



1
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
4
5
6

7 ATA DA TRICENTÉSIMA QUINQUAGÉSIMA QUARTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO
8 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS
9
10

11 Aos doze e treze dias do mês de março de 2025, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde
12 "Omitlon Visconde", Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º
13 andar, Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Quinquagésima Quarta Reunião Ordinária do
14 CNS, que teve por objetivos: **1)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **2)** Conhecer e
15 debater o Programa Brasil Saudável, que busca eliminar a tuberculose e outras doenças de
16 determinação social no Brasil. **3)** Apreciar e discutir sobre a saúde da população em situação
17 de rua na Atenção Primária. **4)** Assistir e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de
18 Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT/CNS. **5)** Apresentar e debater o Eixo 1
19 “Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora” da 5ª Conferência Nacional de
20 Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **6)** Conhecer e debater o tema da participação social
21 na garantia da democracia e equidade dos direitos das mulheres, em alusão ao dia 8 de março
22 – Dia Internacional da Mulher. **7)** Recordar e debater os cinco anos após a pandemia de
23 COVID-19. **8)** Conhecer e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de
24 Orçamento e Financiamento - COFIN. **9)** Apreciar e deliberar sobre os encaminhamentos do
25 Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e
26 Câmaras Técnicas. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 364ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO**
27 **CNS - APROVAÇÃO DA ATA DA 360ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - *Composição da*
28 *mesa:* conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira
29 **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DA PAUTA DA**
30 **364ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** **Deliberação:** a pauta foi aprovada por unanimidade.
31 **APROVAÇÃO DA ATA DA 360ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** **Deliberação:** a ata foi
32 aprovada com uma abstenção. **ITEM 2 – EXPEDIENTE – Informes. Justificativa de**
33 **ausências.** Apresentação de novos (as) Conselheiros (as) Nacionais de Saúde e
34 Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Datas representativas para a
35 saúde no mês de março. Indicações. Relatório da Mesa Diretora - *Composição da mesa:*
36 conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e **Ana Carolina Dantas**,
37 Secretária-Executiva do CNS. **INFORMES - 1)** Informe sobre a reforma da sala da assessoria
38 técnica. Apresentação: **Ana Carolina Dantas**, Secretaria Executiva do CNS. Foi solicitada à
39 coordenação de engenharia do Ministério da Saúde uma nova proposta de *layout* para a sala
40 da assessoria técnica, a fim de ampliar a disponibilidade de estações de trabalho e garantir
41 melhor aproveitamento do espaço. Para isso, a sala de pessoas conselheiras será utilizada,
42 temporariamente, a partir do mês de abril, sendo disponibilizada estação de trabalho na sala do
43 apoio administrativo para uso exclusivo das pessoas conselheiras. **2)** Informe sobre combate à
44 violência como um problema de saúde das mulheres e meninas. Apresentação: conselheira
45 **Sibele de Lima**, CPI voz Materna. Destacou, em seu informe, a importância de o Conselho
46 manter em sua agenda o “8 de Março – Dia Internacional da Mulher”, como marco da luta pelos
47 direitos das mulheres. Reforçou que a violência contra mulheres e meninas é um grave
48 problema de saúde pública, que exige resposta intersetorial do SUS. Citou dados recentes do
49 Fórum Brasileiro de Segurança Pública que evidenciam o aumento da violência, e solicitou que
50 o tema seja incorporado de forma permanente à pauta do Conselho, como parte da política de
51 saúde integral de saúde das mulheres. **3)** Agradecimento ao ex-Secretário Executivo do
52 Ministério da Saúde, Dr. Doutor Swedenberger Barbosa, pelos relevantes serviços prestados
53 ao SUS e a Saúde Bucal Coletiva na sua vida pública. Apresentação: conselheiro **Anselmo**
54 **Dantas**, FIO, coordenador da CISB/CNS. Fez uma manifestação de agradecimento público ao
55 ex-secretário executivo do Ministério da Saúde, Swedenberger Barbosa. Destacou a trajetória
56 dele, cirurgião-dentista e professor doutor de bioética da Universidade de Brasília, enfatizando

57 sua contribuição decisiva para a consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal. Ressaltou
58 o empenho do ex-secretário no contexto da atual gestão federal, especialmente no marco dos
59 maiores investimentos históricos destinados à política de saúde bucal, que se transformou em
60 uma política de Estado. Também frisou a relevância da atuação conjunta com a ex-Ministra de
61 Estado da Saúde, Nísia Trindade, e reiterou o compromisso histórico do homenageado com a
62 defesa do SUS. 4) Informe em alusão ao dia mundial de enfrentamento a tuberculose – 24 de
63 março. Apresentação: conselheiro **Carlos Ebeling**, ART TB Brasil. Relatou que a ART TB
64 Brasil realizou reunião nos dias 10 e 11 de março para avaliar a situação da doença no Brasil e
65 destacou que, mesmo em cenários otimistas, não será possível eliminar a tuberculose até
66 2030, conforme apontam estudos científicos. Indicou que houve avanços até 2016, mas que,
67 desde então, os indicadores vêm regredindo. Reforçou que a tuberculose é uma doença de
68 determinação social, afetando especialmente populações em situação de vulnerabilidade.
69 Criticou propostas como internações compulsórias, por reforçarem exclusão e violação de
70 direitos. Defendeu que o enfrentamento da doença exige decisões políticas estruturantes,
71 voltadas à redução das desigualdades sociais e ao acesso equitativo aos serviços, além do
72 reconhecimento de que a tuberculose é prevenível, tratável e curável. **JUSTIFICATIVA DE**
73 **AUSÊNCIAS** – Titular: **Abrahão Nunes da Silva**. Central de Movimentos Populares – CMP.
74 Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Ana Paula Castelo Fonseca Moreira**.
75 Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA.
76 Usuário: Motivo: rodizio de titularidade. Titular: **Cleide Cilene Farias Tavares**. Confederação
77 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde. Prestadores de
78 Serviços de Saúde. Motivo: agenda de trabalho. Titular: **Elenilson Silva de Souza**. Movimento
79 de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN. Usuário. Motivo: rodízio
80 de titularidade. Titular: **Fernando Marcello Nunes Pereira**. Conselho Federal de Nutrição –
81 CFN. Profissional de Saúde. Motivo: agenda de trabalho. Titular: **Francisca Valda da Silva**.
82 Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN. Profissional de Saúde. Motivo: agenda de
83 trabalho. Titular: **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**. Conselho Nacional de Secretários de
84 Saúde – CONASS. Gestor. Motivo: agenda de trabalho. Titular: **João Donizete Scaboli**. Força
85 Sindical – FS. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Luiz Fernando Corrêa Silva**.
86 Federação Brasileira de Hospitais – FBH. Prestadores de Serviços de Saúde. Motivo: agenda
87 de trabalho. Titular: **Maria Thereza Almeida Antunes**. Federação Brasileira das Associações
88 de Síndrome de Down – FBASD. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Priscila**
89 **Torres da Silva**. Biored Brasil. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Renata Soares**
90 **de Souza**. Movimento Nacional das Cidadãs Positivas – MNCP. Usuário. Motivo: rodízio de
91 titularidade. Titular: **Rildo Mendes**. Articulação dos Povos Indígenas Região Sul - ARPIN-SUL.
92 Usuário. Motivo: agenda de trabalho. Titular: **Thiago Soares Leitão**. Rede Nacional de
93 Religiões Afro Brasileiras e Saúde – RENAFRO. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular:
94 **Victoria Matos das Chagas Silva**. União Nacional dos Estudantes – UNE. Usuário. Motivo:
95 agenda de trabalho. Titular: **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**. Associação Brasileira
96 de Alzheimer e Condições Relacionadas – ABRAZ. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade.
97 **APRESENTAÇÃO DE NOVOS (AS) CONSELHEIROS (AS) NACIONAIS DE SAÚDE** – Não
98 houve. **COORDENADORES (AS) DE PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE** – **Claudemir**
99 **Fernandes da Silva** – Rondônia – Norte; **Jamacyr Mendes Justino** – Paraíba – Nordeste;
100 **Jefferson de Sousa Bulhosa Júnior** – Distrito Federal – Centro-Oeste; **José Nazareno Lima**
101 **Tavares** – Amapá – Norte; **Maria Antônia Conceição de Souza Kuendig** – Mato Grosso do
102 Sul – Centro-Oeste; **Osmar de Oliveira Cardoso** – Piauí – Nordeste; e **Sueli Terezinha do**
103 **Nascimento** – Ceará – Nordeste. **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE**
104 **MARÇO** - 1/mar. - Dia Mundial de Zero Discriminação. 3/mar. - Dia Mundial da Audição. 3/mar. -
105 Dia Mundial dos Defeitos Congênitos. 4/mar. - Dia Internacional de Conscientização sobre o
106 Papilomavírus Humano (HPV). 4/mar. - Dia Mundial da Atividade Física. 8/mar. - Dia
107 Internacional da Mulher. 9/mar. - Dia da Nefrologia. 10/mar. - Dia Nacional de Combate ao
108 Sedentarismo. 10 a 16/mar. - Semana Mundial do Glaucoma. 13/mar. - segunda quinta-feira do
109 mês de março - Dia Mundial do Rim. 15/mar. - Dia Mundial de Conscientização sobre a Covid
110 longa (2023 foi o primeiro ano). 16/mar. - Dia Nacional da Conscientização sobre as Mudanças
111 Climáticas. 18/mar. - Dia Mundial do Sono. 20/mar. - Dia Mundial da Saúde Bucal. 21/mar. - Dia
112 Internacional da luta contra a Discriminação Racial. 21/mar. - Dia Mundial da Infância. 21/mar. -
113 Dia Nacional da Síndrome de Down. 21/mar. - Dia Internacional contra a Discriminação Racial.
114 22/mar. - Dia Mundial de Água (OMS). 23/mar. - Dia Internacional da Síndrome de Down.
115 23/mar. - Dia Nacional de combate ao HTLV. 24/mar. - Dia Mundial de Combate à Tuberculose.
116 24 a 31/03 - Semana Nacional de Mobilização e Luta Contra a Tuberculose. 24/mar. - Dia

