Silva** iniciou este ponto destacando a sua importância dada a relação com  
288 os três eixos fundamentais para a consolidação do SUS: financiamento, trabalho e  
289 regionalização da oferta de serviços (gestão). Em seguida, abriu a palavra às pessoas  
290 convidadas, para explanações sobre o tema. O diretor do DEGERTS/MS, **Bruno Guimaraes**  
291 **de Almeida**, iniciou o tema, agradecendo o convite e parabenizando a nova gestão do  
292 Conselho. Reforçou a importância do papel do CNS em defesa da pauta do trabalho e a  
293 participação deste Colegiado nos espaços colegiados de debate da SGTES/MS, como as que  
294 tratam da carreira, força de trabalho e saúde do trabalhador. Explicou que o Programa surge  
295 em um cenário de desafios como vínculos precários e múltiplas jornadas, e crescimento

alarmante dos adoecimentos mentais entre os trabalhadores da saúde. Destacou que o PNAIST/SUS foi construído de forma coletiva, nos territórios, baseado em diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, articulando gestão do trabalho e vigilância. Salientou que iniciativas como esta são importantes para atender as demandas da saúde do trabalhador e, por conseguinte, diminuir as violências relacionadas ao trabalho. Assim, o Programa busca garantir saúde integral das pessoas trabalhadoras, responsável por concretizar o direito humano à saúde dos usuários do SUS. Também agradeceu à equipe responsável pelo desenvolvimento do Projeto e à secretária da SGTES/MS Isabela Pinto, pelo apoio à iniciativa. Por fim, reiterou o diálogo e a construção coletiva da Secretaria com o CNS, inclusive por meio da CIRHRT/CNS, para atender as demandas sociais das pessoas trabalhadoras. Após essas considerações iniciais, a Coordenadora-Geral da CGVATS/DEGERTES/SGTES/MS, **Érica Bowes**, fez uma apresentação detalhada sobre o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança da Trabalhadora e do Trabalhador do SUS, que surgiu em um momento de reconfiguração da SGTES, um espaço voltado à defesa do trabalhador do SUS. Detalhou que os valores da Secretaria são: compromisso, social, responsabilidade, equidade social e trabalho digno. Explicou que a construção do PENAST é resultado de uma escuta nacional iniciada em março de 2024, envolvendo mais de 1.500 participantes em oficinas estaduais. Destacou as principais demandas dos territórios: saúde mental, prevenção de assédios, acidentes e organização de ambientes de trabalho. Explicou a metodologia utilizada, incluindo diagnósticos, reuniões com estados e parceria com a Universidade Federal da Bahia. Apontou que apenas sete estados tinham iniciativas voltadas para a saúde do trabalhador e que o programa foca a centralidade no sujeito trabalhador. Na lógica da construção de forma ascendente, com escuta dos movimentos, disse que a Secretaria realizou os seguintes movimentos: 1) Encontro Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES): sintetizaram os problemas e necessidades prioritárias em saúde nas cinco regiões do país, destacando-se a falta de proposição e execução de políticas públicas para valorização das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde, insuficiência de ações relativas às condições de trabalho, saúde mental, prevenção de assédio, acidentes e organização de ambientes; e 2) Oficinas Regionais de Planejamento da Área de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no SUS (SGTES): foram identificadas como necessidades implementar estratégias de enfrentamento a diversas formas de violência aos trabalhadores e promover ações de segurança e saúde para os trabalhadores do SUS com destaque para a saúde mental. Detalhou a Agenda 2030 da Organização Internacional do Trabalho - OIT: ratifica, mais de 40 anos depois, que as ações que garantam a proteção dos direitos laborais e promoção de ambientes de trabalho seguros e protegidos para todas as trabalhadoras e os trabalhadores ainda são necessárias. Também citou a Emergência de saúde global causada pela COVID-19 que trouxe avanços significativos na percepção das pessoas sobre a interação entre saúde e trabalho, bem como sobre os riscos decorrentes de medidas preventivas e corretivas inadequadas. Além disso, acordos internacionais assumidos pelo Brasil, como signatário da OIT e da OMS, e contexto crescente do adoecimento das trabalhadoras e trabalhadores da saúde: Tornam-se necessários a implementação e o fortalecimento de políticas públicas de saúde e segurança das trabalhadoras e trabalhadores do SUS. Explicou que o Programa foi fundamentado na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - Portaria nº 1.823 – e consiste em um conjunto de ações e atividades práticas organizadas para atingir objetivos específicos, dentro de uma política maior. (Programas são mais concretos e operacionais, com metas, prazos e recursos definidos). Disse que o Programa foi instituído pela Portaria nº. 3.115/2024, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. Detalhou que o Programa visa promover a atenção integral à saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador do SUS, nas três esferas de gestão, na perspectiva do trabalho decente e seguro. Detalhou que os objetivos específicos são: a) estimular a inclusão no Plano de saúde e na Programação Anual de Saúde ações da gestão do trabalho na saúde e da saúde e segurança das trabalhadoras e dos trabalhadores do SUS; b) incentivar a implantação e fortalecimento de ações/planos/programas/políticas estaduais, distritais e municipais de saúde e segurança dos trabalhadores do SUS; c) estimular a previsão recursos orçamentários tripartite para ações da saúde e segurança das trabalhadoras e dos trabalhadores do SUS; d) promover a integralidade na atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora do SUS, que contemple ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho, assistência, recuperação, reabilitação física e psicossocial, retorno ao trabalho e apoio à readaptação; e) Assegurar a participação dos trabalhadores e trabalhadoras no planejamento, implementação, controle, monitoramento e avaliação do programa; f) propiciar processos formativos e de

356 educação permanente referente a saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador do  
357 SUS; g) fomentar estratégias de comunicação na área de saúde e segurança do trabalhador e  
358 trabalhadora do SUS; h) Promover a equidade nas ações/estratégias do Programa  
359 reconhecendo a diversidade da força de trabalho do SUS; e i) avaliar os indicadores de forma a  
360 subsidiar ações estratégicas e a tomada de decisão a fim de promover a saúde dos  
361 trabalhadores e das trabalhadoras do SUS. Disse que os princípios são: universalidade;  
362 integralidade da atenção; trabalho digno e decente; participação social; equidade e  
363 humanização das relações de trabalho; ética; direito à informação; descentralização; e princípio  
364 da precaução. Disse que o público de interesse é pessoas trabalhadoras do SUS, ou seja,  
365 todos aquelas e aqueles, independente do vínculo, que realizam ações e exercem suas  
366 atividades ou funções em serviços públicos de saúde e em serviços de saúde privados,  
367 conveniados e contratados pelo SUS (NOB RH/SUS). Detalhou que a força de trabalho na  
368 saúde no Brasil é composta por quase 3,2 milhões de trabalhadores, sendo 53% de nível  
369 técnico e médio, 25% de público feminino, com mulheres negras na base. Das doenças e  
370 agravos relacionados ao trabalho (SINAN, 2007 – 2023), o mais prevalente são: acidente com  
371 exposição a material biológico, acidente de trabalho em geral, COVID-19 relacionada ao  
372 trabalho, intoxicação exógena relacionada ao trabalho, LER/DORT, e transtornos mentais  
373 relacionados ao trabalho. Também fez um destaque para a atenção às pessoas trabalhadoras  
374 do Subsistema de Saúde Indígena. Detalhou as diretrizes e linhas de ação do Programa: I -  
375 planejamento estratégico e participativo, monitoramento e avaliação das ações de saúde e  
376 segurança da trabalhadora e do trabalhador do SUS: a) Planejamento; b) Monitoramento e  
377 Avaliação; II - promoção da saúde em ambientes e processos de trabalho: a) Promoção da  
378 saúde da trabalhadora e do trabalhador do SUS; III - prevenção de riscos à saúde presentes  
379 nos ambientes e processos de trabalho e de doenças e agravos relacionados ao trabalho (Dart)  
380 no SUS: a) Prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho no SUS; b) Prevenção  
381 de riscos à saúde presentes nos ambientes e processos de trabalho do SUS; e c) Maternagem,  
382 Gravidez e amamentação nos ambientes de trabalho dos serviços do SUS; IV - gerenciamento  
383 de informação de saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador do SUS: a) Registro nos  
384 sistemas de informação do SUS e em outras bases e b) Monitoramento e avaliação de  
385 indicadores epidemiológicos; V - reabilitação, readaptação e retorno ao trabalho: a)  
386 Acolhimento da trabalhadora e do trabalhador do SUS; b) Reabilitação da trabalhadora e do  
387 trabalhador do SUS; c) Readaptação e retorno ao trabalho no SUS; VI - educação,  
388 comunicação e informação em saúde e segurança da trabalhadora e do trabalhador do SUS: a)  
389 Formação e Educação Permanente em Saúde e Segurança no trabalho em saúde; b)  
390 Comunicação em Saúde; e c) Produção de conhecimento em Saúde e Segurança; VII -  
391 promoção à saúde mental das trabalhadoras e dos trabalhadores do SUS: a) Vigilância de  
392 ambientes e processos de trabalho com foco nos fatores de risco psicossociais do trabalho e  
393 estressores ocupacionais; b) Cuidado integral à saúde mental da trabalhadora e do trabalhador  
394 do SUS Sistema de cogestão e ambiência humanizada; e c) Formação e educação  
395 permanente para atuação em saúde mental; VIII - prevenção e enfrentamento ao assédio,  
396 discriminações e violências relacionadas ao trabalho no SUS - a) Prevenção das violências e  
397 promoção à cultura de paz no trabalho na saúde; b) Enfrentamento ao racismo no trabalho no  
398 SUS; c) Detecção, apuração e atos correicionais; d) Reconhecimento e valorização da  
399 diversidade e pluralidade da trabalhadora e do trabalhador do SUS, considerando as  
400 interseccionalidades de gênero, raça, etnia, identidade de gênero, orientação sexual, geração e  
401 deficiência; IX - proteção da saúde e segurança do trabalhador do SUS em emergências em  
402 Saúde pública (ESP) por situações epidemiológicas, desastres potencializados pelas  
403 mudanças climáticas: a) Planejamento da Força de Trabalho na Saúde; b) Proteção à  
404 trabalhadora e ao trabalhador do SUS; c) Assistência à saúde da trabalhadora e do trabalhador  
405 em emergências. No que diz respeito à estruturação do Programa do PNAIST/SUS, disse que  
406 a recomendação é que todas as unidades assistenciais ou de gestão administrativa da rede  
407 própria, sob gestão direta do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais  
408 de Saúde, implantem o seus Programas, por meio das seguintes estruturas e/ou estratégias ou  
409 semelhantes: Coordenação/gerência ou área técnica de saúde e segurança do trabalhador do  
410 SUS nos Estados/DF, Municípios; Serviços de atenção integral à saúde e segurança do  
411 trabalhador e da trabalhadora do SUS ou estrutura semelhante (SAIOTT); Comissões de saúde  
412 e segurança da trabalhadora e do trabalhador (COSATT); Serviço matricial de atenção integral  
413 à saúde e segurança do trabalhador e da trabalhadora do SUS ou estrutura semelhante  
414 (SAIOTT Matricial). Além disso, salientou que o PNAIST/SUS será implementado em todo  
415 território nacional e contará com o seguinte sistema de governança: I - Colegiado de Gestão do

416 PNAIST/SUS; II – Coordenação Executiva, exercida pela CGVATS; III -  
417 Coordenação/Gerência/Área ou Referência Técnica do PNAIST/SUS nas unidades do  
418 Ministério da Saúde (Hospitais Federais, DSEI e outros) e nas Secretarias de Saúde de  
419 Estados, Distrito Federal e Municípios; IV - Fórum Nacional de Atenção Integral a Saúde e  
420 Segurança da Trabalhadora e do Trabalhador do SUS - FórumSAT /SUS), integrando a  
421 REGTES; V - Câmara técnica de saúde e segurança da trabalhadora e trabalhador do SUS na  
422 Comissão Intergestores Regional (CIR). Acrescentou que o monitoramento e a avaliação do  
423 PNAIST/SUS ocorrerá por meio do Colegiado de Gestão do Programa, vinculado a SGTES,  
424 conforme indicadores previstos no manual de orientação técnica do PNAIST/SUS que estará  
425 disponível na página do Ministério da Saúde. Acrescentou que os municípios, estados, DF e  
426 DSEI poderão estabelecer mecanismos locais complementares de autoavaliação, controle,  
427 regulação, cofinanciamento e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelo  
428 PNAIST/SUS. Por fim, apresentou vídeo sobre as oficinas realizadas e destacou o empenho da  
429 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS, Isabela Pinto, para  
430 construção da proposta. Concluídas as apresentações, foi aberto debate sobre o tema.  
431 Conselheira **Isabela Pinto**, Secretária da SGTES/MS, cumprimentou o Plenário do Conselho e  
432 destacou a importância da ampliação da participação para o fortalecimento de políticas de  
433 Estado. Afirmou que garantir orçamento para o PNAIST foi essencial para sua execução e  
434 ressaltou a articulação da SGTES com outras secretarias do Ministério da Saúde e com o  
435 Ministério do Trabalho neste processo. Também reforçou o compromisso da Secretaria com o  
436 fortalecimento das políticas estruturantes do SUS. Conselheiro **João Donizete Scaboli**  
437 parabenizou os expositores e reforçou a importância deste debate, inclusive para nortear as  
438 discussões da 5ª CNSTT. Criticou a não ratificação da Convenção 190 da OIT pelo Brasil e  
439 defendeu maior atenção ao adoecimento dos trabalhadores nos ambientes de trabalho. Cobrou  
440 ações mais efetivas e articulação entre ministérios para reparar danos e resarcir o SUS.  
441 Conselheiro **Valcler Rangel Fernandes** elogiou o Programa e trouxe observações sobre a  
442 violência urbana e suas consequências na saúde dos trabalhadores, especialmente nas  
443 periferias. Questionou como o tema apareceu nas oficinas estaduais e pediu atenção às  
444 particularidades dos trabalhadores da floresta, campo e águas. Solicitou informações sobre a  
445 articulação com os Ministérios do Trabalho e da Previdência na questão da proteção dos  
446 trabalhadores. Conselheiro **Mauri Bezerra** agradeceu à equipe da SGTES/MS e parabenizou a  
447 inclusão da terminologia “trabalhadores e trabalhadoras” no Programa. Sentiu falta de dados  
448 oficiais sobre óbitos de trabalhadores da saúde e defendeu que o Programa conte com também  
449 os trabalhadores terceirizados ou de instituições contratualizadas. Reforçou a importância da  
450 criação da carreira do SUS e lamentou que ainda não tenha sido implementada. Conselheiro  
451 **Getúlio Vargas Júnior** reforçou a importância do PNAIST no contexto de construção da 5ª  
452 CNSTT e defendeu que o Programa seja levado às conferências livres e etapas municipais, a  
453 fim de mobilizar a população para defesa da pauta da saúde do trabalhador. Ressaltou a  
454 importância de manter a valorização dos trabalhadores conquistada durante a pandemia da  
455 COVID-19, e defendeu a necessidade de implementar pautas históricas como a carreira do  
456 SUS. Relatou casos de violência contra profissionais da saúde nas periferias urbanas e pediu  
457 mobilização social com base nos dados levantados. Conselheira **Márcia Cristina das Dores**  
458 **Bandini** parabenizou a construção democrática do Programa e lembrou a dificuldade desse  
459 processo. Alertou para o risco de o Programa ser capturado pela lógica da saúde ocupacional  
460 tradicional. Assim, questionou como a SGTES pretende implementar o Programa de forma a  
461 garantir a participação dos trabalhadores. Por fim, sugeriu ação da Secretaria para divulgar a  
462 lista de doenças relacionadas ao trabalho, publicada em 2023. Conselheira **Veridiana Ribeiro**  
463 **da Silva** chamou a atenção para a necessidade de ratificar a Convenção da OIT 190 e  
464 defendeu o uso exclusivo do termo “trabalho decente”, que já engloba dignidade, saúde,  
465 prevenção de violência e outros direitos. Disse que a inclusão das dimensões do trabalho  
466 decente ajudou em negociações sindicais e cobrou coerência na defesa do conceito.  
467 Conselheiro **Anselmo Dantas** parabenizou a equipe da SGTES/MS pela iniciativa e pediu  
468 informações sobre a participação dos sindicatos e conselhos nas oficinas estaduais.  
469 Questionou também se houve envolvimento da Fundacentro, destacando sua importância  
470 histórica na pesquisa sobre adoecimento dos trabalhadores. Conselheira **Elenice Nakamura**  
471 reforçou a relevância do tema e questionou como está sendo feita a articulação com os  
472 conselhos estaduais e municipais de saúde e os CERESTs. Destacou a importância das  
473 notificações de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e a necessidade de capacitar os  
474 profissionais para realizá-las corretamente. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** parabenizou o  
475 Programa e destacou a relação entre precarização do trabalho, adoecimento e violências,