117 Internacional do Direito à Verdade sobre Graves Violações de Direitos Humanos. 26/mar. - Dia
118 Mundial de Conscientização da Epilepsia. 26/mar. Dia Mundial do Câncer de Colo de Útero.
119 27/mar. - Dia Nacional de Combate ao Câncer Colorretal. 30/mar. - Dia Mundial do Transtorno
120 Bipolar. 30/mar. - Dia Mundial da Juventude. 31/mar. - Dia Mundial da Saúde e da Nutrição.
121 **INDICAÇÕES – Atividades.** **1)** Convite da Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de
122 Minas Gerais, para participar da Plenária sobre a Política Estadual de Saúde das Mulheres, dia
123 26 de fevereiro de 2025. (Virtual). *Indicação (referendar):* conselheira **Vanja Andrea** (UBM),
124 coordenadora da CISMU. **2)** Convite da Comissão Especial para analisar os serviços
125 hospitalares do Rio Grande do Sul, para participar da Audiência Pública que visa debater e
126 analisar a situação dos hospitais e das propostas para equilíbrio financeiro e melhorias, dia 06
127 de março de 2025. (Virtual). *Indicação (referendar):* conselheiro **Getúlio Vargas**, CONAM,
128 integrante da Mesa Diretora do CNS. **3)** Convite da Secretaria Especial de Saúde Indígena –
129 SESAI, para compor a Mesa de Abertura do Seminário Saúde Indígena: Um SasiSUS para o
130 bem viver - Edição Norte I, dias 18 a 21 de março de 2025, em Manaus-AM. (Custeio CNS).
131 *Indicação (referendar):* conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, CNBB, integrante da Mesa
132 Diretora e coordenadora da CISI. **4)** Convite da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente,
133 para participar da mesa de abertura do Seminário Alusivo ao Dia Nacional de Enfrentamento
134 ao HTLV, dia 19 de março de 2025, Salvador-BA. (Reside na Bahia). *Indicação (referendar):*
135 conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, RNP+BRASIL. **5)** Convite da Saúde e
136 Racismo, para participar da Oficina Nacional de Apoio Estratégico em Saúde da População
137 Negra, dias 19 e 20 de março de 2025, em Brasília-DF. (Custeio Saúde e Racismo). *Indicação*
138 (*referendar*): conselheira **Michele Seixas de Oliveira**, ABL. **7)** Convite da Articulação dos
139 Povos indígenas do Brasil (APIB), para participar do Acampamento Terra Livre – ATL 2025,
140 dias 07 a 11 de abril de 2025, em Brasília-DF. (Estará em BSB pela RO). *Indicação*
141 (*referendar*): conselheiro **Rildo Mendes**, ARPIN-SUL, Coordenador da CISI. **8)** Convite do
142 Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo - COSEMS/SP e a
143 Prefeitura Municipal de Santos, para participar na Mesa de Abertura, dia 09 de abril de 2025 e
144 como Debatedora da Roda Temática “Participação da comunidade no SUS”, dia 10 de abril, em
145 Santos-SP. (Custeio COSEMS SP). *Indicação (referendar):* conselheira **Talita Garrido**,
146 ABRASTA. **9)** Convite da Pastoral da Saúde Nacional, para participar da Assembleia Nacional,
147 dentro do contexto de Práticas Integrativas em Saúde na qualidade de palestrante, e discorrer
148 sobre as PICS, informando aos agentes a necessidade de conhecimento integral, dia 23 de
149 maio de 2025, em Brasília-DF. (Custeio CNS). *Indicação (referendar):* conselheiro **Abrahão**
150 **Nunes da Silva**, CMP, coordenador da CIPPISPICS. *Comissões externas ao CNS.* **10)**
151 Alteração de representantes para composição da Comissão Técnica de Avaliação - CTA e do
152 Comitê Deliberativo - CD das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, no âmbito do
153 Complexo Econômico-Industrial da Saúde conforme seguem dados abaixo: a) Comissão
154 Técnica de Avaliação - CTA no âmbito do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Indicação*
155 (*referendar*): Titular: **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil, mantida. Suplente: **Debora**
156 **Melecchi**, FENAFAR em substituição a Silvana Nair (ENFAR), suplente. b) Comitê Deliberativo
157 - CD para o Desenvolvimento Produtivo. *Indicação (Referendar):* Titular: **Debora Melecchi**,
158 FENAFAR, substituindo Silvana Nair (ENFAR). Suplente: **Eduardo Maércio Fróes**, ABRALE,
159 mantido. **Deliberação: as indicações foram aprovadas por unanimidade.** **11)** Indicação para
160 a função de Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Nos termos do Art. 11,
161 XVIII, da Resolução nº 765, de 19 de dezembro de 2024, que dispõe sobre a aprovação do
162 Regimento Interno do CNS. Substituição de Ana Carolina Dantas Souza. *Indicação:* Jannayna
163 Martins Sales. A secretaria executiva do CNS, **Ana Carolina Dantas Souza**, anunciou sua
164 saída da função e, conforme previsão do artigo 11 da Resolução nº 765/2024, apresentou a
165 sra. Jannayna Martins Sales como indicada para sua substituição. Em sua manifestação,
166 compartilhou um relato pessoal e institucional de sua trajetória no CNS, iniciada em 2015 e
167 intensificada com o exercício da função de secretária executiva a partir de 2018. Destacou sua
168 gratidão pela oportunidade de ocupar esse espaço por sete anos, mencionando episódios
169 históricos vividos durante esse período, como a realização da 15ª Conferência Nacional de
170 Saúde, a conjuntura política adversa iniciada em 2016, os retrocessos nos espaços de
171 participação social e o atual momento de reconstrução democrática. Expressou
172 reconhecimento à presidente do CNS, conselheira Fernanda Magano, pelo apoio e parceria
173 institucional, assim como à equipe técnica do Conselho, citando Neide Rodrigues (*in*
174 *memorian*), Marco Aurélio e Gustavo Cabral. Ressaltou que a atuação no CNS foi marcada
175 pela dedicação, pela integração de equipe e pelo aprendizado mútuo com todas as pessoas
176 conselheiras. Agradeceu o acolhimento recebido ao longo de sua atuação e reiterou que,