sobretudo em contextos de crise climática. Questionou como o Programa dialoga com os comitês de equidade implantados em algumas unidades de saúde e pediu informações sobre a abordagem do teletrabalho na saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** saudou a construção do Programa e perguntou como garantir que chegue aos trabalhadores de saúde. Também fez um paralelo entre a eliminação da tuberculose e a garantia de condições dignas de trabalho aos profissionais de saúde. Também sinalizou problemas de descontinuidade no atendimento devido à alta rotatividade e vínculos frágeis, considerando que afeta negativamente a adesão dos usuários ao tratamento de saúde. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** agradeceu as apresentações e reconheceu a importância desta iniciativa para dar maior visibilidade aos trabalhadores. Assim, enfatizou que o trabalhador precisa ser valorizado enquanto sujeito ativo do SUS. Nessa linha, defendeu duas frentes de ação: maior articulação entre as secretarias do Ministério da Saúde e ampla divulgação das ações já realizadas. Conselheira **Lucimary Santos Pinto** parabenizou o Programa e destacou que o maior desafio é sua implementação, especialmente em relação aos vínculos precários predominantes em várias regiões. Relatou situações envolvendo cooperativas, contratos temporários e ausência de segurança jurídica. Denunciou que trabalhadores da enfermagem não têm seus direitos garantidos ao adoecerem, devido à falta de transparência no repasse do orçamento, e esse processo prejudica a saúde desses trabalhadores e prejudica o atendimento aos usuários. **Retorno da mesa.** Coordenadora-Geral da CGVATS/DEGERTES/SGTES/MS, **Érica Bowes**, agradeceu as falas, manifestando satisfação com o apoio à iniciativa e respondeu às perguntas, destacando que o Programa prevê plano de implantação por adesão, com possibilidade de começar por diretrizes escolhidas pelo ente federado. Prometeu-se a incluir informações sobre os óbitos de trabalhadores durante a pandemia da COVID-19 e reiterou o compromisso de garantir a participação dos trabalhadores. Explicou a metodologia da escuta nacional, a participação das representações sindicais e conselhos em todas as etapas. Nessa lógica, confirmou a presença da Fundacentro, do Ministério Público do Trabalho na comissão técnica, além de outras representações. Destacou o Programa contempla a governança colegiada e reforçou o papel das instâncias estaduais e municipais neste processo. Desse modo, disse que todas as oficinas estaduais contaram com a participação da representação sindical. Concordou que é preciso ratificar a Convenção 190 e concordou que trabalho decente engloba vários conceitos. Ressaltou a transversalidade com outras políticas da SGTES e esclareceu que o PNAIST contempla todos os trabalhadores da saúde, inclusive os contratualizados. Por fim, disse que o Programa é o início e passará por revisões e adequações. O diretor do DEGERTS/MS, **Bruno Guimaraes de Almeida**, finalizou destacando que o SUS enfrenta um contexto complexo de modelos de gestão e vínculos que fragilizam a força de trabalho. Alertou para o risco de privatização do Sistema se a pauta do trabalho não for central. Defendeu maior articulação com o Congresso e outros ministérios, e reiterou que o PNAIST é apenas uma parte da agenda necessária. Afirmou que os trabalhadores são a espinha dorsal do SUS e que o reconhecimento e a valorização de seu papel são urgentes. Conselheira **Francisca Valda da Silva** destacou que o Conselho CNS se mantém como parceiro ativo na luta por condições dignas de trabalho para os profissionais da saúde no SUS. Recordou que, nos dias anteriores, o CNS esteve reunido para seu planejamento estratégico e um dos pontos centrais debatidos foi a valorização do trabalho no SUS – o que envolve remuneração adequada, boas condições laborais e respeito à dignidade dos trabalhadores. Destacou que essa pauta está inserida em um processo histórico, fundamentado em resoluções de conferências anteriores, como a 16<sup>a</sup> e a 17<sup>a</sup>, e que agora se fortalece no caminho rumo à 5<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Dito isso, sintetizou as propostas que surgiram do debate: 1) apoiar a aprovação integral do PNAIST/SUS na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, garantindo financiamento adequado; 2) incluir nos temas a serem pautados nas próximas reuniões do Plenário do CNS a agenda do DEGERTES/MS, inclusive como processo preparatório para a 5<sup>a</sup> CNSTT (remeter esta demanda para a Mesa Diretora do CNS); 3) fortalecer ações para a redução da jornada 6x1 e a promoção da qualidade de vida além do trabalho; 4) apresentar ao Pleno do CNS a proposta da Política Nacional do Trabalho Decente no SUS; 5) reforçar a mobilização no Congresso Nacional no sentido de garantir a ratificação da Convenção 190 da Organização Internacional do Trabalho - OIT, com atuação do CNS, do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Emprego; e 6) pautar debate sobre o Movimento “Vida além do trabalho” na CISTT/CNS e na CIRHRT, contemplando a questão da redução de trabalho e do piso salarial para o conjunto de pessoas trabalhadoras da saúde. Finalizando, agradeceu as contribuições dos participantes, ressaltando o compromisso das entidades envolvidas, e finalizou destacando que essas propostas serão incorporadas à

536 agenda estratégica do CNS para o triênio 2024-2027. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**  
537 **Júnior**, da Mesa Diretora do CNS, também agradeceu as pessoas convidadas pelas ricas  
538 explanações e as intervenções do Plenário. Antes de encerrar o período da manhã, o  
539 Secretário Adjunto da SE/CNS, **Gustavo Cabral**, a propósito do questionamento sobre a  
540 aprovação da Política Nacional de Prevenção do Câncer no Conselho, esclareceu que  
541 SAES/MS oficiou este Colegiado sobre a Política em outubro de 2024. Como encaminhamento,  
542 a Mesa Diretora do CNS definiu, em sua reunião no mês de outubro, encaminhar a Política à  
543 CICTAF/CNS e à CIAPP/CNS para debate conjunto. Como resultado dos debates das  
544 comissões, na reunião de dezembro de 2024, foi apresentada resolução, que aprova a Política.  
545 Naquela oportunidade, a resolução foi aprovada e disponibilizada no site do CNS (Resolução  
546 nº. 767/2024). Conselheira **Priscila Torres da Silva** recordou que a CICTAF e a CIAPP  
547 debateram a Política em reunião presencial e, inclusive, na oportunidade foi definida agenda  
548 das comissões com a SAES/MS para acompanhamento da Política. Além disso, disse que as  
549 comissões sugeriram o envolvimento dos CESs neste processo de acompanhamento. Após  
550 essas falas, às 12h45, a mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram  
551 presentes as seguintes pessoas conselheiras: nomes serão incluídos. Retomando, às 14h15, a  
552 mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 - COMISSÃO INTERSETORIAL DE**  
553 **RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO - CIRHRT - Informes**.  
554 **Apresentações dos pareceres de processos de autorização, reconhecimento e**  
555 **renovação de cursos de graduação da área da saúde**. Coordenação: conselheira **Francisca**  
556 **Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da CIRHRT/CNS; e conselheiro  
557 **Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, a coordenadora  
558 da CIRHRT/CNS apresentou informe da CIRHRT, trazendo os principais pontos  
559 acompanhados e desenvolvidos em representação do CNS. Primeiramente, informou que as  
560 Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs das catorze profissões da saúde, listadas na  
561 Resolução nº. 287/1998, estão em processo de atualização. Esse processo é essencial, pois  
562 muitas dessas diretrizes são do início dos anos 2000. Fez um destaque à Medicina, que está  
563 com um projeto chamado 'Formação Médica para o Século XXI', apoiado pela SGTES. Esse  
564 projeto conta com uma comissão instituída por portaria e envolve, entre outros, a SESU,  
565 SERES, CNE, entidades médicas, Ministério da Saúde e o próprio CNS. Inclusive, disse que  
566 seria realizada reunião sobre o tema no dia 25 de fevereiro. Recordou que outras profissões,  
567 como Odontologia, Farmácia e Psicologia, já tiveram suas diretrizes atualizadas. A Psicologia,  
568 inclusive, passou pelo Plenário e já teve a nova resolução homologada, contemplando a  
569 determinação social do processo saúde-doença e o SUS como eixo formativo. A graduação em  
570 Saúde Coletiva também foi regulamentada recentemente. Disse que a Comissão está  
571 acompanhando de perto as DCNs de Fisioterapia, Enfermagem, Fonoaudiologia, Nutrição e  
572 Terapia Ocupacional. Já aprovadas no CNS e no CNE, essas diretrizes aguardam  
573 homologação pelo Ministro da Educação, e, apesar da ausência de justificativa formal para o  
574 atraso, há forte indício de relação com o marco regulatório da educação à distância, cuja  
575 minuta não contou com a participação do CNS nem da SGTES. Lembrou que o Conselho já  
576 aprovou uma recomendação solicitando que esse decreto seja submetido à consulta pública.  
577 Reiterou a defesa do CNS que as aulas práticas e os estágios sejam presenciais, com a  
578 presença física de docentes e tutores e rejeita a ideia de que atividades síncronas online  
579 possam ser consideradas como ensino presencial. Além disso, informou que o Departamento  
580 de Gestão da Educação da SGTES está desenvolvendo uma agenda estruturante para a  
581 política nacional de educação na saúde. Nela, estão em debate diretrizes para a formação  
582 técnica em saúde – dado que 53% da força de trabalho no SUS são técnicos, o COAPS (que  
583 trata dos compromissos das instituições com os campos de prática no SUS) e as residências  
584 em saúde. Destacou ainda a participação na caravana do projeto FormaSUS, que percorre  
585 todas as regiões do Brasil. Já ocorreram etapas no Norte (Manaus, Belém), Sudeste, e  
586 Nordeste 1 (Fortaleza), e as próximas estão previstas para o Nordeste 2 (Bahia, Alagoas,  
587 Paraíba, Sergipe), Sul e Centro-Oeste. Disse que na reunião de fevereiro, 3 e 4, foi realizada a  
588 124ª Reunião Ordinária da CIRHRT e na oportunidade foi aprovado plano de trabalho da  
589 Comissão para o semestre, que é o último do triênio. Também foi iniciado preparativo para o  
590 planejamento estratégico da nova composição da CIRHRT, que será definida por edital. Por  
591 fim, apresentou itens de deliberação, que seriam tratados no último item da pauta  
592 (encaminhamentos): aprovação de dois protocolos da Mesa Nacional de Negociação  
593 Permanente do SUS. Um deles atualiza diretrizes para promoção da saúde e segurança dos  
594 trabalhadores do SUS, com dez princípios e 28 proposições de programas. O outro trata das  
595 condições de trabalho e educação nos territórios de povos indígenas. Este segundo documento

é fruto de um grupo de trabalho criado pela Mesa, com contribuições diretas de trabalhadores em campo e visitas às aldeias, incluindo participação ativa deste conselho em reuniões em Manaus e em áreas de difícil acesso. E também moção de apoio à pesquisadora Lígia Bahia, ex-conselheira do CNS, em solidariedade diante da atual conjuntura que ela enfrenta. A moção está fundamentada em seu histórico de defesa do SUS, da ciência e da saúde pública. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** informou que os pareceres para homologação dos protocolos já estavam prontos. **ITEM 5 – TERRITÓRIO, AMBIENTE E SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS** - Apresentação: conselheiro **Luiz Carlos Ferreira Penha**, liderança indígena; **Paulo Cesar Basta**, Pesquisador Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz; **Vanessa Barroso Quaresma**, Assessora Técnica do Departamento de Atenção Primária a Saúde Indígena - DAPSI/SESAI/MS; e conselheiro **Rildo Mendes**. Coordenação: conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS, iniciou destacando a importância deste debate esclarecedor e proveitoso. Recordou que a Constituição Federal assegura o respeito à diversidade e à especificidade dessas populações e chamou atenção para a complexidade que envolve garantir saúde de qualidade a mais de 305 povos indígenas que falam mais de 274 línguas. Ressaltou a relação direta entre território, ambiente e qualidade de vida para os povos originários e solicitou atenção às falas, informando que cada convidado teria 20 minutos para sua intervenção. Conselheiro **Rildo Mendes**, coordenador da CISI/CNS, destacou a relevância do tema em debate, reforçando sua ligação com a pauta discutida sobre proteção do clima e da biodiversidade. Nas suas palavras, os povos indígenas possuem uma conexão espiritual profunda com a terra, a floresta e o ambiente natural. Alertou sobre a devastação causada pelo garimpo, especialmente na região Norte, como no território Yanomami e no Rio Uruçu, enfatizando os impactos da contaminação por mercúrio no solo, na água e nos corpos dos povos indígenas, condenando-os a um futuro incerto. Apontou que o capital, o agronegócio e as grandes empresas são responsáveis por essa exploração destrutiva dos territórios indígenas. Conselheiro **Luiz Carlos Ferreira Penha**, integrante da CISI/CNS, enfatizou que a pauta indígena está inserida em um contexto global de mudanças climáticas e pressões econômicas. Ressaltou que tais mudanças impactam diretamente os povos indígenas, mas também toda a sociedade, e que os efeitos sobre a saúde pública e os recursos do SUS precisam ser discutidos pelo conselho. Reforçou que a mineração ilegal, o mercúrio e outras atividades predatórias estão conectados ao agravamento dessas crises e exigem respostas urgentes. O pesquisador da ENSP/Fiocruz, **Paulo Cesar Basta**, iniciou sua fala agradecendo o convite da CISI para participar deste debate e destacando sua trajetória de mais de 25 anos com saúde indígena. Explicou que, para os povos indígenas, o território é sagrado, fonte de vida e espiritualidade, onde se desenvolvem identidade, cultura, relações sociais, organização familiar e acesso a recursos vitais. Trouxe como exemplo uma imagem aérea de uma terra indígena no Mato Grosso do Sul, preservada e com forma semelhante a um coração, para simbolizar o conceito de território ancestral, onde a natureza fornece “serviços ecossistêmicos”. Alertou que esses territórios estão ameaçados por forças externas como o agronegócio, a mineração, o desmatamento, as queimadas e projetos energéticos, todos incentivados por interesses financeiros de grandes fundos internacionais. Além disso, sinalizou que todo este contexto está associado às mudanças climáticas vigentes. Em seguida, apresentou estudos que demonstram o avanço da mineração ilegal, especialmente nos territórios dos povos Kayapó/PA, Munduruku/PA e Yanomami/RO e AM. Mostrou gráficos revelando o aumento da devastação desde 1985, com picos significativos a partir de 2016, atingindo recordes em 2022. Disse que estudo da OTCA mostrou que a Amazônia possui mais de 4 mil garimpos ilegais, contaminando os rios da Região. Explicou os riscos da contaminação por mercúrio, elemento tóxico usado na mineração de ouro, e como ele se transforma no ambiente, sendo absorvido pela cadeia alimentar, principalmente por meio do consumo de peixes. Segundo o pesquisador, estima-se que a cada quilo de ouro garimpado, o minerador utiliza 2 a 8 quilos de mercúrio. Mostrou imagens detalhando esse processo de garimpo artesanal: Mercúrio (Hg) é usado para extração de ouro no garimpo; o ouro amalgamado é queimado para separar o Hg e o Hg evapora e vai para a atmosfera; o Hg que não amalgama com o ouro é jogado no rio; o mercúrio inorgânico que entra no rio é transformado por microrganismos em Metilmercúrio (MeHg); o MeHg é acumulado nos microrganismos aquáticos e concentrado através da cadeia trófica. As concentrações mais altas se encontram principalmente nos peixes carnívoros; e a ingestão de peixe contaminado por mercúrio é a principal fonte de exposição ao MeHg nos humanos. Podendo atingir níveis que causam efeitos nocivos à saúde. Seguindo, explicou que