embora deixe o cargo, seguirá contribuindo com o SUS a partir de nova posição no gabinete do Ministro da Saúde. Na sequência, a indicada à função de Secretaria Executiva do CNS, **Jannayna Martins Sales**, apresentou-se ao Plenário do Conselho, e relatou sua relação de longa data com o CNS e o Ministério da Saúde. Informou ser administradora, mestre em bioética, especialista em gestão do trabalho, gestão pública e monitoramento e avaliação. Destacou que iniciou sua trajetória profissional no próprio Conselho, em 1996, aos 16 anos, e que, desde então, transitou por diversos espaços do Ministério da Saúde, com atuação nas áreas de gestão do trabalho, atenção especializada e cooperação técnica. Afirmou que sua trajetória sempre esteve permeada pelo compromisso com a participação social e com os princípios do SUS, e que vê no CNS um espaço formador e político de referência. Relatou sua atuação como educadora popular no projeto “Participa Mais”, do próprio CNS, desde sua primeira edição em 2016, com ações de formação de conselheiros e lideranças sociais em todo o país. Encerrou sua fala agradecendo o acolhimento da presidente Fernanda Magano, reiterando seu compromisso com a continuidade institucional, com a escuta ativa e com o fortalecimento da participação social e do direito à saúde. Conselheira **Fernanda Magano**, Presidenta do CNS, manifestou-se emocionada diante da transição. Reconheceu a contribuição ímpar de Ana Carolina à frente da secretaria executiva, destacando sua firmeza, capacidade de condução e sensibilidade institucional. Salientou que a ida de Ana Carolina ao gabinete do ministro representa um ganho para o SUS, ainda que sua ausência seja sentida no cotidiano do Conselho. Reforçou a confiança na capacidade e na experiência de Jannayna Martins Sales para assumir a nova função, lembrando a importância de se cercar de mulheres competentes e comprometidas com a construção de uma sociedade igualitária. A seguir, procedeu à votação da indicada. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a indicação do nome de Jannayna Martins Sales para a Secretaria Executiva do CNS em substituição a Ana Carolina Dantas.** Em seguida, houve uma rodada breve de manifestações em agradecimento à Ana Carolina Dantas pelo trabalho desempenhado na Secretaria Executiva do CNS e de boas-vindas a Jannayna Martins Sales. **RELATÓRIO DA MESA DIRETORA** – O documento foi disponibilizado, mas não lido na reunião, por conta da exiguidade de tempo.

ITEM 3 – PROGRAMA BRASIL SAUDÁVEL: UNIR PARA CUIDAR - Apresentação: **Carla Almeida**, Comitê Interministerial para a Eliminação da tuberculose e de outras doenças determinadas socialmente - CIEDDS; **Draurio Barreira Cravo Neto**, diretor do Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis - DATHI/SVSA/MS; e conselheiro **João Alves do Nascimento Júnior**, coordenador da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS/CNS. Coordenação: conselheiro **Neilton Araújo de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, o coordenador da CIVS/CNS fez uma fala de saudação breve, explicando que a Comissão solicitara esta pauta, entendendo que o Conselho precisava conhecer o Programa, uma importante iniciativa de integração e de intersetorialidade. Dito isso, foi aberta a palavra para as apresentações, com leitura do currículo de cada uma das pessoas convidadas. O primeiro expositor foi o diretor do DATHI/SVSA/MS, **Draurio Barreira Cravo Neto**, que iniciou sua apresentação agradecendo o convite e lembrando que estivera no CNS, em 2011, oportunidade em que foi aprovada a Resolução CNS nº. 444, que, entre outros aspectos, apontava a necessidade de enfrentamento interdisciplinar para eliminação da tuberculose. Assim, manifestou satisfação por ter levado à Ministra de Estado da Saúde a referida Resolução e o Plano elaborado pelo Departamento. Contextualizando o tema dentro da Agenda 2030 para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável - ODS, destacou a Meta 3.3, que estabelece como compromisso internacional, até 2030, acabar com as epidemias de aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis. Em seguida, abordou as diretrizes centrais do Programa Brasil Saudável, destacando que se propõe a enfrentar doenças e infecções determinadas socialmente, a partir de cinco eixos estratégicos: 1) enfrentamento da fome e da pobreza; 2) redução das iniquidades e promoção dos direitos humanos com foco em grupos específicos; 3) fortalecimento da comunicação entre trabalhadores, movimentos sociais e sociedade civil sobre as vulnerabilidades envolvidas; 4) incentivo à ciência, tecnologia e inovação; e 5) ampliação da infraestrutura de saneamento básico e ambiental. Ressaltou que o Programa Brasil Saudável é interministerial, envolvendo ao todo quinze ministérios, entre eles os Ministérios da Saúde, Cidades, Educação, Direitos Humanos, Povos Indígenas, Mulheres, Meio Ambiente, Justiça, Igualdade Racial, Trabalho, Previdência, e outros. Essa estrutura reflete a complexidade das doenças que o programa busca enfrentar e a necessidade de uma ação transversal e

237 coordenada. Na fase atual, explicou, o programa encontra-se em etapa de implementação,
238 organizada em três frentes principais: 1) Atuação nos territórios (estados e municípios) – que
239 contempla visitas de prospecção e oficinas locais de planejamento, com o intuito de construir
240 diagnósticos compartilhados e desenhar respostas específicas de acordo com as realidades
241 locais; 2) Desenvolvimento de projetos estratégicos – com foco em financiamentos voltados à
242 eliminação de doenças em territórios delimitados, em curto espaço de tempo. Exemplificou com
243 projetos como a eliminação do tracoma entre povos indígenas, o circuito rápido de atendimento
244 para HIV em estágio avançado (AIDS), e a erradicação da transmissão vertical de doenças em
245 áreas de alta prevalência; e 3) Ações intersetoriais e interministeriais – que incluem
246 articulações com o Ministério da Justiça para melhorar o cuidado às pessoas privadas de
247 liberdade; com o Ministério do Desenvolvimento Social para integrar ações da Rede SUS-
248 SUAS; e com o Ministério das Cidades e o Ministério dos Direitos Humanos para alinhar ações
249 dos programas Moradia Cidadã e Minha Casa Minha Vida com os objetivos sanitários do PBS.
250 Ao aprofundar a abordagem sobre a tuberculose, traçou um panorama alarmante da doença.
251 Destacou que, mesmo sendo conhecida há milênios, com vacina disponível, múltiplas formas
252 diagnósticas (visualização do bacilo, testes imunológicos, moleculares etc.), terapias eficazes e
253 tratamento de alta eficácia, a tuberculose ainda é uma grave questão de saúde pública no
254 Brasil. Informou que o Brasil é o único país das Américas presente simultaneamente em duas
255 listas da OMS: países com alta carga de tuberculose e países com alta carga de coinfecção
256 TB-HIV. Atualmente, o país concentra 30% de todos os casos de TB nas Américas. Em 2023,
257 houve um aumento de 22% nos casos novos em comparação com 2020, e um crescimento de
258 32% na mortalidade pela doença no mesmo período. Ao tratar da determinante social da
259 tuberculose, apresentou dados de inquérito nacional que revelam que 48% das famílias
260 afetadas por TB e 78% das afetadas por TB resistente enfrentam custos catastróficos com o
261 tratamento. Informou que está em andamento um segundo inquérito nacional para aprofundar
262 esse diagnóstico socioeconômico. Reforçou que as populações em situação de maior
263 vulnerabilidade social são as mais expostas à doença, o que exige do Estado ações de
264 proteção social integradas e articuladas. Defendeu que, para eliminar a tuberculose, é
265 necessário criar parcerias amplas e intersetoriais, reconhecendo que a resposta não se dá
266 apenas no campo biomédico, mas também nos determinantes sociais da saúde. Na seção
267 dedicada às respostas da gestão, apresentou uma série de avanços recentes, entre os quais:
268 ampliação do diagnóstico molecular; melhoria da vigilância epidemiológica (incluindo uso do
269 SIMC e do e-SINAN, com foco em populações em situação de vulnerabilidade); expansão da
270 TPT (terapia preventiva da tuberculose); implementação de tratamentos e esquemas
271 profiláticos encurtados; lançamento de editais públicos com o CNPq e pelo próprio DATHI;
272 apoio a diversos projetos internacionais, como IMPAACT4TB, DNO, Seq&Treat e ExpandTPT;
273 e liberação de R\$ 100 milhões por meio de política de incentivo fundo-a-fundo. Apresentou
274 ainda as perspectivas para 2025, que incluem: aquisição de raios-X portáteis com inteligência
275 artificial (CAD4TB); nova alternativa profilática com o esquema 1HP; ampliação do diagnóstico
276 molecular em nível territorial; adoção de novo esquema terapêutico encurtado para TB
277 sensível; priorização do atendimento às populações em situação de maior vulnerabilidade;
278 ampliação das parcerias para proteção social e combate ao estigma e à discriminação.
279 Concluiu afirmando que o Programa Brasil Saudável representa uma virada estratégica na
280 política de saúde pública, pois visa integrar ações interministeriais com foco em eliminar
281 doenças de origem social, como a tuberculose e que sua efetividade dependerá da
282 manutenção do compromisso político, da articulação federativa e da escuta ativa aos territórios
283 e movimentos sociais. Além disso, é preciso buscar parcerias para eliminar essa doença,
284 priorizando as pessoas em situação de maior vulnerabilidade que possuem maior risco de
285 adoecimento. Em seguida, expôs a representante do Movimento de Tuberculose no CIEDDS,
286 **Carla Almeida**, com apresentação do posicionamento do Movimento de Tuberculose sobre o
287 tema. Iniciou sua manifestação salientando que, embora a tuberculose seja uma doença que
288 conta com prevenção, tratamento e cura, o Brasil ainda enfrenta graves desafios em seu
289 controle. De acordo com os dados mencionados na apresentação anterior, a incidência da
290 doença no país é de quase 40 casos por 100 mil habitantes, muito distante da meta do
291 Ministério da Saúde, de 6,7 casos por 100 mil habitantes. Apontou que a tuberculose continua
292 sendo um grave problema de saúde pública, afetando de forma desproporcional populações
293 pretas, pobres e periféricas, em especial aquelas historicamente marginalizadas, como
294 pessoas em situação de rua e população privada de liberdade. Reforçou que, nesse cenário, o
295 Programa Brasil Saudável representa uma resposta concreta às reivindicações do movimento
296 de tuberculose, que há anos demanda políticas públicas intersetoriais, interseccionais e

integradas, considerando os determinantes sociais do processo de adoecimento e morte. Considerou o Programa como algo inédito e de relevância internacional, com potencial para se tornar uma política de Estado. Destacou que a iniciativa não apenas contribuirá para a eliminação da tuberculose e outras doenças de determinação social, mas também para a construção de novos paradigmas nas políticas públicas de saúde. Nas suas palavras, esse tipo de "ousadia" só seria possível em um governo democrático, comprometido com a redução da pobreza, a melhoria da qualidade de vida e a garantia de direitos humanos, que valoriza a participação dos movimentos sociais na formulação de políticas inclusivas e participativas. Afirmou ainda que o Programa retoma princípios centrais da Reforma Sanitária e do conceito ampliado de saúde, entendida como bem-estar social. Disse que a Art TB considera o Brasil Saudável uma oportunidade concreta de mudar o cenário da tuberculose, sendo parte de um coletivo de movimentos que integra o CIEDDS, composto por organizações que atuam com as patologias contempladas no Programa. Contudo, apontou uma série de desafios e preocupações acumuladas nos dois anos de construção da iniciativa. Primeiro, observou que, embora o Brasil Saudável seja interministerial, ele tem sido conduzido quase exclusivamente pelo Ministério da Saúde, com pouca participação de outros ministérios. As ações de articulação e construção seguem centralizadas no MS, o que sobrecarrega a pasta e compromete a proposta de transversalidade. Além disso, criticou a fragilidade da articulação com estados e municípios, o que representa um risco à efetivação das ações nos territórios. Destacou que, embora o Programa preveja ações em 175 municípios prioritários, apenas quatro haviam concluído a etapa de planejamento local até o momento. Para ela, isso é preocupante, dado que restam apenas cerca de dezoito meses para consolidar os resultados ainda nesta gestão. Outro ponto central foi a crítica à forma como a participação comunitária tem sido tratada. Afirmou que os movimentos sociais só foram incluídos formalmente no decreto presidencial após forte mobilização e pressão junto ao Ministério da Saúde e à Secretaria-Geral da Presidência da República. Mesmo assim, segue pendente a publicação de uma portaria ministerial que garanta formalmente a participação dos movimentos nas etapas de planejamento e execução. Segundo destacou, ainda prevalece uma lógica que posiciona os movimentos sociais como meros validadores de decisões já tomadas, o que contraria a história desses movimentos e seu papel estruturante no SUS. Citou, entre os movimentos sociais envolvidos, o MOHAN, a Rede Nacional de Pessoas com HIV/AIDS, a Parceria Brasileira contra a Tuberculose, o Fórum de Doenças Negligenciadas, entre outros, e lamentou que a expertise dessas entidades esteja sendo subvalorizada. Reforçou que esses movimentos têm papel estratégico nas ações de mobilização, no diálogo com comunidades e no enfrentamento de estigmas e discriminações. Trouxe ainda um alerta importante sobre a invisibilidade da questão de gênero no programa. Apontou que, apesar de as mulheres constarem como grupo prioritário no documento de diretrizes do Brasil Saudável, as desigualdades de gênero são tratadas de forma secundária. Para ela, isso representa um erro estratégico, pois as violências estruturais, como machismo, racismo e heteronormatividade, impactam diretamente a saúde das mulheres. Criticou o fato de o tema ser abordado de maneira genérica, junto com outros grupos geracionais, como crianças e idosos, o que invisibiliza especificidades das iniquidades de gênero. Nas suas palavras, omitir ou minimizar essas desigualdades em um programa com a magnitude do Brasil Saudável representa uma forma de violência de gênero programática. Destacou ainda que muitas metas do programa, como a eliminação da transmissão vertical de doenças, envolvem diretamente o corpo das mulheres, que historicamente têm sido alvo de controle e dominação nas sociedades patriarcas. Concluindo sua fala, reiterou o compromisso dos movimentos sociais com a construção do Brasil Saudável, mas ressaltou a necessidade de políticas emancipadoras que garantam o protagonismo das mulheres. Propôs rever o eixo que trata de gênero e gerações, separando-os como marcadores distintos, para enfrentar adequadamente as desigualdades. Finalizou defendendo que o CNS acompanhe e monitore de forma sistemática o Programa, devido à transversalidade de suas temáticas. Disse acreditar que, embora os desafios sejam grandes, o Brasil Saudável tem potencial de se tornar um legado da atual gestão, transformando não só a política de saúde, mas também a vida das pessoas. Fez um agradecimento final e destacou, com tom crítico, que embora não acredite que o Brasil conseguirá eliminar a tuberculose como problema de saúde pública até 2030, continua acreditando no poder da utopia e no potencial do programa Brasil Saudável como instrumento de transformação. Concluídas as explanações, foi aberta a palavra para manifestações. Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza** falou da importância de políticas que enfrentem os determinantes sociais da saúde, citando o estigma sofrido por pessoas vivendo com HIV/AIDS, a exclusão do mundo do trabalho, insegurança alimentar,