o Grupo de Pesquisa da Fiocruz “Ambiente, diversidade e saúde” da Fiocruz, do qual é coordenador, desenvolve duas linhas de trabalho: “Impacto do mercúrio em áreas protegidas e povos da floresta na Amazônia: Uma abordagem integrada saúde-ambiente” - TI Yanomami (2016, 2022) - Povo Yanomami e Povo Ninam (Relatórios técnicos + 6 publicações); e TI Sawré Muybu (2019) - Povo Munduruku (Relatório técnico + 6 publicações); e “Estudo Longitudinal de Gestantes e Recém-Nascidos Indígenas Expostos ao Mercúrio na Amazônia” - TI Munduruku: em desenvolvimento desde outubro de 2023 - participação de 30 profissionais das EMSI do DSEI Rio Tapajós, sendo 16 indígenas. Seguindo, relatou os trabalhos realizados pela Fiocruz no território Munduruku, explicando a área de abrangência do DSEI Rio Tapajós: terras Indígenas Sawré Muybu, Munduruku, Sai Cinza, Baú, Mekragnoti e Kayabi e seu entorno. Acrescentou que a população é de mais ou menos 14.000 indígenas das etnias Munduruku, Apiaká, Kayabi, Tembé, Avá-Canoeiro e Kayapó. Disse que o DSEI Rio Tapajós contempla onze Pólos-Base, 25 Unidades de Saúde e 165 aldeias. Disse que o estudo surgiu a partir de um pedido de ajuda da Associação Pariri para entender o que ocorreria no território, diante de crianças Munduruku com síndromes ou malformações congênitas, sem diagnóstico definido e com suspeita de exposição pré-natal ao mercúrio. Assim, o projeto realizou coleta de amostras de cabelo e de pescado, além de visitas domiciliares, entrevistas e exames clínicos, revelando contaminação em larga escala. Salientou que o trabalho resultou em relatório técnico, que foi entregue, em 2020, às lideranças indígenas e ao Ministério Público do Estado do Pará. Em síntese, disse que os resultados encontrados foram os seguintes: TI Sawré Muybu (2019) - Povo Munduruku: 1) Elevados níveis de exposição crônica ao Hg, em média 6 a cada 10 participantes com níveis  $\geq$  6ppm. Níveis mais elevados nas aldeias próximas ao garimpo, onde 9 em cada 10 participantes apresentaram alto nível de contaminação; 2) Associação estatística significativa entre sintomas neurológicos (sensitivos, motores e cognitivos) e os mais elevados níveis de exposição ao Hg; 3) Associação estatística significativa entre sintomas de nervosismo e irritabilidade, bem como desordens sociais e os mais elevados níveis de exposição ao Hg; 4) Exposição crônica em mulheres em idade reprodutiva e crianças < 2 anos (com efeitos no neurodesenvolvimento infantil); 5) Coexistência de vulnerabilidade socioambiental com vulnerabilidade genética em alguns casos; e 6) Elevados níveis de contaminação de pescados utilizados na alimentação. Destacou a participação da comunidade indígena em todas as etapas do projeto, inclusive na produção de um livro didático bilíngue (português e munduruku), distribuído nas escolas da região. Além disso, foi ofertado curso de atualização profissional “Vigilância e Monitoramento de Populações Expostas ao Mercúrio no Brasil” (parceria EPSJV e ENSP): 1 turma virtual para 40 lideranças indígenas (2020); 3 turmas para profissionais das EMSI do DSEI Rio Tapajós (2021, 2022, 2023); 1 turma para profissionais das EMSI do DSEI Yanomami (2024); 1 turma para profissionais das EMSI do DSEI Amapá e Norte do Pará (2024); e 1 turma para profissionais da SESAI, FUNAI e MPI, em Brasília-DF (2024). Também houve devolutiva de resultados do projeto na TI Sawré Muybu, em ação conjunta com DPU (setembro de 2022) e devolutiva de resultados do projeto em Boa Vista-RR, em ação conjunta com DSEI-YY, FUNAI, ISA, MPF (janeiro de 2024). No mais, citou ações realizadas em parceria com o Território: produção da Animação “Amazônia Sem Garimpo” (Português, Munduruku, Yanomami, Inglês); publicação livro didático bilíngue Munduruku x Português “Mercúrio na Amazônia: Consequências na Saúde e no Meio Ambiente” (2023); Curso para formação de 35 professores indígenas para utilização do livro didático (aldeia Sawré Muybu), março de 2023; e publicação do livro “Garimpo de Ouro na Amazônia: Crime, Contaminação e Morte”, uma parceira ENSP e EPSJV, agosto de 2023. Outra iniciativa importante apontada pelo pesquisador foi a notificação de Casos de Exposição ao Hg no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Finalizando, anunciou um novo estudo em andamento com acompanhamento longitudinal de gestantes indígenas e suas crianças até os dois anos de idade, com o objetivo de verificar os impactos da exposição pré-natal ao mercúrio no neurodesenvolvimento infantil. Por fim, reforçou o papel da Fiocruz na capacitação das lideranças indígenas e na construção de um sistema de vigilância territorializado. Seguindo, a assessora técnica do DAPSI/SESAI/MS, **Vanessa Barroso Quaresma**, também fez uma abordagem sobre o tema, representando o Secretário da SESA. Agradeceu o espaço de fala e agradecer o pesquisador por descrever o território como elemento fundamental para o bem viver dos povos indígenas, não apenas como espaço físico, mas como local de cura, práticas protetivas e de ritual. Denunciou que os grandes empreendimentos e a contaminação por mercúrio colocam em risco a saúde coletiva dos povos originários. Ressaltou que saúde ambiental, para os indígenas, é o equilíbrio entre corpo, espírito, natureza e coletividade, e que a invasão de seus territórios ameaça esse equilíbrio. Criticou os documentos oficiais que

716 ignoram aspectos espirituais como o sepultamento da placenta no território, prática sagrada  
717 para diversas etnias. Defendeu que o subsistema de saúde indígena é parte integrante do  
718 SUS, mas enfrenta desafios geográficos, climáticos e institucionais, com dificuldade de  
719 articulação entre os entes federativos. Pontuou que o perfil epidemiológico dos povos  
720 indígenas mudou, incluindo doenças crônicas e contaminação por metais pesados, exigindo  
721 acesso a média e alta complexidade, que nem sempre são viabilizados. Relatou casos de  
722 indígenas que não conseguem transporte fluvial por causa da seca dos rios. Destacou a  
723 ausência de pediatras nos territórios e denunciou violências simbólicas, como mulheres  
724 indígenas obrigadas a retirar grafismos corporais em maternidades. Finalizou reivindicando a  
725 formação intercultural para todos os profissionais do SUS, não apenas para os atuantes no  
726 subsistema indígena, pois a falta de preparo compromete o atendimento integral e respeitoso.  
727 Reafirmou o compromisso da SESAI em colaborar para a melhoria da atenção à saúde dos  
728 povos indígenas, baseada no respeito à diversidade e na construção coletiva. Concluídas as  
729 manifestações, foi aberta a palavra para manifestações. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira**  
730 **Leite** enfatizou a relação dos povos indígenas com a terra, chamada de “mãe terra”, e os  
731 reflexos da destruição como fome e desnutrição. Para além da contaminação por mercúrio,  
732 destacou que os povos indígenas enfrentam o problema da contaminação dos alimentos por  
733 agrotóxico, em especial das plantas medicinais, e solicitou que o pesquisador da FIOCRUZ  
734 falasse a esse respeito. Conselheiro **João Donizete Scaboli** iniciou sua intervenção  
735 parabenizando os expositores e destacando a importância do tema tratado, especialmente a  
736 questão dos metais pesados. Relatou sua participação, representando a CISTT/CNS, em 2021  
737 e 2022, junto com Unicamp e Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da  
738 Saúde, na elaboração de um caderno técnico sobre saúde e segurança do trabalho com foco  
739 em metais pesados, destinado ao INSS. Assim, manifestou frustração por esse material ainda  
740 não ter sido publicado ou divulgado. Questionou a existência de banco de dados ou pesquisas  
741 sobre adoecimento dos povos indígenas por metais pesados e agrotóxicos, e cobrou  
742 informações sobre a fiscalização exercida pelos órgãos competentes diante dessas situações  
743 trazidas nas exposições. Conselheira **Sarlene Moreira da Silva**, representante da  
744 Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB no CNS, fez a  
745 entrega de um documento à presidência do CNS e ao representante da SESAI/MS com  
746 denúncias sobre a situação crítica enfrentada pelos povos indígenas, principalmente na Terra  
747 Indígena Raposa Serra do Sol. Ressaltou a ocorrência de genocídio, ecocídio e impactos  
748 ambientais, e mencionou que diversas PECs e PLs, referidas como o “Pacote da Morte”,  
749 tramitam no Congresso Nacional e ameaçam diretamente a vida e os direitos dos povos  
750 originários. Reivindicou, em nome dos povos indígenas, fiscalização rigorosa, retirada de  
751 invasores dos territórios, políticas públicas de saúde e desenvolvimento sustentável, e defesa  
752 da consulta livre, prévia e informada. Finalizou com apelo contra o marco temporal e outros  
753 projetos que ameaçam esses povos e em defesa da representatividade indígena no Congresso  
754 Nacional. Conselheiro **Valcér Rangel Fernandes** emocionou-se com a fala da conselheira  
755 Sarlene e reconheceu a dívida histórica do país com os povos indígenas. Salientou que os  
756 problemas discutidos transcendem o campo da saúde, envolvendo questões ambientais e  
757 territoriais. Solicitou esclarecimentos sobre como orientar populações indígenas contaminadas,  
758 especialmente sobre alternativas alimentares. Questionou também o conceito de  
759 “vulnerabilidade genética” citado na mesa e solicitou que fossem explicitadas as ações que o  
760 governo brasileiro tem adotado, sugerindo que o CNS poderia contribuir com resoluções  
761 específicas sobre o tema. Conselheira **Rafaela Bezerra Fernandes** destacou o caráter  
762 histórico e emergencial da pauta e criticou o agravamento das violações entre 2019 e 2022,  
763 período em que houve aumento de 90% na exploração de garimpos ilegais em áreas  
764 protegidas. Afirmou que a saúde indígena não se resume a um conjunto de agravos, mas  
765 envolve riscos de dizimação populacional. Perguntou como o CNS pode atuar politicamente  
766 para que os casos de contaminação por mercúrio sejam oficialmente notificados e registrados  
767 no SINAN, e elogiou a produção do livro bilíngue como valorização da cultura e da língua dos  
768 povos indígenas. Conselheira **Heliana Hemetério dos Santos** parabenizou as falas da mesa,  
769 especialmente da representante da SESAI, considerando-a uma abordagem histórica e crítica  
770 do processo de colonização. Ressaltou que o colonialismo destruiu religiões e culturas  
771 originárias e criticou a formação acadêmica “eurocentrada” dos profissionais de saúde. Afirmou  
772 que é necessário romper com o preconceito e reconhecer as diferentes visões indígenas para  
773 combater o genocídio em curso. Lamentou a falta de ações concretas diante das reiteradas  
774 denúncias. Conselheiro **Mauri Bezerra** elogiou a pesquisa apresentada e a importância dos  
775 desdobramentos. Saudou os povos indígenas pelo enfrentamento da exploração das suas

776 terras. Relatou o caso de um programa de TV estrangeiro em que um americano explora ouro  
777 na Amazônia com suposta autorização governamental e questionou se a SESAI foi consultada  
778 a respeito dessa autorização. Conselheira **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros** saudou a  
779 mesa pelas ricas exposições e perguntou como garantir ações para identificar casos de câncer  
780 na população indígena e assegurar tratamento adequado, em tempo oportuno. Conselheira  
781 **Camila Sarmento** compartilhou experiências de educação popular em saúde e defendeu uma  
782 formação crítica, multicultural e descentralizada dos trabalhadores da saúde. Destacou a  
783 importância de investir na formação com base nos saberes tradicionais e relatou ações  
784 exitosas realizadas em Alagoas com benzedeiras, parteiras e povos indígenas. Enfatizou a  
785 urgência de atenção à saúde mental e sugeriu a construção de redes territoriais de cuidado  
786 conduzidas pelos próprios povos, melhorando a relação com o SUS. Conselheira **Vanja**  
787 **Andreia dos Santos** reforçou as falas anteriores e destacou o papel do controle social em  
788 fortalecer o protagonismo dos povos indígenas, sobretudo das mulheres. Criticou a  
789 naturalização das desigualdades no atendimento e reivindicou reconhecimento ao trabalho das  
790 parteiras e ao cuidado tradicional nos territórios. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**  
791 afirmou que os projetos governamentais geralmente não nascem da base, mas de uma visão  
792 acadêmica distante da realidade local. Assim, defendeu que as ações sejam desenvolvidas a  
793 partir da vivência comunitária e destacou a importância de considerar as especificidades  
794 regionais na formulação de políticas públicas. Concluiu que as mulheres são a essência da  
795 sociedade e merecem centralidade nas decisões. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**  
796 expressou frustração por retornar ao CNS após dez anos e perceber pouca mudança na pauta  
797 indígena. Relatou situações vividas no Rio Grande do Sul, onde aldeias cercadas por  
798 plantações de soja sofrem com contaminação por agrotóxicos. Disse sentir-se parte de uma  
799 sociedade que contribui para o extermínio dos povos originários e lamentou o ritmo lento das  
800 mudanças. Conselheira **Carmem Silvia Ferreira Santiago** destacou a importância da ciência e  
801 elogiou a metodologia da pesquisa apresentada, especialmente o envolvimento das  
802 comunidades na produção de material educativo. Relatou a instalação iminente de uma usina  
803 de urânio e fosfato no Ceará, que afetará dezenas de aldeias indígenas, e afirmou que o Brasil  
804 ainda não superou o colonialismo. Por fim, questionou sobre o tempo estimado para conclusão  
805 da pesquisa. Concluídas as manifestações, foi aberta a palavra para retorno da mesa.  
806 Conselheiro **Rildo Mendes** fez um paralelo histórico entre a colonização e a atual exploração  
807 dos territórios indígenas, afirmando que o genocídio persiste e cabe ao CNS se posicionar  
808 sobre a situação. Propôs dois encaminhamentos ao CNS: garantir a participação ativa do CNS  
809 na COP30, para visibilizar a defesa dos territórios e das populações indígenas; e solicitar a  
810 ampliação da pesquisa sobre contaminação por mercúrio para outras regiões, visando  
811 dimensionar o impacto real. Conselheiro **Luiz Carlos Ferreira Penha** agradeceu a  
812 oportunidade de fala e reforçou que a questão dos metais pesados é um dos maiores gargalos  
813 da saúde pública, especialmente em relação aos povos indígenas. Complementou os  
814 encaminhamentos sugerindo que o CNS colabore para ampliar os investimentos em programas  
815 já existentes no Ministério da Saúde, como o VigiÁgua e o VigiLab, que são subfinanciados e  
816 frequentemente têm seus recursos remanejados para emergências pontuais, como no caso  
817 dos Yanomami e Munduruku. Defendeu que a estrutura de vigilância seja ampliada e  
818 implantada nas terras indígenas, de forma permanente e qualificada e que haja investimentos  
819 em capacitação e estrutura para garantir cuidado adequado. Finalizou apoiando a proposta de  
820 participação do Conselho na COP30, afirmando que esse espaço internacional é estratégico  
821 para exigir recursos e visibilidade. A assessora técnica do DAPSI/SESAI/MS, **Vanessa**  
822 **Barroso Quaresma**, iniciou sua resposta explicando como funciona a organização dos  
823 serviços de saúde dentro dos territórios indígenas. Detalhou que há equipes multidisciplinares  
824 formadas por médicos, enfermeiros, odontólogos e técnicos, que realizam atendimentos de  
825 atenção primária e seguem planejamento regular para levar serviços como imunização e saúde  
826 bucal às comunidades. Ela explicou que houve avanços na integração dos sistemas de  
827 informação, permitindo melhor articulação com os municípios e estados. Entretanto, sinalizou  
828 que persistem grandes dificuldades, especialmente no acesso a exames e procedimentos de  
829 média e alta complexidade, como a mamografia e o tratamento oncológico. Reforçou que não  
830 há dados suficientes para afirmar que mulheres indígenas com histórico familiar de câncer  
831 estão sendo adequadamente assistidas. Sobre os contaminados por mercúrio, informou que há  
832 um cronograma articulado entre a SESAI, os DSEI e a rede estadual do Pará, mas que  
833 dificuldades geográficas e logísticas dificultam o atendimento integral. O pesquisador da  
834 ENSP/Fiocruz, **Paulo Cesar Basta**, iniciou agradecendo as falas e o engajamento dos  
835 conselheiros, afirmando que emocionar e mobilizar as pessoas é o primeiro passo para a

836 transformação. Reconheceu que o problema é crônico e de raízes históricas, resultado de um  
837 modelo de desenvolvimento predatório baseado no colonialismo, no patriarcado e no racismo  
838 estrutural. Disse que os povos indígenas exemplificam a exclusão sistemática vivida também  
839 por outros grupos marginalizados no Brasil. Afirmou que é necessário recontar a história do  
840 país a partir da vivência dos povos indígenas, rompendo com a narrativa oficial do  
841 "descobrimento". Defendeu que a demarcação das terras é apenas um primeiro passo e que é  
842 preciso garantir soberania e segurança dentro desses territórios. Criticou o retorno dos  
843 garimpeiros às terras Yanomami e Munduruku mesmo após operações de retirada, e defendeu  
844 ações de remediação ambiental e projetos sustentáveis voltados às vocações dos territórios,  
845 como ecoturismo, produção artesanal e comercialização de produtos florestais. Sobre os  
846 serviços públicos, criticou a ausência de água potável, saneamento, saúde e educação em  
847 regiões da Amazônia, apesar de ser uma das maiores reservas de água doce do planeta.  
848 Reforçou que esses problemas estruturais precisam ser enfrentados para além da questão da  
849 contaminação por mercúrio, e que a atuação do setor saúde é fundamental no acolhimento das  
850 vítimas. Sugeriu ações prioritárias como: reformulação das fichas de notificação compulsória  
851 para que a intoxicação por mercúrio seja registrada adequadamente; criação de um centro de  
852 referência para atendimento de contaminados; capacitação urgente dos profissionais da saúde;  
853 e valorização do conhecimento tradicional, considerando que a ideia de "saúde única" — hoje  
854 promovida por organismos internacionais — já era praticada pelas populações indígenas há  
855 milênios. Explicou ainda que o trabalho de pesquisa realizado até o momento foi financiado por  
856 organizações não governamentais, sem investimento direto do governo brasileiro. Destacou  
857 que ações simples, como a exigência de nota fiscal eletrônica e o fim da "presunção de boa-fé"  
858 no comércio de ouro, já reduziram em 85% a venda ilegal do metal. Para ele, isso mostra que é  
859 possível fazer mudanças com decisões políticas e que o CNS deve acompanhar  
860 permanentemente essa pauta e buscar articulações na COP30 e em fóruns internacionais.  
861 Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, ao final da mesa, agradeceu a participação dos  
862 convidados e conselheiros, reconhecendo a qualidade do debate. **Sistematizou as principais,**  
863 **sugestões, explicando que seriam remetidas à Mesa Diretora do CNS para os devidos**  
864 **encaminhamentos, quais sejam: garantir a participação do Conselho Nacional de Saúde**  
865 **na COP30; recomendar ao governo a ampliação da pesquisa sobre mercúrio para todas**  
866 **as populações indígenas; propor soluções efetivas diante dos achados das pesquisas;**  
867 **solicitar investimentos da SESAI em monitoramento e vigilância (incluindo agrotóxicos);**  
868 **fortalecer a participação das mulheres indígenas no CNS e nas comissões intersetoriais;**  
869 **e rever as fichas de notificação para incluir adequadamente os casos de contaminação**  
870 **por metais pesados. Informou ainda que um documento com denúncias sobre a Terra**  
871 **Indígena Raposa Serra do Sol foi entregue à presidência e será analisado formalmente.**  
872 Com esse encaminhamento, agradeceu as pessoas convidadas e encerrou o debate.

873 **ITEM 6 – IMPORTÂNCIA DA COOPERAÇÃO OPAS/OMS E CNS PARA O**  
874 **FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS - Apresentação: Swendemberger**  
875 **Barbosa**, Secretário Executivo do Ministério da Saúde, representando a Ministra de Estado da  
876 Saúde; e **Socorro Gross Galiano**, representante da Organização Pan-Americana da Saúde no  
877 Brasil - OPAS/OMS. Coordenação: conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do  
878 CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. Primeiro, foi  
879 reproduzido vídeo em homenagem a representante da Organização Pan-Americana da Saúde  
880 no Brasil - OPAS/OMS, **Socorro Gross Galiano**, com imagens e falas mobilizadoras que  
881 marcaram a construção da relação sólida entre o controle social da Saúde no Brasil e a  
882 OPAS/OMS. Em seguida, a Presidenta do CNS apresentou o currículo da Dra. Socorro, que  
883 inclui mais de 30 anos de experiência na OPAS/OMS, atuação em diversos países da América  
884 Latina, formação médica e doutorado em Medicina e Cirurgia, além de cargos de liderança na  
885 saúde pública internacional. O Secretário Executivo do Ministério da Saúde, **Swendemberger**  
886 **Barbosa**, representando a Ministra de Estado da Saúde, abriu os depoimentos destacando  
887 atributos da dra. Socorro Gross, como companheirismo, leveza, responsabilidade institucional e  
888 dedicação ao ser humano. Disse que ela representa valores fundamentais como ética,  
889 compromisso social e direitos humanos, indo além da saúde pública. Comentou que a  
890 presença dela provocava reflexão sobre a sociedade e sua organização frente às crises.  
891 Relatou um episódio em que, diante de uma demanda urgente do presidente da República por  
892 dados sobre saúde nas Américas, recorreu à dra. Socorro, que prontamente respondeu com os  
893 dados em menos de 10 minutos, com comentários e ajustes no material. Enfatizou o caráter  
894 inclusivo e incansável dela e justificou a ausência da Ministra da Saúde, Nísia Trindade, que  
895 pediu que ele transmitisse pessoalmente sua gratidão à dra. Socorro. Conselheiro **Getúlio**

896 Vargas Júnior reconheceu a relevância do trabalho da dra. Socorro Gross e sua importância  
897 trajetória. Afirmou que se vive momento histórico de protagonismo feminino, com figuras como  
898 dra. Socorro, dra. Nísia Trindade e Fernanda Magano. Destacou que, mesmo nos momentos  
899 mais difíceis da democracia brasileira, dra. Socorro nunca deixou de defender o SUS, a ciência  
900 e a saúde pública, enfrentando o negacionismo com firmeza e ternura. Considerou que ela é  
901 uma daquelas figuras imprescindíveis, como diria Bertolt Brecht, e que seu legado se espalha  
902 por toda a América Latina. Ressaltou o respeito igualitário com que tratava ministros,  
903 presidentes, conselheiros e representantes dos movimentos sociais. Conselheira **Fernanda**  
904 **Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, fez uso da palavra para registrar a importância da  
905 atuação da dra. Socorro na aprovação da resolução sobre participação social, na 77ª  
906 Assembleia Mundial da Saúde. Reconheceu que esse resultado só foi possível graças ao seu  
907 compromisso, à sua humildade e à sensibilidade no trato com as pessoas. Destacou também a  
908 atenção dedicada à atual Mesa Diretora do CNS, sua disponibilidade constante e a construção  
909 de laços com a próxima representação da OPAS. Agradeceu por essa transição cuidadosa,  
910 refletindo sua postura afetiva e profissional. A seguir, houve manifestações em homenagem à  
911 Dra. Socorro Gross, com reconhecimento de sua atuação firme, humanista e comprometida  
912 com o fortalecimento do SUS e da participação social. Por fim, dra. **Socorro Gross** fez uso da  
913 palavra, agradecendo publicamente à presidência do CNS, ao conselheiro Getúlio Vargas, ao  
914 Secretário Executivo do CNS e às demais pessoas conselheiras pelas falas. Compartilhou um  
915 relato pessoal de sua infância na Costa Rica, criada por sua avó ribeirinha, em um país  
916 simples, mas rico em valores humanos. Explicou que sua formação foi marcada por princípios  
917 como respeito, justiça e espiritualidade, e que desde cedo entendeu o papel transformador da  
918 participação social. Relembrou sua primeira experiência com o CNS, que lhe serviu como  
919 referência internacional e reforçou seu compromisso com a saúde feita com e para as pessoas.  
920 Agradeceu especialmente pelo apoio à resolução de participação social na OMS, destacando  
921 que o documento é essencial para a saúde, a democracia e a paz. Disse sentir-se grata por  
922 tudo o que viveu no Brasil e concluiu emocionada que levaria muito do Conselho e deixaria um  
923 pouco da Socorro que nasceu para lutar. Após uma salva de palmas em homenagem a ela, a  
924 mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas  
925 conselheiras na tarde do primeiro dia de reunião: nomes serão incluídos. Iniciando o segundo  
926 dia de reunião, às 9h30, a mesa foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – COMISSÃO**  
927 **NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP - Estudos com a população negra no**  
928 **Brasil como estratégia para a equidade no SUS** - Apresentação: **Célia Mariana Barbosa de**  
929 **Souza**, pesquisadora do Centro Experimental de Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto  
930 Alegre - HCPA/RS; conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello**, coordenadora adjunta  
931 da CONEP/CNS; **Miriam Feliciano de Barros**, Coordenadora Territorial do Fórum de  
932 Educação Escolar Quilombola. Coordenação: conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**,  
933 Presidenta do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora  
934 do CNS. Conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello**, coordenadora adjunta da CONEP, abriu o  
935 ponto de pauta saudando as pessoas convidadas e demais pessoas presentes e explicando  
936 que a Comissão vem debatendo diversos temas, entre eles, estudos com a população negra  
937 no Brasil como estratégia para a equidade no SUS. Destacou que o racismo científico ainda é  
938 muito forte na sociedade e as duas pesquisadoras convidadas realizam pesquisas com recorte  
939 na população negra. Sinalizou o papel essencial das pesquisas voltadas à população negra,  
940 ressaltando como o racismo impacta negativamente a saúde desse segmento. Além disso,  
941 enfatizou que pesquisas precisam ser feitas não apenas para pessoas negras, mas também  
942 por elas, para que se compreendam suas especificidades. A primeira expositora foi a  
943 pesquisadora do HCPA/RS, **Celia Mariana Barbosa de Souza**, que começou abordando a  
944 história da população negra no Brasil, marcada por desigualdades e resistências. Disse que a  
945 chegada deste povo ao Brasil iniciou-se no século XVI por meio do tráfico transatlântico de  
946 pessoas negras escravizadas provenientes de vários lugares do continente africano, diferente  
947 de outros locais em que recebeu essa população de lugares específicos. Acrescentou que o  
948 Brasil foi o último país a abolir a escravidão com consequentes agravos nesta população até os  
949 dias de hoje. Salientou ainda que 56% da população brasileira é auto declarada negra  
950 (IBGE2022). Explicou que o racismo científico começou pela: Classificação Humanidade Carl  
951 Linneaus (1707 – 1778, Edição 1767 – “Systems Naturae”: Homosapiens europeus: branco,  
952 sério, forte, inventivo; Homosapiens asiáticos: amarelo, melancólico, avaro; Homosapiens afer:  
953 negro, impassível, preguiçoso, negligente; e Homosapiens Americanus: vermelho, mal  
954 humorado, violento (Fátima Oliveira – 2001; Sérgio Pena – 2006; e Keith C. Norris – 2017).  
955 Disse que essa classificação ensejou estudos violentos com a população negra, ilustrando com