entre outras dificuldades. Criticou o apagamento da AIDS na agenda pública e defendeu maior articulação com o Ministério das Cidades, especialmente em relação ao transporte público, como forma de garantir acesso ao tratamento e combater a estigmatização. Conselheiro **Carlos Alberto E. Duarte** destacou que a proposta do Brasil Saudável renova a esperança de cumprir o artigo 196 da Constituição Federal, tratando saúde como direito e responsabilidade do Estado. Ressaltou a importância do protagonismo das populações em situação de vulnerabilidade na construção das políticas públicas e sugeriu a criação de um grupo de trabalho no CNS para acompanhar o Programa. Também alertou para o impacto da COVID longa na tuberculose, solicitando atenção para essa interface. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** ressaltou que a pauta do Brasil Saudável é potente, mas desafiadora, dada sua abrangência e a diversidade dos territórios brasileiros. Reforçou o compromisso do Conselho com a dinamização do Programa, lembrando que muitos municípios têm baixa capacidade operacional e que é necessário fortalecer a articulação entre ministérios e a sociedade civil. Conselheira **Sibele de Lima Lemos** parabenizou a expositora por trazer o recorte de gênero, apontando a invisibilidade das mulheres nos dados apresentados. Defendeu que é preciso cuidar de quem cuida, ressaltando o papel central das mulheres como cuidadoras. Propôs uma articulação mais eficaz entre o CNS e os conselhos estaduais e municipais, para que os debates e pautas tenham capilaridade. Conselheira **Rosa Maria Anacleto** sentiu falta do recorte racial na apresentação do Programa e enfatizou que a população negra é a mais impactada pelas doenças de determinação social. Sugeriu que o Brasil Saudável inclua dados desagregados por raça e contribua para a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Conselheira **Débora Melecci** destacou a importância de articular o Brasil Saudável com a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Compartilhou a experiência do PNVS Comunidade, que tem atuado com universidades e comunidades em diversos territórios. Também reforçou a relevância da capilaridade dessas ações para efetivar o direito à saúde. Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva** trouxe um depoimento contundente sobre o impacto da tuberculose em pessoas em situação de rua. Relatou as dificuldades para manter o tratamento em condições tão precárias e criticou políticas que são construídas sem ouvir quem vive em situação de vulnerabilidade. Defendeu que não há Brasil saudável sem políticas públicas estruturantes como moradia, segurança alimentar e acesso à saúde. Conselheiro **Anselmo Dantas** destacou a relação da tuberculose com pobreza, exclusão e precarização. Afirmou que o Brasil ainda convive com cargas triplas de doenças (infecciosas, crônicas e causas externas) e que é preciso investir em promoção da saúde e dignidade. Reforçou que o SUS deve cuidar da vida, não apenas da doença. Conselheiro **Wallace Justino Silva Apurinã** fez um destaque à realidade crítica dos povos indígenas, especialmente na Região Norte. Fez uma crítica à fragilidade da atuação da SESAI e da pouca inserção da saúde indígena no Programa. Solicitou que o Conselho tenha maior atenção à saúde dos povos originários, incluindo os de recente contato e isolados. Conselheira **Márcia Bandini** reconheceu a relevância do Programa e da pauta no Conselho e apontou a necessidade de melhorar a comunicação entre a iniciativa e CNS, pois algumas entidades não estavam cientes de sua representação. Defendeu uma participação mais efetiva do CNS, para dar celeridade às ações e afirmou que é preciso mais articulação política e institucional para que o Programa avance. Finalizadas as falas, as pessoas convidadas fizeram comentários a respeito. A representante dos movimentos sociais no CIEDDS, **Carla Almeida**, destacou a importância de ampliar o debate para além do Conselho, envolvendo outros conselhos e comitês vinculados a diferentes ministérios, com o objetivo de fortalecer a participação social na construção do Programa. Reforçou que há consenso entre gestão e sociedade civil sobre o impacto direto dos marcadores sociais — como raça, gênero e classe — no adoecimento e na mortalidade por tuberculose. Ressaltou, em especial, a vulnerabilidade de mulheres negras e em situação de rua, defendendo que as iniquidades de gênero sejam tratadas como eixo estruturante do Programa, e não como questão secundária. Criticou a ausência inicial do Ministério das Mulheres no CIEDDS e defendeu a inclusão efetiva dos movimentos sociais em todas as etapas do Programa. Afirmou que a escuta não é suficiente, sendo necessário garantir o protagonismo desses atores. Finalizou reiterando o compromisso dos movimentos sociais com o Brasil Saudável, lembrando que a iniciativa se relaciona diretamente com políticas identitárias e que há pouco tempo restante para consolidar suas ações. Colocou os movimentos à disposição para aprofundar o debate e contribuir com a implementação. O diretor do DATHI/SVSA/MS, **Draurio Barreira Cravo Neto**, agradeceu as críticas, sugestões e reconheceu que o Programa está em construção. Explicou que os dois anos mencionados foram de concepção e articulação sem orçamento e que agora, com o orçamento prestes a ser

votado, haverá avanço concreto. Destacou que o documento-base do Programa passou por consulta pública e recebeu centenas de contribuições. Reconheceu que há espaço para melhorias, inclusive quanto à participação de outros ministérios, como o das Mulheres. Citou articulações com os Ministérios dos Direitos Humanos e das Cidades para garantir moradia à população afetada. Por fim, defendeu que o Programa não é apenas sobre doenças, mas sobre bem-estar e promoção da saúde. Definido esse ponto, às 12h30, a mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras:
Titulares - **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Carmem Silvia Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **José Ramix de Melo Pontes Junior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Luiz Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Marcia Cristina das Dores Bandini**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde (MS); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos – Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto**, Retina Brasil; **Vanessa Suzana Costa**, Federação Nacional das APAES (FENAPAES); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); e **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF. **Suplentes** – **Aila Vanessa de Souza**, Ministério da Saúde; **Alessandra Regina Brito**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA); **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **André Luiz Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde (MS) **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFED); **Carlos Fidelis da Ponte**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Cleonice Caetano Souza**, União Geral dos Trabalhadores (UGT); **Edna Maria dos Anjos Mota**, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Elídio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Flávia Mazitelli de Oliveira**, Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO); **João Pedro Santos da Silva**, Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); **José Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT); **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional População de Rua (MNPR); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Karina Hamada Iamasaqui Zuge**, Aliança Distrofia Brasil (ADB); **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI; **Marcos Vinícius Soares Pedrosa**, Ministério da Saúde (MS); **Maria do Carmo Andrade Filha**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Saúde Indígena (SINDCOPSI); **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); **Odete Messa Torres**, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT); **Rosângela Dornelles**, Associação Brasileira de Apoio e Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 - Associação Vida e Justiça; **Sibele de Lima**

477 **Lemos**, Coletivo de Proteção à Infância Voz Materna (CPI Voz Materna); **Talita Garrido de**
478 **Araújo**, Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Thâmara Gonçalves dos Reis**,
479 Conselho Federal de Biologia (CFBIO); **Valcier Rangel Fernandes**, Ministério da Saúde – MS.
480 Retomando, às 14h10, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 - SAÚDE DA**
481 **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA** - Apresentação: **Joana**
482 **Darc Bazilio da Cruz**, Coordenadora do Movimento Nacional da População em Situação de
483 Rua - MNPR; **Veridiana Farias Machado**, assessora da Área Técnica de Saúde da População
484 em Situação de Rua, Núcleo de Equidades - CAEQ/DAPS/SMS/RS; **Lilian Silva Gonçalves**,
485 Coordenadora do Acesso e Equidade/SAPS/MS; e conselheiro **José Vanilson Torres da**
486 **Silva**, representante do MNPR no CNS e coordenador ajunto da Comissão Intersetorial de
487 Saúde Mental – CISM/CNS. Coordenação: conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da
488 Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. A
489 coordenação da mesa convidou as pessoas convidadas e fez a leitura do currículo de cada
490 uma delas, para conhecimento. Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**, representante do
491 MNPR no CNS e coordenador ajunto da CISM/CNS, iniciou sua fala reconhecendo a relevância
492 do espaço de debate sobre o acesso da população em situação de rua à atenção primária em
493 saúde, destacando que, embora essa seja a principal porta de entrada do SUS, para quem vive
494 nas ruas, essa porta muitas vezes permanece fechada. Apontou que a exclusão ocorre não
495 apenas nas unidades básicas de saúde, mas também nos hospitais e demais serviços, sendo
496 agravada pela falta de compreensão sobre quem são essas pessoas. Ressaltou que pessoas
497 em situação de rua têm histórias, vivências e condições de saúde diversas, e não devem ser
498 reduzidas ao estigma do uso de substâncias. Compartilhou sua experiência pessoal nas ruas e
499 destacou as dificuldades para realizar, por exemplo, um tratamento de tuberculose sem acesso
500 à água potável ou alimentação adequada, elementos básicos muitas vezes inacessíveis nas
501 ruas. Lembrou que o Decreto nº 7.053/2009**, que instituiu a Política Nacional para a
502 População em Situação de Rua, foi fruto de articulações iniciadas ainda em 2006 com o então
503 Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva. Contudo, enfatizou que os direitos
504 garantidos no decreto continuam sendo negados, inclusive no campo da saúde. Citou
505 obstáculos estruturais como a falta de moradia e o preconceito institucional, destacando o
506 impacto do racismo estrutural e da aporofobia (aversão à pobreza), que se manifestam
507 inclusive em práticas como a internação compulsória. Defendeu a necessidade de que a
508 atenção primária esteja efetivamente aberta à população em situação de rua, com acolhimento
509 integral, escuta qualificada e respeito à dignidade humana. Também destacou que 70% dessa
510 população é composta por pessoas negras, o que revela a marca profunda do racismo na
511 exclusão social. Finalizou sua fala valorizando o papel do CNS na defesa da vida,
512 especialmente durante a pandemia, e afirmou que a prevenção e o cuidado integral só serão
513 possíveis com políticas públicas intersetoriais, que articulem moradia, trabalho, renda e
514 respeito aos direitos humanos. Na sequência, a assessora da AEQ/DAPS/SMS/RS, **Veridiana**
515 **Farias Machado**, abordou a relevância dos consultórios na rua como dispositivos da atenção
516 primária voltados a atender essa população no território. Destacou que esse serviço, originado
517 na saúde mental, possui grande potência, todavia, ainda havia grande resistência e dificuldade
518 da rede de atenção primária em acolher efetivamente essa população. Salientou que esse fato
519 se refletia em falhas na integralidade do cuidado, como, por exemplo, oferta insuficiente de
520 alimentação para pessoas em tratamento de tuberculose. Também manifestou preocupação
521 com a fragmentação das políticas públicas e a ausência de ações consistentes por parte de
522 setores como habitação, trabalho e cultura, que frequentemente comparecem aos comitês
523 apenas para "cumprir agenda", sem oferecer respostas efetivas. Também chamou atenção
524 para a invisibilidade de temas como habitação, trabalho e renda, pautas essenciais para a
525 população em situação de rua. Destacou ainda as barreiras relacionadas à saúde mental,
526 sobretudo diante da presença de pessoas com transtornos psiquiátricos graves vivendo há
527 anos nas ruas sem qualquer acompanhamento. Criticou a ausência de políticas de
528 desinstitucionalização e questionou a falta de acolhimento para essa população por parte dos
529 serviços existentes, inclusive os residenciais terapêuticos. Além disso, problematizou a
530 ausência de dados atualizados sobre a população em situação de rua e reivindicou que o
531 campo de registro no e-SUS passasse a ser obrigatório, uma vez que o IBGE não contabilizava
532 esse segmento e que o Cadastro Único - CadÚnico não alcançava todos os casos,
533 especialmente os mais severos. Relatou ainda que, diante de enchentes e desastres climáticos
534 recentes no Rio Grande do Sul, muitas pessoas passaram a viver nas ruas. Também propôs
535 que o Conselho ajudasse a articular um grupo de trabalho intersetorial para debater questões
536 urgentes, como o acolhimento pós-alta hospitalar de pessoas em situação de rua, a integração

entre assistência e saúde, e a necessidade de serviços híbridos que garantissem cuidado contínuo. Defendeu maior presença da saúde mental nas instâncias de formulação de políticas públicas e enfatizou que a saída da rua exigia tratamento, acompanhamento e integração em programas sociais, como benefícios de renda e moradia. Em seguida, a coordenadora do MNPR/DF e vice-presidenta do Comitê Intersetorial de Acompanhamento da Política Nacional para essa população, **Joana Darc Bazilio da Cruz**, abordou a relação entre saúde e dignidade a partir de sua trajetória pessoal nas ruas. Relatou as dificuldades que enfrentou no acesso a exames básicos e ao atendimento em unidades de saúde quando vivia em situação de rua. Enfatizou que, embora existisse o serviço de consultório na rua, ele ainda era insuficiente diante das múltiplas demandas desse grupo. Apontou que as unidades básicas de saúde nem sempre acolhiam gestantes em situação de rua, e que muitas mulheres sofriam rejeição e desrespeito ao buscar atendimento. Destacou o papel do consultório na rua como serviço diferenciado e mais sensível às especificidades desse público, mas reforçou que era necessário fortalecer a política, de modo a torná-la permanente e ampliar sua presença nos territórios. Também chamou atenção para a urgência de integrar saúde física e mental e para a presença sistemática de situações graves enfrentadas pela população em situação de rua, como violências, conflitos e adoecimentos diversos. Reivindicou mais serviços, mais cuidado e mais respeito, reafirmando que a saúde deveria ser reconhecida como direito fundamental de todas as pessoas, inclusive daquelas em situação de rua. A expositora **Lilian Silva Gonçalves**, coordenadora da área de Acesso e Equidade/SAPS/MS, apresentou um panorama das ações em curso voltadas à saúde da população em situação de rua. Iniciou sua exposição destacando a formulação do Plano Nacional “Ruas Visíveis – Saúde”, uma iniciativa que buscava garantir proteção e cuidado a essa população a partir da ampliação e qualificação da rede de serviços, da capacitação dos profissionais de saúde e da articulação intersetorial entre políticas públicas. Informou que uma das metas centrais do plano era a ampliação para 660 equipes de Consultório na Rua - eCR até dezembro de 2027, com inclusão de agentes sociais com trajetória de rua. Para tanto, apresentou os dados orçamentários: um total previsto de R\$ 236 milhões entre 2024 e 2026, sendo que R\$ 78,6 milhões foram investidos apenas no ano anterior. Destacou que, até março de 2025, haviam sido pagas 289 eCR, totalizando um repasse de R\$ 8.279.000,00. Ressaltou que o número de municípios com equipes credenciadas de Consultório na Rua havia aumentado 61% desde dezembro de 2022, passando de 126 para 206 cidades, abrangendo todas as 27 Unidades Federativas. Informou que, naquele momento, havia 334 equipes credenciadas no país, um aumento de 65% em relação ao período inicial, e que 289 delas já estavam implantadas, o que correspondia a um crescimento de 59%. Em seguida, apresentou os avanços relacionados ao Programa Mais Médicos, destacando sua integração às equipes de Consultório na Rua, como medida adotada na atual gestão federal. Informou que havia 93 médicos ativos atuando em 76 municípios, assegurando o atendimento médico à população em situação de rua e que o investimento mensal por profissional era de R\$ 14.058,00. Em março de 2025, o total investido nessas equipes foi de R\$ 1.307.394,00. Também abordou a formação de 5 mil profissionais de saúde que atuam diretamente no cuidado às pessoas em situação de rua, em diferentes municípios do país. Explicou que essa formação visava qualificar práticas profissionais, fomentar o trabalho interprofissional, fortalecer a abordagem territorial, a construção de redes colaborativas e a educação popular em saúde. O curso estava em fase de planejamento e construção de materiais pedagógicos, com execução sob responsabilidade da Fiocruz e previsão de início das primeiras turmas no segundo semestre de 2025. O orçamento total previsto era de R\$ 14,6 milhões, sendo que a primeira parcela, de R\$ 1,6 milhão, já havia sido repassada, com a segunda em andamento. Informou, ainda, que a SAPS/MS estava conduzindo o processo de elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua, com prazo para finalização em julho de 2025. Explicou que essa construção vinha sendo realizada por meio do Comitê Técnico específico, restituído em agosto de 2023, e que já haviam sido promovidas oficinas para subsidiar o texto da política. A rearticulação do Comitê foi formalizada pela Portaria GM nº 3.155, de 13 de março de 2024, e o grupo havia realizado duas reuniões ordinárias e três extraordinárias. Ainda nas ações, destacou a regulamentação da composição dos "kits de dignidade menstrual" e formação de agentes dos equipamentos de atendimento à população em situação de rua, salientando que somente no ano de 2024, 2.193.012 pessoas dos diversos grupos prioritários haviam sido beneficiadas. Informou que tramitava no Ministério a Recomendação nº 1, de 30 de julho de 2024, emitida pelo CIAMP-Rua Nacional, com orientações para garantir o acesso da população em situação de rua aos programas de saúde. Disse que as equipes técnicas já trabalhavam na