os seguintes casos de estudos: Caso 1) Estudos conduzidos por James Marion Sims (médico estadunidense e um pioneiro no campo da cirurgia, conhecido como o "pai da moderna ginecologia". Desenvolveu uma técnica cirúrgica para reparação da fístula vesicovaginal, uma grave complicaçāo do trabalho de parto prolongado em demasia; usou mulheres afro-americanas escravizadas como cobaias nos experimentos, os quais eram realizados "sem" anestesia; e experimentos realizados em torno de 1850-1860; Caso 2) Caso Tuskegee (pesquisa de 1932 a 1972 pelo Serviço de Saúde Pública EUA). 600 homens (339 com Sífilis e 201 sem sífilis) no Alabama – observar a doença. Diagnóstico dado: sangue ruim. Inadequação: omitir o diagnóstico conhecido e o prognóstico esperado. Em 1943, penicilina passou a ser usada no tratamento da doença, com resultados efetivos e sem os riscos de tratamentos anteriores (pacientes não foram informados). Ao término do estudo, foram 74 sobreviventes; Caso 3) Diagnóstico Esquizofrenia e Regras – Décadas 60 e 70. Metzl se concentra em expor a tendência de diagnosticar afro-americanos com esquizofrenia por causa de suas "ideias de direitos civis", "hostilidade" e "agressão"; e Caso 4) a trovafloxacina (Trovan® da Pfizer e Turvel® do Laboratório Almirall) é um antibiótico de amplo espectro do tipo fluoroquinolona de quarta geração. Ensaio clínico em 1996, durante uma epidemia de meningite em Kano (Nigéria) – administrada em 200 crianças infectadas; ensaio realizado sem autorização do governo nigeriano e sem consentimento dos pais das crianças. Onze crianças morreram no ensaio: cinco após tomar Trovan e seis após tomar um antibiótico mais antigo usado para comparação no ensaio clínico. Outros sofreram cegueira, surdez e danos cerebrais, consequências comuns da meningite. Atualmente, foi retirada do mercado por hepatotoxicidade. Sobre os docentes negros em Universidades Públicas, explicou que dos 124.919 docentes com doutorado em exercício, em 2021, apenas 20.475 são negros (16%). Na linha das políticas públicas SUS, citou a Política Nacional de saúde integral da população negra – PNSIPN (Portaria GM/ MS nº 992/2009), uma proposta de promoção de equidade em saúde orientada pelos princípios e diretrizes da integralidade universalidade e participação social, sendo necessário investir nesta iniciativa. Por outro, pontuou que o Ministério da Saúde reconhece o racismo institucional no SUS como barreira de promoção da saúde da população negra. Nessa linha, destacou que a PNSIPN por si só não responde às necessidades da população negra, devido a barreira do racismo. Essa barreira de acesso está presente não só aqui no Brasil, como em outros países. Acrescentou que 88% da população negra depende do SUS, segundo dados, mas entende que este número é maior. Listou as doenças prevalentes na população negra PNSIPN-SUS: anemia falciforme: alteração na membrana dos glóbulos vermelhos tornando-os parecidos com uma foice que se rompem mais facilmente, causando anemia (não existe tratamento para dor dos pacientes); Diabetes Mellitus Tipo II: perda progressiva de secreção insulínica, frequentemente combinada à resistência insulínica; hipertensão arterial (ou pressão alta): doença que ataca os vasos sanguíneos, coração, cérebro, olhos e pode causar paralisação dos rins; Deficiência de Glicose-6-fosfato ou Desidrogenase (G6PD): é um distúrbio genético hereditário que pode resultar na destruição de glóbulos vermelhos (hemólise) depois de uma doença aguda ou uso de certos medicamentos; Miomatose uterina: tumores benignos que surgem a partir da musculatura do útero; e Doença renal crônica: consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Desse modo, salientou que realizar estudos direcionados com foco nestas e outras patologias são necessários para direcionar ações específicas para a prevenção nesta população. Sobre a doença renal crônica (DRC), detalhou que é um problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, estima-se que 10% da população tenha a doença. Além disso, afro-americanos desenvolvem DRC, especialmente doença renal crônica terminal associada à hipertensão arterial sistêmica, em uma taxa 4 a 5 vezes maior que pessoas sem ascendência africana. Disse que a DRCT é um dos exemplos mais impactantes de disparidades raciais e étnicas nos indicadores de saúde nos Estados Unidos. Acrescentou que fatores biológicos, culturais e o racismo estrutural explicam as disparidades e, nessa linha, citou a seguinte situação do Registro Nacional de Diálise (2022) no Brasil: (2016) 40,5% se declararam pretos e pardos; 13,2% não informaram o quesito de raça e cor; Registro Nacional de Diálise (2022) - 153.831 pacientes; e taxa de mortalidade (2022) – entre 17% e 20%. Detalhou que as principais causas associadas à DRC são: Diabetes mellitus – principal etiologia; DRC/Diabetes – 90% apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); DRC secundária à HAS – 6 vezes mais comum nos Afro-americanos; Genéticas: fatores de risco para desenvolver a DRC, Hipertensão, Diabetes Mellitus, Familiares com DRC, Doenças Renais, Obesidade, dislipidemia, Envelhecimento e Tabagismo. Para as pessoas negras, o tratamento é: hemodiálise; e diálise peritoneal transplante renal. Ainda sobre a Doença Renal

1016 Crônica – DRC, disse que a tripanossomíase é prevalente no continente africano: G1 - maior  
1017 frequência no Oeste Africano; e G2 - maior frequência no Leste Africano. Acrecentou,  
1018 inclusive, que o Brasil foi o maior território escravista do hemisfério com 5 milhões de africanos  
1019 cativos século XVI de diferentes etnias. Sobre o tratamento DRCT, falou sobre o transplante  
1020 renal: maior programa público de transplante de órgãos e tecidos do mundo, garantido a toda  
1021 população pelo SUS; SUS-responsável pelo financiamento de cerca de 88% dos transplantes  
1022 no país; e Sistema Nacional de Transplantes – SNT regulamentação, controle e monitoramento  
1023 do processo de doação e transplantes realizados no país. Disse que 41.989 pessoas no Brasil  
1024 aguardam um transplante de rim, a maior concentração é em São Paulo, 20.409 pessoas, e  
1025 sinalizou que outros países enfrentam a mesma problemática de Inclusão ao Transplante  
1026 Renal, com base nisto existe um projeto pioneiro no transplante renal no EUA, para equidade  
1027 no transplante renal, que busca os pacientes que deveriam transplantar e não estão listando,  
1028 tendo ou não seguro saúde. Disse que os Estados Unidos é um dos países que possui mais  
1029 estudos na área da Doença Renal Crônicas em negros e enfatiza a importância destes estudos  
1030 para embasamento do manejo adequado da população, promovendo a equidade. Destacou  
1031 que os estudos embasaram a elaboração de estratégias de inclusão da população negra e  
1032 latina no transplante renal: a forma mais eficaz do tratamento da Doença Renal Crônica. No  
1033 caso do Brasil, explicou que há oito estudos publicados sobre DRC e APOL1 na população  
1034 brasileira e causas biológicas. Esses estudos apontaram: prevalência do genótipo de risco  
1035 G1/g2 do gene da APOL1; Popropoteína L1 (APOL1) e associação com doença renal crônica  
1036 não diabética em autodeclarados negros do sul do Brasil. Salientou que este estudo foi uma  
1037 ação afirmativa e os resultados foram os seguintes: encontrados os alelos de risco G1/G2 do  
1038 gene APOL1; 26 dos participantes destes 21 pacientes com DRCT e 05 sem a DRCT;  
1039 devolutiva para os participantes com orientações da saúde renal; seminários de orientações  
1040 sobre DRC para o grupo de risco; e encaminhamento dos participantes que apresentaram os  
1041 marcadores de Doença Renal. Fechou com as seguintes conclusões finais: a realização destes  
1042 estudos na população negra e por pesquisadores negros é “uma ação afirmativa”, visto que  
1043 apresenta argumento científico para embasar os gestores públicos no direcionamento de  
1044 esforços para o fortalecimento de políticas públicas; e os estudos com recorte étnico-racial  
1045 associados a doenças prevalentes na população negra são necessários para colaborar em um  
1046 melhor entendimento e possibilidades de ações de prevenção, diagnóstico e terapêuticas  
1047 voltados à população negra. Na sequência, a Coordenadora Territorial do Fórum de Educação  
1048 Escolar Quilombola, **Miriam Feliciano de Barros**, também abordou o tema, salientando,  
1049 inicialmente, que a saúde da população negra, especialmente das mulheres negras, está  
1050 intimamente ligada às questões de educação, território e direitos sociais. Apresentou-se como  
1051 coordenadora do Fórum de Educação Escolar Quilombola, atuando não apenas na educação  
1052 formal, mas nas interseções entre educação, saúde e relações étnico-raciais. Mencionou sua  
1053 participação em diversos conselhos, câmaras técnicas e projetos contra feminicídio e violência  
1054 contra mulheres estudantes da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).  
1055 Compartilhou sua história de vida e de luta, lembrando que nasceu no território onde hoje se  
1056 localiza a UFRB, espaço onde sua família sempre esteve, mas que até recentemente os  
1057 quilombolas eram tratados como invasores. Relatou que a presença da universidade trouxe  
1058 conflitos intensos, inclusive com ameaças armadas, mas também abriu caminhos. Explicou que  
1059 a certificação quilombola, conquistada após quase uma década de mobilização, permitiu  
1060 permanecer no território e lutar por direitos básicos. Reconheceu avanços, como a criação do  
1061 Programa Brasil Quilombola e mais recentemente do Programa Quilombola Brasil (Decreto  
1062 11.447/2023), mas pontuou que a realidade nas comunidades ainda é de ausência de políticas  
1063 públicas efetivas. Destacou a importância do posto de saúde conquistado após pressão da  
1064 comunidade, e denunciou tentativas políticas de remover profissionais comprometidos com a  
1065 realidade local. Relatou ainda episódios de desrespeito por parte de pesquisadores que  
1066 buscavam dados nas comunidades sem autorização ou qualquer relação institucional, o que  
1067 motivou a criação de regras internas para controle e consentimento da pesquisa. Disse que os  
1068 quilombolas não querem ser apenas objeto de estudo, mas sujeitos respeitados e ouvidos em  
1069 suas demandas. Apontou dificuldades no acesso à saúde, como a ausência de transporte  
1070 público, a distância até os centros urbanos e a falta de critérios adequados para considerar a  
1071 instalação de serviços de saúde nas comunidades. Reforçou a importância do atendimento  
1072 humanizado e contínuo, valorizando as práticas de prevenção e respeitando a dinâmica das  
1073 comunidades. Também mencionou os impactos da pandemia de COVID-19, durante a qual a  
1074 comunidade enfrentou dificuldades extremas, inclusive para alimentação. Relatou como liderou  
1075 uma ação para distribuição de cestas básicas, mesmo enfrentando perseguições políticas e

1076 judiciais. Consegiu, ainda, que as vacinas fossem aplicadas dentro da comunidade, após  
1077 firme posicionamento. Ressaltou que a população quilombola não quer apenas visibilidade,  
1078 mas resultados concretos. Criticou fraudes no acesso às políticas afirmativas e defendeu a  
1079 valorização do SUS e dos profissionais de saúde. Compartilhou com emoção a conquista  
1080 pessoal de sua filha, recém-formada em enfermagem pela UFBA, e atualmente aprovada em  
1081 programa de residência. Concluiu sua fala destacando que a titulação de terras e a ausência  
1082 de serviços básicos impactam diretamente a saúde das comunidades quilombolas,  
1083 especialmente das mulheres que estão na linha de frente das lutas. Solicitou ao CNS que  
1084 reforce a defesa de postos de saúde dentro das comunidades e políticas públicas estruturadas  
1085 que respeitem os direitos das populações tradicionais. Por fim, enfatizou que os povos  
1086 tradicionais desejam ser sujeitos ativos no processo de construção de políticas. Concluídas as  
1087 explanações, foi aberta a palavra para manifestação das pessoas conselheiras inscritas.  
1088 Conselheira **Heliana Hemetério dos Santos** saudou as convidadas e afirmou que o Ministério  
1089 da Saúde possui dívida histórica com a população negra e criticou decisões sobre saúde  
1090 quilombola tomadas sem a devida consulta às comissões de equidade. Por fim, demarcou que  
1091 o racismo institucional é uma realidade evidente e estruturante nas instituições. Conselheiro  
1092 **Thiago Soares Leitão** reforçou que o racismo institucional é uma realidade e colocou o  
1093 entendimento de que os governos continuam praticando racismo ao deixarem de executar  
1094 políticas públicas efetivas. Lamentou a falta de campanhas inclusivas e criticou a ausência de  
1095 representatividade de pessoas negras e de comunidades tradicionais nos materiais oficiais.  
1096 Conselheira **Rosa Maria Anacleto** chamou a atenção para a necessidade de engajamento  
1097 ativo da sociedade no combate ao racismo, destacando que apenas se declarar antirracista  
1098 não basta. Afirmou que os estudos da dra. Fátima Oliveira continuam sendo fundamentais e  
1099 relatou vivências de violência obstétrica e descaso no tratamento de mulheres negras.  
1100 Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** reforçou que o próprio Estado tem sido o principal  
1101 violador de direitos da população negra. Apontou a ausência de representações técnicas do  
1102 Ministério da Saúde como sinal da estrutura racista presente nas instâncias estatais e propôs  
1103 que o conselho seja um espaço de desconstrução do racismo. Conselheiro **Anselmo Dantas**  
1104 destacou estudos que mostram que a hipertensão afeta mais severamente a população negra  
1105 e que as doenças crônicas silenciosas, como as renais, muitas vezes não recebem o devido  
1106 acompanhamento. Alertou para um “genocídio silencioso” promovido pela falta de cuidado  
1107 adequado. Conselheira **Sarlene Moreira da Silva** falou sobre a exclusão dos povos indígenas  
1108 que vivem fora dos territórios tradicionais, e como isso também reflete práticas discriminatórias  
1109 institucionais. Conselheira **Lucimary Santos Pinto** questionou quantas pessoas negras  
1110 conhecem as políticas de saúde voltadas a elas e apontou a necessidade de informação  
1111 acessível para que possam reivindicar seus direitos. Conselheira **Pérola Nazaré de Souza**  
1112 Ferreira abordou a falta de acessibilidade para mulheres com deficiência, denunciando  
1113 violências como o uso inadequado de mamógrafos e a violência obstétrica. Reforçou que  
1114 representatividade e reconhecimento são essenciais. Conselheira **Camila de Lima Sarmento**  
1115 falou sobre o alto índice de transfobia e HIV na população negra e perguntou sobre estudos  
1116 comparativos entre populações branca e negra no uso de hormonioterapia e antirretrovirais.  
1117 Conselheira **Lenise Aparecida Martins Garcia**, membro da CONEP, cumprimentou as  
1118 pessoas convidadas, agradecendo as ricas abordagens e reforçou a importância de estudos na  
1119 população negra, com segurança, e de pesquisas realizadas por pesquisadores negros para  
1120 fortalecer as políticas públicas voltadas a essa população. Conselheira **Veridiana Ribeiro da**  
1121 **Silva** falou sobre a falta de medicamentos como a hidroxiuréia, essencial para o tratamento da  
1122 anemia falciforme, e sobre a má-formação dos profissionais para tratar essas doenças. Cobrou  
1123 a inclusão do HTLV nos debates e políticas de saúde. Conselheira **Maria Thereza Almeida**  
1124 **Antunes** perguntou se havia pesquisas voltadas para quilombolas com Síndrome de Down.  
1125 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** destacou que políticas de saúde que não chegam à  
1126 população, simplesmente não existem, e lamentou que debates antigos ainda se repitam sem  
1127 avanços concretos. Concluídas as falas, foi aberta a palavra às convidadas para respostas. A  
1128 pesquisadora do HCPA/RS, **Célia Mariana Barbosa de Souza**, agradeceu as falas e  
1129 respondeu de forma consolidada as intervenções, destacando: necessidade urgente de  
1130 pesquisas feitas com e para a população negra, com equipes compostas por pessoas negras;  
1131 a prevenção de doenças como hipertensão e diabetes é possível, desde que haja vontade  
1132 política; e as comunidades precisam ser ouvidas antes da definição de temas e metodologias  
1133 de pesquisa. A Coordenadora Territorial do Fórum de Educação Escolar Quilombola, **Miriam**  
1134 **Feliciano de Barros**, também agradeceu o espaço e complementou relatando experiências  
1135 pessoais de exclusão e racismo dentro da universidade, inclusive contra sua filha, que desistiu