597 construção de alternativas para atender à recomendação. Além disso, apresentou o projeto-
598 piloto do Programa Moradia Cidadã, prevendo 150 unidades habitacionais com prioridade para
599 famílias com crianças e mulheres gestantes, e orçamento de R\$ 3.745.975,74. Afirmou que o
600 Ministério da Saúde aguardava posicionamento dos ministérios parceiros (MDHC, MDS e
601 MJSP) quanto à localização das moradias, de forma a viabilizar o referenciamento junto aos
602 serviços de saúde. Apontou ainda a articulação em andamento para a formalização de termo
603 de cooperação técnica com o Observatório de Políticas Públicas para População em Situação
604 de Rua, voltado à análise, produção e sistematização de dados de saúde. Entre as demais
605 ações já iniciadas, destacou: a qualificação das fichas e-SUS APS e CadSUS para aprimorar o
606 registro dessa população; a construção de proposta de transporte equipado para as equipes de
607 Consultório na Rua; o início da discussão para atualização da portaria de organização e
608 funcionamento das eCR; e a elaboração de indicadores específicos para acompanhamento da
609 atuação das eCR. Por fim, apontou que era necessário ampliar o debate sobre como organizar
610 os serviços de cuidado no pós-alta hospitalar, especialmente considerando as necessidades da
611 população em situação de rua, que frequentemente carece de local adequado para
612 recuperação. Afirmou que essa lacuna exigia articulação intersectorial urgente, e reforçou a
613 disposição da SAPS em colaborar com o Conselho e com os demais atores envolvidos na
614 construção de políticas públicas mais efetivas para essa população. Concluídas as
615 apresentações, foi aberta a palavra para manifestações do Plenário do Conselho. Conselheira
616 **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa** iniciou parabenizando a elaboração da Política
617 Nacional para a População em Situação de Rua e propôs que fosse incluída atenção específica
618 às pessoas idosas encontradas perdidas nas ruas, muitas vezes com sinais de demência ou
619 transtornos mentais, e sem nenhum serviço de acolhimento adequado. Relatou que, como
620 integrante do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa do Pará, recebia diversos
621 contatos sobre casos assim e observava a ausência de respostas eficazes. Defendeu a criação
622 de um serviço híbrido entre saúde, assistência social e segurança pública, capaz de fazer
623 busca ativa e mediação com as famílias, pois, segundo relatou, os consultórios na rua não
624 estavam estruturados para esse atendimento. Conselheira **Helenice Yemi Nakamura** reforçou
625 a importância da articulação em rede no atendimento à população em situação de rua.
626 Considerou que, embora o Consultório na Rua fosse um dispositivo potente, era essencial
627 garantir o envolvimento da atenção básica, da assistência social (CRAS), da saúde mental
628 (CAPS), da urgência e emergência, além de alternativas para o pós-alta. Sugeriu o uso de
629 tendas e barracas como estratégia temporária de acolhimento, e defendeu a inclusão de
630 profissionais diversos nas equipes, como educadores físicos, sociais, agentes comunitários.
631 Enfatizou que o cuidado não poderia se limitar à saúde, mas deveria incluir moradia, direitos
632 humanos e políticas sociais articuladas. Conselheiro **Getúlio Vargas Júnior** parabenizou os
633 expositores pelas abordagens e salientou que a falta de moradia era o ponto inicial da violação
634 de outros direitos, e que o Estado brasileiro figurava como o maior violador desses direitos.
635 Apontou casos em que pessoas em situação de rua eram impedidas de acessar UBSs e
636 encaminhadas para unidades periféricas distantes. Ressaltou que a negação de direitos como
637 educação, assistência e alimentação resultava em adoecimento, e que era necessário cobrar
638 dos gestores municipais e estaduais a efetiva aplicação da política nacional construída
639 coletivamente. Conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello** afirmou que, mais do que
640 invisibilidade, a população em situação de rua era hoje considerada indesejada. Denunciou
641 ações de prefeituras que expulsavam pessoas das cidades, transportando-as
642 compulsoriamente para outras localidades sem vínculos. Disse que a segurança pública, em
643 vez de proteger, vinha se aliando a essa lógica de repressão. Reafirmou que não era possível
644 pensar saúde sem considerar assistência social, habitação e proteção dos direitos humanos, e
645 defendeu o envolvimento da segurança pública como garantidora de direitos, e não como
646 agente de coerção. Conselheiro **José Vanilson Torres** fez uma fala na condição de
647 representante do MNPR no CNS, reforçando que mesmo as UBS referenciadas pelas equipes
648 do Consultório na Rua frequentemente negavam atendimento à população em situação de rua.
649 Relatou casos em que pessoas eram recusadas em serviços de saúde com o argumento de
650 que deveriam ser atendidas apenas pelos consultórios na rua, como se o SUS fosse
651 segmentado. Denunciou a dificuldade de acesso a itens básicos como absorventes menstruais,
652 devido a protocolos burocráticos incompatíveis com a realidade da rua. Criticou o Programa
653 “Ruas Visíveis”, que considerou ineficaz até então, destacando que as ações concretas vinham
654 do Colaboratório Nacional PopRUA e da SAPS, e não da estrutura geral do programa. Disse
655 que a população em situação de rua não queria “esmola”, mas respeito e entregas efetivas.
656 Concluiu com fortes depoimentos sobre as marcas da exclusão, relatando casos de negligência

657 no atendimento em saúde e afirmando que essa população não era invisível, mas incômoda
658 para muitos – e por isso precisava resistir e continuar lutando por dignidade. Conselheira
659 **Sibele de Lima Lemos** destacou a relação entre saúde e assistência social e relatou que, em
660 sua cidade, um importante equipamento da assistência havia sido desativado no início do ano,
661 comprometendo o cuidado à população em situação de rua. Criticou o fato de que, mesmo
662 havendo repasses de recursos após a enchente no Rio Grande do Sul, o investimento não
663 chegava onde era necessário. Destacou que não se tratava apenas de falta de verba, mas da
664 forma como os recursos eram distribuídos. Conselheiro **Carlos Alberto E. Duarte** limitou sua
665 fala à atenção primária, afirmando que ela simplesmente não existia para a população em
666 situação de rua. Denunciou que o acesso era barrado já na entrada das unidades de saúde,
667 muitas vezes por vigilantes, baseados em preconceitos ou ordens superiores. Questionou a
668 eficácia das capacitações e do investimento em equipes, apontando a elevada rotatividade de
669 profissionais em sua cidade, consequência da privatização das UBSs. Denunciou a lógica de
670 higienização urbana, que visava “limpar” as ruas da presença dessas pessoas, e lamentou o
671 pouco tempo reservado para debater um tema de tamanha relevância, entendendo que é
672 preciso garantir escuta às demandas desse segmento. Conselheiro **Anselmo Dantas** destacou
673 que cerca de 70% da população em situação de rua se concentrava nas regiões Sul e Sudeste
674 do país, particularmente em grandes centros urbanos. Chamou atenção para a invisibilidade
675 dessa população nas estatísticas e resgatou referências filosóficas e históricas para denunciar
676 o que classificou como “apartheid social brasileiro”. Afirmou que o Estado seguia excluindo
677 cidadãs e cidadãos de direitos fundamentais e que a República, fundada na dignidade humana,
678 não poderia permitir tais violações. Ressaltou que a vida era um direito inalienável e que todos
679 os poderes da República tinham o dever de garantí-la. Conselheira **Lucimary Santos Pinto**
680 parabenizou a mesa pelo debate e denunciou o aumento visível da população em situação de
681 rua no setor comercial sul do Distrito Federal, especialmente após a pandemia e a crise social.
682 Apontou que essas pessoas seguiam ignoradas pelas autoridades e pela sociedade, sofrendo
683 abandono e criminalização. Disse que, embora muitos governos investissem pesadamente em
684 propaganda, não havia campanhas públicas sobre a população em situação de rua. Defendeu
685 que toda a sociedade deveria reconhecer essas pessoas como sujeitos de direitos - à moradia,
686 à saúde e à dignidade - em pé de igualdade com os demais cidadãos. Conselheiro **José**
687 **Ramix de Melo Pontes Júnior** afirmou que a pauta da população em situação de rua não dizia
688 respeito apenas a esse segmento, mas a toda a sociedade. Defendeu que o Conselho
689 assumisse o compromisso institucional com essa causa, não deixando apenas os movimentos
690 sociais responsáveis por sua defesa. Relatou que, no âmbito da Comissão Intersetorial de
691 Políticas de Promoção da Equidade CIPPE/CNS, a pauta era considerada central, por
692 reconhecer que a discriminação e a violência direcionadas a essa população resultavam em
693 morte e adoecimento. Reforçou a necessidade de acesso integral e humanizado à saúde, e
694 como encaminhamento, propôs que o Conselho participasse da construção da Política
695 Nacional de Saúde para a População em Situação de Rua, inclusive com representação no
696 seminário previsto para os dias 28 e 29 de abril. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**
697 enfatizou a necessidade de proteção integral às crianças, adolescentes e idosos em situação
698 de rua. Relatou a ausência de serviços de acolhimento de qualidade para esses grupos e
699 compartilhou experiências com idosos indígenas abandonados em hospitais. Criticou o decreto
700 recém-publicado pelo Governo do Distrito Federal que autorizava a internação compulsória de
701 usuários de álcool e outras drogas. Apontou a falta de dados sobre essa população nas
702 pesquisas do IBGE e a carência de políticas habitacionais adequadas. Defendeu melhorias no
703 acesso a serviços de saúde, educação, segurança pública, trabalho e assistência social, com
704 fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Também destacou a necessidade de
705 combater a precariedade menstrual. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do
706 CNS, agradeceu as pessoas expositoras pela condução do debate e parabenizou
707 especialmente Joana D'Arc, Lilian Silva e Veridiana Farias por suas trajetórias de luta.
708 Reforçou que, sem intersetorialidade, as políticas públicas não atingiriam os objetivos
709 esperados. Trouxe como exemplo a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, cuja
710 convocação intersetorial havia buscado responder à complexidade das demandas da
711 população em situação de rua. Criticou o uso das comunidades terapêuticas e da internação
712 compulsória como resposta à vulnerabilidade social e defendeu políticas públicas integradas,
713 com foco em moradia, trabalho, saúde e assistência. Conselheiro **Maurício Cavalcante**
714 **Filizola** destacou a atuação do “Sistema S” (SESC e SENAC) em ações sociais e de formação
715 profissional e sugeriu que as experiências com os programas “Odonto SESC” e “Saúde da
716 Mulher”, desenvolvidos com carretas móveis em parceria com prefeituras, pudesse ser