1136 de um curso devido a assédio de uma professora. Relatou também que, apesar das  
1137 dificuldades, as parcerias com universidades têm sido importantes para ações de saúde dentro  
1138 da comunidade. Por fim, salientou que as falas apontaram a necessidade de avançar nos  
1139 debates sobre a saúde da população negra e de garantir a implementação, de fato, das  
1140 políticas definidas para minimizar as problemáticas que se vive no dia a dia. Conselheira **Ana**  
1141 **Lúcia Marçal Paduello** registrou a presença do secretário executivo da CONEP e saudou a  
1142 coordenadora da Comissão **Laís Alves de Souza Bonilha**. Também lamentou publicamente a  
1143 ausência da ministra da Igualdade Racial, que mais uma vez não atendeu ao convite do  
1144 Conselho Nacional de Saúde para participar da mesa. Nas suas palavras, o Ministério da  
1145 Igualdade Racial deveria atuar de forma mais integrada com o Conselho, em uma lógica de  
1146 trabalho interministerial. Salientou que a Comissão faria levantamento sobre as questões  
1147 levantadas no debate a respeito de pesquisas sobre temas específicos desenvolvidas no  
1148 âmbito dos CEPs e da CONEP e daria retorno ao Pleno do Conselho. Encerrou sua fala com  
1149 uma reflexão sobre ética, citando o filósofo Sérgio Cortella: “Ética é fazer o que é certo mesmo  
1150 quando ninguém está vendo.” e refletindo que, se o país fosse ético, não seria preciso comitês  
1151 de ética em pesquisa. Finalizou convocando todos à autorreflexão sobre as atitudes diante das  
1152 desigualdades. **Após essa fala, a mesa sintetizou os encaminhamentos que surgiram do**  
1153 **debate: pautar debate sobre violência obstétrica e estratégicas para enfrentamento, e**  
1154 **prevalência do HTLV na população negra.** Além disso, a CONEP fará levantamento sobre  
1155 **a solicitação de informações acerca de pesquisas relativas a temas diversos (pessoas**  
1156 **quilombolas e com síndrome de Down; hormonioterapia para mulheres negras trans;**  
1157 **vírus linfotrofico da célula humana - HTLV na população negra; anemia falciforme;**  
1158 **câncer de mama em mulheres negras)** e dará retorno ao Pleno do Conselho. Com isso,  
1159 agradeceu novamente a presença das pessoas convidadas e encerrou este ponto de pauta.  
1160 **ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN –**  
1161 **Apresentação das diretrizes para estabelecimento de prioridades para 2026** -  
1162 Coordenação: Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, coordenador adjunto da  
1163 COFIN/CNS e da Mesa Diretora do CNS; conselheiro **Mauri Bezerra**, coordenador adjunto da  
1164 COFIN/CNS; e conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS.  
1165 Apresentação: **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN/CNS; e conselheiro **Mauri**  
1166 **Bezerra Filho**, coordenador da COFIN/CNS. Neste item, foram tratados dois pontos: minuta de  
1167 resolução com diretrizes referentes à definição de prioridades para as ações e serviços  
1168 públicos de saúde para integrar a Programação Anual de Saúde, o Projeto de Lei de Diretrizes  
1169 Orçamentárias e o Projeto de Lei Orçamentária da União para 2026; e resposta da COFIN/CNS  
1170 para a Secretaria Executiva do CNS referente à diligência do Tribunal de Contas da União -  
1171 TCU de junho de 2024. Ofício 27254/2024-TCU/Seproc (0041438212) SEI  
1172 25000.089961/2024-61. O assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, iniciou pela  
1173 minuta de resolução, recordando que a Lei Complementar nº. 142/2012 define que cabe ao  
1174 CNS aprovar diretrizes para o estabelecimento de prioridades para o Projeto de Lei de  
1175 Diretrizes Orçamentárias e a Programação Anual de Saúde. Também explicou que as diretrizes  
1176 buscaram incorporar as deliberações da 4ª CNGTES, realizada em dezembro de 2024. Dito  
1177 isso, fez a leitura do texto que é o seguinte: “Minuta de Resolução nº xxxxx. O Plenário do  
1178 Conselho Nacional de Saúde, em sua xxx <sup>a</sup> Reunião Ordinária, realizada nos dias xx e xx de  
1179 março de 2025, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº  
1180 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo  
1181 Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da  
1182 República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e Considerando a  
1183 afirmação do Sistema Único de Saúde como modelo de sistema universal de saúde instituído  
1184 pela Constituição-Cidadã de 1988 que é direito de todos e dever do Estado, em seus princípios  
1185 e diretrizes garantidores da universalidade, integralidade e equidade do acesso às ações e  
1186 serviços públicos de saúde, incluindo a gestão descentralizada, hierarquizada, regionalizada e  
1187 com a participação da comunidade, Considerando que o Ministério da Saúde deve programar  
1188 recursos no Projeto de Lei Orçamentária da União para 2026 (i) para a continuidade do  
1189 enfrentamento da Covid-19, (ii) para o enfrentamento de outras pandemias que podem ocorrer  
1190 nos próximos anos, e (iii) também para o enfrentamento de endemias tais como as arboviroses  
1191 (Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela, etc.), no contexto do planejamento tripartite do  
1192 Sistema Único de Saúde, Considerando a necessidade da manutenção do atendimento da  
1193 demanda reprimida decorrente de cirurgias eletivas, exames especializados e tratamentos  
1194 interrompidos e/ou reduzidos de doenças crônicas, dentre outras ações e serviços de saúde,  
1195 por causa da pandemia da Covid-19 e/ou outras situações de endemias, emergências em

1196 saúde e calamidades públicas, bem como a necessidade de recursos para o aprimoramento do  
1197 diagnóstico e do atendimento da população em geral, Considerando o papel propositivo e  
1198 formulador do Conselho Nacional de Saúde para o processo de elaboração da Programação  
1199 Anual de Saúde e do Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2026 do  
1200 Ministério da Saúde, que nortearão a programação de despesas no Projeto de Lei  
1201 Orçamentária para 2026 do Ministério da Saúde, conforme estabelece a Lei Complementar  
1202 141/2012 e a Lei 8142/90, programação essa que deve contar com recursos adequados e  
1203 suficientes 2 para o atendimento das necessidades de saúde da população, de modo a cumprir  
1204 os dispositivos constitucionais da universalidade, integralidade, equidade, descentralização das  
1205 ações e serviços e financiamento tripartite do conjunto das ações e serviços no âmbito do SUS  
1206 e as deliberações do Conselho Nacional de Saúde expressas nas Recomendações e  
1207 Resoluções aprovadas pelos conselheiros nacionais de saúde, Considerando as diretrizes e  
1208 propostas aprovadas pela 17<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde realizada de 02 a 04 de julho de  
1209 2023 em Brasília, conforme Resolução nº 719 do Conselho Nacional de Saúde, de 17 de  
1210 agosto de 2023, Considerando as deliberações da 4<sup>a</sup> Conferência Nacional de Gestão do  
1211 Trabalho e Educação na Saúde, em especial, a necessidade de promover a participação  
1212 inclusiva e democrática de gestoras/es, trabalhadoras/es, representantes das comunidades na  
1213 gestão do trabalho e da educação em saúde, incluindo a saúde mental, por meio de núcleos de  
1214 educação popular que integrem saúde, educação e comunidade, especialmente as de jovens,  
1215 mulheres, pessoas idosas, negras, indígenas, quilombolas, LGBTQIA+, pessoas com  
1216 deficiência, doenças crônicas e patologias, eliminando a discriminação, o preconceito  
1217 institucional, para a elaboração, implementação e avaliação de projetos de educação  
1218 permanente para o desenvolvimento de novas competências e humanização do atendimento  
1219 do SUS, bem como assegurar a efetiva implementação de uma política de valorização dos  
1220 trabalhadores do SUS e buscar a instituição a carreira única interfederativa para todos/as  
1221 trabalhadores/as do SUS, com provimento por concurso público, utilizando a negociação  
1222 coletiva como estratégia permanente e visando a fixação de servidores em todo território  
1223 nacional de forma a enfrentar os vazios assistenciais e o trabalho com vínculos precários  
1224 (inclusive para os residentes em saúde), afim de mitigar as disparidades geográficas e  
1225 sociossanitárias, com criação do Fundo Nacional para financiamento da Carreira-  
1226 SUS; Considerando a necessidade de compatibilizar o financiamento público do Sistema Único  
1227 de Saúde com a mudança do modelo de atenção à saúde para priorizar a atenção básica como  
1228 a ordenadora da rede de cuidados de saúde da população e a valorização dos trabalhadores  
1229 do SUS , essencial para cumprir o princípio constitucional de que a saúde é direito de todos e  
1230 dever do Estado, cujos 3 serviços são definidos como de relevância pública, conforme artigos  
1231 196 e 197 da Constituição Federal, Considerando a necessidade de um programa de  
1232 compensação dos efeitos negativos e irreversíveis da Emenda Constitucional 95/2016 para o  
1233 financiamento federal do SUS, que segundo especialistas em Economia da Saúde acumularam  
1234 perdas de cerca de R\$ 70 bilhões para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde no  
1235 período 2018-2022, Considerando que o piso federal do SUS estabelecido pela Emenda  
1236 Constitucional 86/2015 está em desacordo tanto com as diretrizes aprovadas pela 17<sup>a</sup>  
1237 Conferência Nacional de Saúde realizada em julho de 2023 (Resolução 719/2023 do CNS),  
1238 como em relação ao Projeto de Lei de Iniciativa Popular nº 321/2013, que obteve mais de 2,2  
1239 milhões de assinaturas auditadas em favor da alocação mínima de 10% das receitas correntes  
1240 brutas da União para o financiamento federal das ações e serviços públicos de saúde,  
1241 correspondente a 19,4% em termos de receita corrente líquida, conforme dispositivo da  
1242 Proposta de Emenda Constitucional no 01-D/2015, que foi aprovada em primeiro turno pela  
1243 Câmara dos Deputados em 2016, Considerando a necessidade de revisão dos procedimentos  
1244 para a definição das emendas parlamentares a serem incluídas no Orçamento da União, bem  
1245 como do monitoramento e controle da respectiva execução orçamentária e financeira pelas três  
1246 esferas de governo, especialmente conforme Proposta para a Gestão de Recursos de  
1247 Emendas Parlamentares no SUS apresentada em documento conjunto assinado pelo  
1248 Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e  
1249 pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) em 12 de setembro  
1250 de 2024, Considerando a necessidade de ampliação, fortalecimento e estruturação dos  
1251 Conselhos Locais de Saúde, conforme deliberação do Conselho Nacional de Saúde na  
1252 Resolução 714, de 02 de julho de 2023, e compromisso assumido pela Presidência da  
1253 República e pelo Ministério da Saúde durante a 17<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, 4  
1254 Considerando o caráter deliberativo do controle social, destacando que cabe aos Conselhos de  
1255 Saúde, enquanto instâncias máximas da gestão do Sistema Único de Saúde, deliberar sobre

as diretrizes para o estabelecimento de prioridades nas matérias constantes dos planos plurianuais, das leis de diretrizes orçamentárias, das leis orçamentárias e dos planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (conforme Lei Complementar nº 141/2012, §4º, artigo 30), RESOLVE: Aprovar as seguintes diretrizes referentes à definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde para integrar a Programação Anual de Saúde, o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Projeto de Lei Orçamentária da União para 2026. Art. 1º A programação orçamentária e financeira do Ministério da Saúde para 2026 deverá alocar recursos adequados e suficientes para o conjunto das ações e serviços de saúde, de modo a cumprir os dispositivos constitucionais da universalidade, integralidade, equidade e financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS). Parágrafo Único. A programação indicada no caput deverá constar do Projeto de Lei Orçamentária da União para 2026 a ser encaminhado para o Congresso Nacional até 31 de agosto de 2025 e deverá ser previamente submetida para análise e deliberação do Conselho Nacional de Saúde, em respeito ao dispositivo constitucional da participação da comunidade na gestão do SUS e aos dispositivos da Lei 8080/1990, da Lei 8142/90 e da Lei Complementar 141/2012. Art. 2º Para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da União para 2026, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes diretrizes: I – A programação orçamentária e financeira do Ministério da Saúde deve alocar recursos compatíveis com a mudança do modelo de atenção à saúde para organizar uma rede de cuidados de saúde da população ancorada numa atenção básica forte e resolutiva, de modo a cumprir os princípios e diretrizes constitucionais da universalidade, gratuidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade no SUS. II - Investir todo o orçamento da saúde em prol da consolidação do SUS universal e de qualidade mediante o financiamento suficiente para esse fim, incluindo tanto os valores transferidos para os Estados, Distrito Federal e Municípios oriundos de emendas parlamentares, como os valores das 5 transferências regulares e automáticas, fundo a fundo, da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios conforme critérios, modalidades e categorias pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde nos termos do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012, e em obediência aos respectivos Planos de Saúde de cada esfera de governo, para promover a: a) otimização da aplicação dos recursos públicos já destinados, especialmente, pela disponibilização integral e tempestiva de recursos e a ausência de contingenciamento orçamentário e financeiro de dotações do Ministério da Saúde na Lei Orçamentária de 2026, bem como da ausência de limite de pagamento para os restos a pagar inscritos e reinscritos para execução financeira em 2026. b) alocação de recursos suficientes para uma mudança de modelo de atenção à saúde, que fortaleça a atenção básica como responsável sanitária para uma população territorialmente referenciada, fazendo com que seja a principal porta de entrada ao SUS e a ordenadora dos cuidados de saúde nas redes de atenção sob gestão pública federal, estadual e municipal, c) priorização da alocação de recursos orçamentários e financeiros públicos de saúde para o fortalecimento e ampliação das unidades próprias de prestação de serviço no âmbito do SUS, de gestão estatal, e para a ampliação das equipes de saúde da família, valorizando o atendimento de qualidade à população usuária e as trabalhadoras e os trabalhadores do SUS; d) criação de dotação orçamentária específica para a aplicação, adicional ao mínimo exigido para ações e serviços públicos de saúde em 2026, tanto dos valores totais de Restos a Pagar cancelados em 2025 e dos ainda pendentes de compensação cancelados desde 2012, como das despesas financiadas com recursos do pré-sal; e) garantia da fixação e da intensificação do processo de interiorização dos profissionais de saúde, principalmente na Região Norte e interior do país, nas áreas periféricas das regiões metropolitanas, nas áreas rurais e de difícil acesso do território nacional, mediante alocação adequada e suficiente de recursos orçamentários e financeiros em processo continuado de melhoria de qualidade, com estímulo e valorização da força de trabalho do SUS (incluindo os residentes em saúde) e formulação e implantação do Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários do SUS, incluindo a criação do Fundo Nacional para Financiamento da Carreira-SUS; f) aprimoramento dos critérios de rateio de recursos para transferência do Fundo Nacional de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios, com destaque para evitar a regressão de recursos decorrente da adoção de critérios que privilegiam o financiamento da atenção à saúde pelo número de usuários cadastrados nos municípios e por algum índice de utilização dos equipamentos e serviços na rede do SUS, de modo a cumprir o caput do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012, que estabelece a competência do Conselho Nacional de Saúde para analisar e deliberar sobre os critérios de

rateio pactuados na Comissão Intergestores Tripartite, bem como a alocação de recursos adicionais ao piso federal da saúde para a implementação das transferências regulares e automáticas, fundo a fundo, segundo novos critérios deliberados pelo Conselho Nacional de Saúde, para evitar que essa mudança implique em redução de valores transferidos para alguns Entes como forma de compensação do aumento que outros venham a ter; III - Ampliar a pontuação do saneamento básico e saúde ambiental, que possibilite um melhor enfrentamento de endemias tais como as arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela, etc.) e o tratamento adequado dos resíduos sólidos, dando a devida prioridade políticoorçamentária, para a promoção da saúde e redução de doenças e agravos e das desigualdades sociais; IV - Garantir recursos orçamentários e financeiros adequados e suficientes para além das regras constitucionalmente fixadas, de modo a impedir que, em 2026, em termos de valores reais (atualizados pelo IPCA/IBGE) total, per capita ou como proporção da receita corrente líquida da União, o valor total da aplicação em ações e serviços públicos de saúde seja menor que a média dos valores empenhados em 2020 e 2021, adotando o que for maior, bem como para o cumprimento de outras diretrizes estabelecidas nesta Resolução, acrescidos da taxa anual média de crescimento da população idosa no período 2011-2019 (segundo dados do IBGE) e da taxa anual média de crescimento da renúncia de receita vinculada à Função Orçamentária "10-Saúde" no mesmo período (segundo dados apresentados nos anexos da Lei de Diretrizes Orçamentárias), nos termos estabelecidos pela 17ª Conferência Nacional de Saúde; V - Garantir da disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros adequados e suficientes para a plena execução do Programa Nacional de Imunização em 2026 e 2027, bem como da incorporação de novas tecnologias para a prevenção e tratamento de todas as doenças conhecidas e passíveis de intervenções no tempo certo, de acordo com o planejamento estabelecido pelas autoridades sanitárias do SUS, inclusive internacionais. VI - Priorizar a ampliação, fortalecimento e estruturação da Rede de Conselhos de Saúde, incluindo os Conselhos Locais de Saúde, conforme deliberação do Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº. 714, de 02 de julho de 2023. VII - Fortalecer as ações de controle no âmbito do SUS, de modo a auditar, monitorar e fiscalizar a correta aplicação dos recursos aplicados diretamente pelo Ministério da Saúde e pelos outros ministérios que executam recursos do Ministério da Saúde, bem como os transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, de modo a garantir o atendimento às necessidades de saúde da população durante a execução orçamentária de 2026, nos termos da 17ª Conferência Nacional de Saúde. VIII - Contribuir com as políticas públicas voltadas para a erradicação da extrema pobreza e da fome no País; Art. 3º O Ministério da Saúde, em observância ao disposto nos artigos 1º e 2º, deverá atender também o conjunto de diretrizes aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde, presentes na Resolução nº 719 do Conselho Nacional de Saúde, de 17 de agosto de 2023." Concluída a leitura, foram apresentadas as seguintes sugestões do texto da resolução: incluir item, reforçando a proposta de construção do orçamento participativo nacional; e reproduzir o mérito do considerando "Considerando as deliberações da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, em especial, a necessidade de promover a participação inclusiva e democrática de gestoras/es, trabalhadoras/es, representantes das comunidades na gestão do trabalho e da educação em saúde, (...) especialmente as de jovens, mulheres, pessoas idosas, negras, indígenas, quilombolas, LGBTQIA+, pessoas com deficiência, doenças crônicas e patologias, eliminando a discriminação, o preconceito institucional, para a elaboração, (...)" no texto do "resolve". Também foram feitas as seguintes sugestões gerais: estreitar a relação do CNS com o Conselho de Participação Social para implementar a proposta de construção de orçamento participativo para 2026; dialogar para que novos recursos para saúde sejam incluídos como extraordinários; envidar esforços para recuperação do montante de recursos perdidos com a EC nº. 29 (R\$ 70 bilhões); e insistir na importância da devida aplicação das emendas parlamentares. Além disso, foi feito destaque à proposta de construção do orçamento participativo nacional, que dialogue com os debates do controle social. Nessa linha, foi informado que o Conselho Nacional de Participação Social aprovou recomendação ao Presidente da República para construção de orçamento participativo para 2026. Em seguida, o assessor da COFIN apresentou o documento com resposta da COFIN/CNS para a Secretaria Executiva do CNS referente à diligência do Tribunal de Contas da União - TCU de junho de 2024. O texto é o seguinte: "Resposta da COFIN/CNS para a Secretaria Executiva do CNS referente à diligência do Tribunal de Contas da União - TCU de junho de 2024. Ofício 27254/2024-TCU/Seproc (0041438212) SEI 25000.089961/2024-61 1. A Coordenação da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde (Cofin/CNS)

1376 recebeu e-mail em 17 de janeiro de 2025 com a solicitação da Secretaria Executiva (SE) do  
1377 CNS para “que sejam enviadas as avaliações da comissão sobre o nível de implementação das  
1378 determinações contidas no Acórdão 2888/2016-TCU-Plenário por parte do Ministério da Saúde.  
1379 Tais informações são essenciais para garantir a resposta adequada às exigências da Corte de  
1380 Contas e para reforçar o papel do CNS no monitoramento e fiscalização das ações de  
1381 governança no SUS”. Essa solicitação foi reiterada por e-mail em 03 de fevereiro de 2025. 2. A  
1382 Coordenação da Cofin/CNS pautou esse assunto para a primeira reunião da comissão em  
1383 2025, realizada nos dias 05 e 06 de fevereiro. Na oportunidade, os integrantes da Cofin/CNS  
1384 tomaram conhecimento do Ofício 27254/2024- TCU/Seproc, que versa sobre o monitoramento  
1385 do Acórdão 2888/2015-TCUPlenário, retificado pelo Acórdão 61/2016-TCU-Plenário,  
1386 decorrente de auditoria operacional que avaliou aspectos de governança da pontuação  
1387 intergovernamental no Sistema Único de Saúde (SUS), encaminhado pelo TCU para a SE do  
1388 CNS, especialmente quanto à solicitação 22.2 para que o CNS: “(...) apresente sua visão  
1389 atualizada quanto ao nível de implementação das determinações contidas no Acórdão  
1390 2888/2016-TCU-Plenário, no que tange aos aspectos que se inserem na sua esfera de  
1391 competências, relatando as dificuldades enfrentadas para o exercício efetivo de suas  
1392 atribuições”. 3. As “determinações contidas no Acórdão 2888/2016-TCU-Plenário” podem ser  
1393 encontradas nesse mesmo Ofício do TCU, a saber: “9.1. determinar ao Ministério da Saúde,  
1394 com base no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU, que em 120 dias apresente um  
1395 plano de ação, com cronograma de execução, a fim de: 9.1.1 promover discussão na  
1396 Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para regulamentar os critérios legais para o rateio dos  
1397 recursos federais vinculados à saúde, nos termos do art. 17 da Lei Complementar 141/2012 e  
1398 do art. 35 da Lei 8.080/1990, com a possibilidade de redefinição das competências federais,  
1399 estaduais e municipais no âmbito do SUS, observando as seguintes diretrizes: a) integrar os  
1400 incentivos financeiros oferecidos pelo Ministério da Saúde, de modo a reduzir o excesso de  
1401 normas atualmente existentes nas transferências financeiras federais; b) detalhar de maneira  
1402 suficiente as competências nos três níveis de governo, de modo a evitar sobreposições de  
1403 responsabilidades e a possibilitar a identificação precisa das responsabilidades executivas e  
1404 financeiras de cada ente em relação às ações e dos serviços de saúde; MINUTA FRF  
1405 Cofin/CNS 12/02/2025 c) considerar as fragilidades técnicas e financeiras da maior parte dos  
1406 municípios brasileiros; 9.1.2 promover discussão na CIT para reavaliar o modelo do Contrato  
1407 Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), a fim de propor medidas legais que possam  
1408 estabelecer sanções para a União e os estados no caso de inadimplemento de  
1409 responsabilidades assumidas; 9.1.3 definir o diagnóstico sobre as necessidades de saúde,  
1410 elaborado a partir do Mapa da Saúde, como referência prioritária para as emendas  
1411 parlamentares relativas a recursos vinculados à saúde; 9.1.4 adotar medidas para aperfeiçoar  
1412 a orientação aos municípios e estados sobre o processo de regionalização, assim como para  
1413 organizar o apoio técnico e financeiro à regionalização e à implementação do COAP, de modo  
1414 que esse apoio seja estável e contínuo; 9.1.5 estruturar processo de gestão de riscos da  
1415 implementação do COAP nas regiões de saúde brasileiras”. 4. Nessa perspectiva, a  
1416 COFIN/CNS verificou preliminarmente que a Secretaria Executiva do CNS preparou o Ofício Nº  
1417 1079/2024/SECNS/DGIP/SE/MS em 27/06/2024 (conforme consta nas fls. 33 a 37 do  
1418 documento SEI 25000.089961/2024-61) para a Coordenação-Geral de Interlocução com  
1419 órgãos de Controle do Ministério da Saúde, em que consta a seguinte informação: 4.1. “Diante  
1420 do exposto, e nos limites da competência deste Conselho Nacional de Saúde, informamos que  
1421 a discussão quanto aos critérios legais para o rateio dos recursos federais vinculados à saúde  
1422 na Comissão Intergestores Tripartite- CIT foi encaminhada à Mesa Diretora do CNS, com a  
1423 pauta desse debate na reunião plenária, o que consubstanciou na Recomendação nº029 de 07  
1424 de julho de 2017 (...), após a sua Ducentésima Nonagésima Quinta Reunião Ordinária,  
1425 realizada nos dias 6 e 7 de julho de 2017 (...). É oportuno destacar que, apesar de não  
1426 informado nesse ofício da SE do CNS ao MS, uma outra Recomendação anterior do CNS  
1427 também tratou desse assunto, a de nº 006, de 10 de março de 2017, em seus itens 1.2 a 1.5.  
1428 4.2. Sinteticamente, a Recomendação do CNS à Comissão Intergestores Tripartite é para que  
1429 ela “defina e conclua, no menor prazo possível, a metodologia de repasse dos montantes a  
1430 serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das  
1431 ações e serviços públicos de saúde a ser pactuada na CIT e aprovada no CNS, conforme  
1432 prevê o art. 17, §1º da LC n.º 141/2012, considerando o acúmulo de contribuições do controle  
1433 social registrado no Plano Nacional de Saúde 2016-2019, o Relatório Final da 15ª Conferência  
1434 Nacional de Saúde e as resoluções aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (...). 5. A  
1435 COFIN/CNS aprofundou o debate sobre a demanda recebida, cujo resultado sintético é o que

segue: 5.1. Item 9.1.1: ainda não houve essa deliberação da CIT e o CNS tem feito apontamentos nos Pareceres Conclusivos sobre os Relatórios Anuais de Gestão do Ministério da Saúde desde 2017 (os mais recentes referentes aos exercícios de 2021, 2022 e 2023, que estão expressos nas Resoluções 701/2022, 713/2023 e 766/2024) para que essa determinação do artigo 17, parágrafo 1º, da Lei Complementar 141 seja cumprida. Minuta FRF COFIN/CNS 12/02/2025 5.2. Item 9.1.2: trata-se de assunto que transcende as dimensões orçamentárias e financeiras, portanto, não faz parte das atribuições da COFIN/CNS. 5.3. Item 9.1.3: dentre as medidas corretivas de gestão indicadas pelo CNS na Resolução 766/2024, uma delas é a que segue: “os valores empenhados das Emendas Parlamentares integram o cômputo do piso federal do SUS, mas não são submetidas necessariamente às diretrizes da Conferência Nacional de Saúde e ao processo de planejamento ascendente do SUS, em desacordo ao marco legal-normativo do SUS. Neste sentido, é preciso propor no Projeto de Lei Orçamentária de 2025 que essas despesas obrigatoriamente respeitem as diretrizes aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde e os Objetivos e Metas estabelecidos no Plano Nacional de Saúde 2024-2027”. Além disso, a Cofin/CNS encaminhou à Mesa Diretora do CNS em 07 de fevereiro de 2025 a Minuta de Resolução com as diretrizes para o estabelecimento de prioridades, dentre as quais consta uma que combina as determinações dos itens 9.1.1 e 9.1.3, a saber (artigo 2º, Inciso II): “Investir todo o orçamento da saúde em prol da consolidação do SUS universal e de qualidade mediante o financiamento suficiente para esse fim, incluindo tanto os valores transferidos para os Estados, Distrito Federal e Municípios oriundos de emendas parlamentares, como os valores das transferências regulares e automáticas, fundo a fundo, da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios conforme critérios, modalidades e categorias pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde nos termos do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012, e em obediência aos respectivos Planos de Saúde de cada esfera de governo”. 5.4. Item 9.1.4: trata-se de assunto que transcende as dimensões orçamentárias e financeiras, portanto, não faz parte das atribuições da Cofin/CNS. 5.5. Item 9.1.5: trata-se de assunto que transcende as dimensões orçamentárias e financeiras, portanto, não faz parte das atribuições da Cofin/CNS. Estes são os subsídios, sob a forma de minuta de resposta, que a Cofin/CNS pode contribuir para a resposta final da SE do CNS para o TCU. Brasília, 12 de fevereiro de 2024, Coordenação da Cofin/CNS”. Concluída a leitura, não houve manifestações. Sendo assim, a mesa colocou em votação os documentos apresentados. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, com acréscimos ao texto, a minuta de resolução que aprova diretrizes referentes à definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde para integrar a Programação Anual de Saúde, o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Projeto de Lei Orçamentária da União para 2026; e aprovado, por unanimidade, o documento com resposta da COFIN/CNS para a Secretaria Executiva do CNS referente à diligência do TCU de junho/2024 - Ofício 27254/2024-TCU/Seproc (0041438212) SEI 25000.089961/2024-61.** Com essa deliberação, a mesa agradeceu os convidados e encerrou a manhã do segundo dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: nomes serão incluídos. Retomando, a mesa foi composta para o item 9 da pauta. **ITEM 9 – CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – 4ª CNGTES - Informes. 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 5ª CNSTT - Informes** – Apresentação: **Laíse Rezende de Carvalho**, secretária adjunta de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SGTES/MS; conselheira **Francisca Valda da Silva**, da comissão organizadora da 4ª CNGTES; conselheira **Ruth Guilherme**, coordenadora adjunta da CISTT/CNS; e **Luís Henrique da Costa Leão**, Coordenador Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador – CGSAT/SVS/MS. Coordenação: conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. Primeiro, foi feito informe sobre a 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - Informes - Apresentação: conselheira **Francisca Valda da Silva**; e **Laíse Rezende de Carvalho**, secretária adjunta de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - SGTES/MS. A secretaria adjunta da SGTES/MS, **Laíse Rezende de Carvalho**, iniciou destacando a importância histórica da 4ª CNGTES, realizada após um intervalo de dezoito anos da última conferência desta temática. Explicou que o foco foi valorizar o papel dos trabalhadores e trabalhadoras tanto no cuidado em saúde quanto na participação social. Afirmou que a realização da conferência foi um marco, pois envolveu todos os estados, articulando os conselhos locais e construindo coletivamente diretrizes para uma política nacional inédita sobre o tema. Destacou também o envolvimento de fóruns de debate como

1496 CONASS, CONASEMS e lembrou que foi definida a criação de grupo de trabalho para a  
1497 formulação da política nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde do SUS. Por  
1498 fim, agradeceu, em nome da Secretaria, por participar desse rico processo. Seguindo,  
1499 Conselheira **Francisca Valda da Silva**, fez uma apresentação geral sobre a Conferência e  
1500 seus resultados. Explicou que a 4<sup>a</sup> CNGTES reuniu 2.405 pessoas, sendo 1.578 delegadas,  
1501 desse total, 758 do segmento de usuários, 423 do segmento de trabalhador, 346 do segmento  
1502 gestor e 30 do segmento prestador de serviço. A etapa nacional foi precedida de etapas  
1503 municipais e estaduais, além de conferências livres (170). Detalhou os segmentos  
1504 representados e o perfil de gênero, 62% feminino e 37% masculino e fez referência à pesquisa  
1505 nacional conduzida por jovens pesquisadores de quinze estados, que ouviram mais de 1.200  
1506 participantes sobre suas percepções e sentimentos quanto à conferência. Os sentimentos mais  
1507 comuns foram de esperança, motivação, preocupação e ceticismo. Disse que o Relatório Final  
1508 da 4<sup>a</sup> CNGTES reuniu 85 diretrizes, 293 propostas e 64 moções, sendo 38 de apelo, catorze de  
1509 apoio e doze de repúdio. Disse que a comissão organizadora da 4<sup>a</sup> CNGTES e suas comissões  
1510 temáticas continuam trabalhando nas ações pós-conferência, com elaboração de relatórios de  
1511 trabalho (de forma virtual). Disse que a comissão organizadora se reuniria presencialmente no  
1512 dia 27 de fevereiro para encaminhamentos. Informou ainda que a minuta de Resolução que  
1513 dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 4<sup>a</sup> Conferência Nacional de  
1514 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, foi encaminhada previamente às pessoas  
1515 conselheiras e seria no último item da pauta ("Encaminhamentos do Pleno"). Inclusive,  
1516 detalhou que a intenção da resolução é dar publicidade ao resultado da Conferência, visto que  
1517 as diretrizes, propostas e moções já foram aprovadas na etapa nacional. Por fim, agradeceu a  
1518 todas as pessoas envolvidas na organização e realização da Conferência, com destaque para  
1519 o trabalho de elaboração do relatório final. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** afirmou  
1520 que, desde a 16<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, o Conselho passou a adotar a conferência  
1521 como um processo contínuo, envolvendo etapas locais, municipais, macroregionais, estaduais  
1522 e nacional. Destacou que as conferências livres e a etapa de devolutiva também se  
1523 consolidaram como partes essenciais desse processo. Explicou que, atualmente, o CNS não  
1524 mais "aprova" as deliberações da etapa nacional, mas apenas sistematiza e publica o que foi  
1525 decidido, respeitando a soberania da conferência. Ressaltou que esse modelo segue uma  
1526 lógica ascendente, partindo das necessidades dos territórios até o nível nacional. Também  
1527 celebrou o êxito do trabalho realizado até então, especialmente na 4<sup>a</sup> Conferência de Gestão  
1528 do Trabalho e da Educação na Saúde, e considerou fundamental o trabalho colaborativo entre  
1529 as equipes do Conselho e do Ministério da Saúde, que, segundo ele, se fortaleceu a partir da  
1530 16<sup>a</sup> conferência. Encerrou ressaltando a importância de ouvir os informes das comissões  
1531 temáticas da conferência para seguir qualificando o processo conferencial. Na sequência, feito  
1532 informe sobre a 5<sup>a</sup> CNSTT. Conselheira **Ruth Guilherme**, coordenadora adjunta da  
1533 CISTT/CNS, representando a coordenação da 5<sup>a</sup> CNSTT, começou reconhecendo a  
1534 importância da 4<sup>a</sup> CNGTES, mas entendendo que é preciso explicar a diferença desta para a 5<sup>a</sup>  
1535 CNS, sendo esta mais abrangente, voltada a todos os trabalhadores do país, formais e  
1536 informais, de todas as áreas. Enfatizou que é preciso maior mobilização para a realização da 5<sup>a</sup>  
1537 CNSTT e lembrou o calendário das etapas, reforçando o papel dos conselheiros municipais e  
1538 estaduais na divulgação e no apoio à realização das etapas locais: Conferências Municipais,  
1539 Regionais e Macrorregionais: até 15 de abril; Conferências Estaduais: até 15 de junho de 2025;  
1540 Conferências Livres: até 30 de abril de 2025; e Conferência Nacional: 18 a 21 de agosto de  
1541 2025. Explicou que o Termo de Referência - TR está sendo desenvolvido pela Coordenação de  
1542 Infraestrutura e Acessibilidade em parceria com Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente  
1543 - SVSA (sob a coordenação do Coordenador-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador,  
1544 Luís Henrique da Costa Leão). Informou que até aquele momento dez conferências haviam  
1545 sido realizadas (uma conferência estadual, quatro conferências livres, duas macrorregionais e  
1546 três municipais) e 87 estavam agendadas (doze estaduais; dezessete livres; dezessete  
1547 macrorregionais; 39 municipais; e uma regional). Também mostrou um quadro com  
1548 demonstrativo de conferências por Estado, destacando Distrito Federal e Santa Catarina com  
1549 maior número até aquele momento. Por fim, reiterou a importância da participação nas  
1550 conferências locais para mobilizar e incentivar os debates. A seguir, o Coordenador Geral da  
1551 CGSAT/SVS/MS, **Luís Henrique da Costa Leão**, reafirmou o compromisso do Ministério da  
1552 Saúde com a conferência, enfatizando que é necessário tratar a saúde do trabalhador como  
1553 direito humano. Destacou a gravidade das mortes por acidentes de trabalho e afirmou que o  
1554 SUS tem responsabilidade sobre esse problema. Conclamou os Centros de Referência em  
1555 Saúde do Trabalhador a apoiar os municípios e garantiu o apoio da SVSA para a realização da

1556 etapa nacional. Concluídos os informes, foi aberta a palavra para manifestações e foram  
1557 levantados diversos aspectos sobre as duas Conferências. Acerca da 4<sup>a</sup> CNGTES, os  
1558 destaques foram os seguintes: cumprimentos à comissão organizadora pelo trabalho e  
1559 reconhecimento do conteúdo das propostas resultantes da 4<sup>a</sup> conferência; destaque para  
1560 temas tratados como educação permanente, agroecologia, equidade, protagonismo de  
1561 populações vulneráveis e o cuidado como componente essencial do trabalho; saudação à  
1562 agilidade do Conselho na tramitação das resoluções da 4<sup>a</sup> CNGTES. A respeito da 5<sup>a</sup> CNSTT:  
1563 foi sugerida a realização de pré-evento internacional da 5<sup>a</sup> CNSTT, incluindo trabalhadores de  
1564 fronteiras e migrantes; é preciso maior mobilização da juventude, tendo em vista avanço do  
1565 trabalho precarizado entre os jovens; problema da evasão escolar e da necessidade de  
1566 formação cidadã para que os trabalhadores conheçam seus direitos; foi proposto que as  
1567 conferências macroregionais indiquem quantos municípios estão envolvidos e foi ressalta da  
1568 importância de articular a conferência com os outros eventos nacionais que ocorrerão no  
1569 mesmo período; importância de acolher os trabalhadores nos espaços da conferência; defesa  
1570 da centralidade da saúde mental e das práticas integrativas e populares nos espaços de  
1571 cuidado; importância de trabalhar a questão do trabalho como direito humano, alertando para  
1572 os riscos da precarização e do trabalho escravo; preocupação com o acompanhamento das  
1573 conferências municipais e sugestão de maior articulação com o CONASEMS para garantir a  
1574 realização das conferências nos pequenos municípios; a Abrasco realizará uma conferência  
1575 livre; importância de a 5<sup>a</sup> CNSTT ser abraçada por todos, pois o tema do trabalho é universal;  
1576 solicitações para participar das comissões de organização: representante indígena, ONCB;  
1577 necessidade de garantir recursos para a infraestrutura nos territórios e participação dos povos  
1578 indígenas; importância de garantir a acessibilidade nos materiais da conferência, com sugestão  
1579 de uso de Braille, letra ampliada e audiodescrição; e reforço ao compromisso do Conselho com  
1580 a mobilização e solicitação de realização de mais conferências livres para ampliar a  
1581 diversidade de temas e a representatividade dos participantes. Após as falas, foi aberta  
1582 novamente a palavra aos integrantes da mesa para comentários. Nos encaminhamentos finais,  
1583 Conselheira **Ruth Guilherme** respondeu que as comissões já estavam formadas, mas que os  
1584 conselheiros recém-chegados poderiam participar como delegados. O Coordenador Geral da  
1585 CGSAT/SVS/MS, **Luís Henrique da Costa Leão**, reafirmou o apoio à proposta de conferência  
1586 internacional e ao fortalecimento da participação indígena, informando que haverá articulação  
1587 com a SESAI para garantir estrutura nos polos base. Também destacou que uma reunião  
1588 interministerial estava agendada para tratar da integração entre os Ministérios da Saúde,  
1589 Trabalho, Previdência e Direitos Humanos, sendo a 5<sup>a</sup> conferência um dos principais pontos de  
1590 pauta. Conselheira **Francisca Valda da Silva** encerrou lembrando que o relatório da 4<sup>a</sup>  
1591 conferência seria publicado em breve, tornando-se referência para as etapas seguintes, e que  
1592 é preciso lutar não apenas por formulações, mas pela implementação efetiva das políticas.  
1593 Alertou ainda para os riscos da mercantilização do trabalho dentro do SUS e reforçou a  
1594 importância da defesa. Não havendo encaminhamentos, a coordenação agradeceu a presença  
1595 das pessoas convidadas e encerrou este ponto. **ITEM 10 – ENCAMINHAMENTOS DO PLENO**  
1596 - **Atos Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas.**  
1597 Coordenação e apresentação: conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos** da Mesa  
1598 Diretora do CNS; e conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **1) ATOS**  
1599 **NORMATIVOS** - **1.1** Protocolo da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema  
1600 Único de Saúde – MNNP – SUS Protocolo – Nº 008 /2011 (atualizado em 2024). Institui as  
1601 diretrizes de Promoção da Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador do Sistema Único de  
1602 Saúde – SUSeste. **Deliberação: o protocolo foi aprovado por unanimidade. Este**  
1603 **documento será publicado na forma de resolução do Conselho.** **1.2** Protocolo da Mesa  
1604 Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNNP – SUS Protocolo –  
1605 nº 011/2024. Institui os princípios, as diretrizes e os objetivos para a negociação do trabalho e  
1606 da educação na saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS -  
1607 SASISUS. **Deliberação: o protocolo foi aprovado por unanimidade. Este documento será**  
1608 **publicado na forma de resolução do Conselho.** **1.3.** Moção de Apoio nº xxx, de xx de  
1609 fevereiro de 2025. Expressa apoio e solidariedade à pesquisadora Ligia Bahia. O documento  
1610 considera, entre outros aspectos, o pedido do CFM de indenização por danos morais à médica  
1611 e professora Lígia Bahia por tecer críticas ao Conselho por suas posições durante a pandemia.  
1612 **Deliberação: a moção foi aprovada por unanimidade.** **1.4.** Recomendação nº xxx, de xx de  
1613 fevereiro de 2025. Recomenda a suspensão da Resolução Normativa ANS nº 621, de 13 de  
1614 dezembro de 2024, bem como todas as tratativas sobre o Sandbox antes da realização de  
1615 Análise de Impacto Regulatório - AIR e a proposta de planos sem cobertura integral, bem como

1616 a Consulta Pública sobre planos para consultas médicas estritamente eletivas e exames. No  
1617 documento, o CNS Recomenda: À Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Que  
1618 suspenda a Resolução Normativa ANS nº 621, de 13 de dezembro de 2024, bem como todas  
1619 as tratativas sobre o Sandbox antes da realização de Análise de Impacto Regulatório (AIR);  
1620 Que suspenda a proposta de planos sem cobertura integral e a Consulta Pública sobre planos  
1621 para consultas médicas estritamente eletivas e exames; Que dê transparência plena da  
1622 avaliação do corpo técnico sobre o tema; Que não aprove qualquer medida regulatória que  
1623 promova retrocessos à atual legislação que regulamenta os Planos de Saúde Privados e/ou  
1624 que provoque desequilíbrios de acesso no âmbito do SUS. Ao Ministério da Saúde Que  
1625 promova espaços de discussão e pesquisa sobre as relações públicoprivadas, no âmbito da  
1626 Saúde Suplementar, bem como estudos que avaliem o impacto de medidas regulatórias como  
1627 as objeto desta recomendação sobre o SUS; Que avalie e pronuncie-se sobre impactos e  
1628 riscos da proposta de planos para consultas médicas estritamente eletivas e exames ou  
1629 qualquer outra proposta de planos de saúde sem cobertura integral. Ao Congresso Nacional  
1630 Que avalie as medidas propostas pela ANS, a partir do artigo 49, inciso v, da CF88, assim  
1631 como atos normativos da agência que exorbitam poder regulatório; Ao Ministério Público  
1632 Federal Que avalie e pronuncie-se sobre a compatibilidade da proposta de planos para  
1633 consultas médicas estritamente eletivas e exames ou qualquer outra proposta de planos de  
1634 saúde sem cobertura integral com a legislação vigente do setor, bem como avalie o  
1635 atendimento de boas práticas e regras regulatórias; e que tome as providências necessárias,  
1636 caso se constate o desatendimento à legislação e aos procedimentos normativos.  
**Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade, com um adendo apresentado.** 1.5. Resolução nº xxx, de xx de fevereiro de 2025. Dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – 4ª CNGTES. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a resolução com as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 4ª CNGTES.** 2. **COMISSÕES INTERSETORIAIS, GRUPOS DE TRABALHO E CÂMARAS TÉCNICAS** – Recomposição de coordenação e indicação de representante da Mesa Diretora do CNS para a Plenária de Conselhos de Saúde. 2.1 Comissão Intersetorial de Atenção Básica – CIASB/CNS. Coordenação: Heliana Neves Hemetério dos Santos. Coordenação adjunta: Francyslane Vitória da Silva. 2.2. Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Deficiência – CIASPD/CNS. Coordenação: Gilson Silva. Coordenação adjunta: Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto. 2.3. Comissão Intersetorial de Saúde da Pessoa com Patologia – CIASPP/CNS. Coordenação: Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto. Coordenação adjunta: será debatida no FORSUS. 2.4. Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT/CNS. Coordenação: Jacildo de Siqueira Pinho. Coordenação adjunta: João Donizete Scaboli. 2.5. Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS. Coordenação: Getúlio Vargas de Moura Júnior. 2.6. Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMu/CNS. Coordenação: Vanja Andréa Reis dos Santos. 2.7. Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS. Coordenação: Lucas Salvador Andrietta. 2.8. Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relação de Trabalho – CIRHRT/CNS. Coordenação adjunta: Victoria Matos das Chagas Silva. 2.9. Coordenação da Plenária de Conselhos de Saúde. Representante da Mesa Diretora do CNS: Getúlio Vargas de Moura Júnior. **Deliberação: as indicações foram aprovadas, em bloco, por unanimidade.** Antes de encerrar, conselheira Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros interveio para esclarecer que a sua fala no início da reunião (no item dos informes) visou manifestar preocupação com a ausência da participação social na construção das portarias do Ministério da Saúde que dispõe sobre a Política Nacional de Prevenção do Câncer e outras ações nesta área. Conselheiro João Alves do Nascimento Junior registrou pesar pelo falecimento da professora da USP, Zélia Roqueiro, destaque no ensino de epidemiologia no Brasil. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou a 363ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras na tarde do segundo dia de reunião: nomes serão incluídos.