717 compartilhadas com o Ministério da Saúde como exemplo de ações de saúde itinerante.
718 Colocou o sistema à disposição para colaborar na promoção da saúde pública e no
719 atendimento à população em situação de rua, defendendo que essa era uma responsabilidade
720 coletiva. Conselheira **Márcia Cristina Bandini** manifestou-se brevemente para ceder parte de
721 seu tempo ao conselheiro José Vanilson, mas registrou sua fala reforçando a necessidade de
722 articulação mais efetiva entre os consultórios na rua e a atenção primária. Disse que, embora a
723 inclusão dos consultórios no Programa Mais Médicos fosse importante, a medida ainda era
724 insuficiente e lamentou que as unidades básicas de saúde seguissem com as portas fechadas
725 para essa população. Relatou sua experiência como supervisora do Programa Mais Médicos,
726 onde presenciou a exigência de comprovante de residência como barreira de acesso.
727 Perguntou ao Ministério da Saúde quais ações estavam sendo feitas junto ao CONASEMS
728 para flexibilizar essa exigência, entendendo que o direito à saúde deveria ser garantido
729 independentemente do endereço formal. Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva** interveio
730 novamente para informar que os movimentos sociais se reuniram com a então Ministra de
731 Estado da Saúde, Nísia Trindade, e, na oportunidade, foram entregues diversas pautas
732 prioritárias, incluindo a implementação de serviços para cuidados no pós-alta hospitalar. Disse
733 que a Ministra havia se comprometido a dar encaminhamentos, delegando tarefas a sua equipe
734 técnica, e que, com a mudança na gestão, esperava-se continuidade do diálogo com o novo
735 ministro. Reafirmou que a união era essencial para seguir avançando. Conselheiro **Moyses**
736 **Longuinho Toniolo de Souza** abordou as especificidades da população vivendo com HIV/Aids
737 em situação de rua. Levantou questões sobre como essas pessoas conseguiam armazenar
738 seus medicamentos, manter a alimentação necessária para lidar com os efeitos colaterais e
739 proteger-se de infecções e agravamentos. Destacou a realidade de gestantes vivendo com HIV
740 nas ruas, sem condições mínimas de segurança alimentar, nem acesso a apoio para manter o
741 tratamento. Defendeu que a resposta do poder público fosse livre de culpabilização, estigmas
742 ou aporofobia, e alertou contra medidas higienistas que expulsassem pessoas das ruas para
743 “limpar a cidade”, especialmente em períodos festivos como o carnaval. Reforçou que era
744 preciso garantir saúde integral com dignidade. Concluídas as manifestações, foi aberta a
745 palavra para resposta das pessoas convidadas. A Coordenadora do Acesso e
746 Equidade/SAPS/MS, **Lilian Silva Gonçalves**, iniciou destacando que o direito à saúde,
747 conforme previsto na Constituição Federal e operacionalizado pelo SUS, depende da
748 articulação com outras políticas sociais. Ressaltou que o cuidado integral da população em
749 situação de rua exige uma abordagem interseccional, que considere diferentes marcadores
750 sociais, como gênero, raça, orientação sexual, origem étnica, nacionalidade e situação jurídica.
751 Enfatizou que o SUS, ao propor a intersetorialidade como diretriz, assume a responsabilidade
752 de provocar a articulação com outros setores, mas depende da adesão e do compromisso das
753 gestões estaduais e municipais para a efetivação das políticas. Reconheceu a existência de
754 entraves no acesso à atenção primária por parte da população em situação de rua, como a
755 exigência indevida de comprovante de residência, o desconhecimento técnico sobre a
756 cobertura do Consultório na Rua e a ausência de ações de acolhimento e cuidado nos
757 territórios. Alertou que tais práticas contrariam normativas do Ministério da Saúde e configuram
758 obstáculos inadmissíveis à universalidade do SUS. Mencionou o esforço da atual gestão
759 federal para retomar a participação social na formulação e execução das políticas públicas, por
760 meio da reconstrução dos comitês e da ampliação dos espaços de escuta ativa, e anunciou
761 que o Ministério da Saúde está comprometido em entregar, até o final de 2025, a Política
762 Nacional de Atenção Integral à População em Situação de Rua. Também ressaltou a
763 necessidade de envolver outros ministérios na resposta a essa agenda, como os da Justiça,
764 Direitos Humanos, Desenvolvimento Social e Cidadania, reconhecendo que muitas demandas
765 extrapolam o setor da saúde. Defendeu que é preciso mobilizar os conselhos de saúde, o
766 CONASS, o CONASEMS e as gestões locais para enfrentar as resistências e garantir a
767 implementação dos serviços de cuidado, sobretudo na atenção básica e na saúde mental.
768 Destacou que o Ministério tem desenvolvido instrumentos de orientação técnica e apoiado
769 institucionalmente os municípios, reforçando que a formação de profissionais e gestores deve
770 incluir as especificidades da população em situação de rua. Concluiu reiterando o compromisso
771 do Ministério da Saúde com as pautas de equidade, reconhecendo-as como prioritárias para o
772 governo. Em seguida, a Coordenadora do MNPR, **Joana Darc Bazilio da Cruz**, afirmou que o
773 ponto de partida das políticas públicas deve ser o respeito à dignidade humana. Defendeu que,
774 diante da incapacidade do Estado em garantir moradia, emprego e renda para todas as
775 pessoas, o mínimo que se espera é a oferta de condições básicas de vida àqueles que
776 permanecem nas ruas. Ressaltou que, na ausência de soluções estruturantes, o Estado deve

garantir dignidade mesmo na permanência na rua, respeitando os territórios ocupados e evitando ações de remoção e repressão. Criticou a distância entre o discurso técnico e a vivência concreta das pessoas em situação de rua, e alertou que, muitas vezes, a tecnicidade das políticas afasta os profissionais do olhar humano necessário para construir respostas eficazes. Destacou que o acesso a itens mínimos, como banheiro, alimentação e local seguro para dormir, ainda está longe de ser garantido. Concluiu reforçando que o reconhecimento das pessoas em situação de rua como sujeitos de direitos e a escuta qualificada de suas demandas devem ser premissas das políticas públicas. Por fim, a assessora/CAEQ/DAPS/SMS/RS, **Veridiana Farias Machado**, destacou as contradições do Estado brasileiro, que por vezes reprime e marginaliza a pobreza, ao mesmo tempo em que possui estruturas voltadas ao cuidado. Relatou experiências em que equipes intersetoriais conseguiram construir, com base no vínculo, no respeito e no tempo das pessoas, possibilidades reais de saída da situação de rua. Defendeu que tais experiências positivas precisam ser mais visibilizadas, valorizadas e sistematizadas. Destacou o papel fundamental dos movimentos sociais como espaços de fortalecimento de sujeitos e construção de trajetórias de autonomia. Reiterou sua disposição para colaborar com o Conselho na criação ou no fortalecimento de grupos de trabalho voltados à organização das ofertas de cuidado, com vistas à superação das desigualdades e à promoção da dignidade das pessoas em situação de rua. Na sequência, a mesa agradeceu as pessoas convidadas e passou aos encaminhamentos deste ponto. **Encaminhamento: o Pleno decidiu remeter as sugestões que surgiram no debate às comissões intersetoriais do CNS (de Saúde Mental – CISM; de Saúde nos Ciclos de Vida; de Atenção Básica à Saúde – CIABS; e de Políticas de Promoção da Equidade – CIPPE) para debate. O resultado dos debates será levado ao Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua/MS.** As propostas são as seguintes: a) dialogar com todos os atores envolvidos para integrar a população em situação de rua nos programas de assistência à saúde (foi sugerida a criação de Grupo de Trabalho para essa finalidade); b) em conjunto com o Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde, discutir a integração dos serviços voltados a essa população; c) garantir incidência do CNS na construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua, ampliando a participação do CNS neste processo; e d) conhecer o Programa de Atendimento à População em Situação de Rua, do SESC, na linha de promover troca de experiências e buscar contribuições para a saúde pública. Com essa definição, a mesa agradeceu novamente a presença das pessoas convidadas e convidou a coordenação do próximo item da pauta. **ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT – Informes.** Apresentações dos pareceres de processos de autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde - Apresentação: conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da CIRHRT/CNS; e conselheiro **João Pedro Santos da Silva**, coordenador adjunto da CIRHRT/CNS. Coordenação: conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS. Iniciando este ponto de pauta, a coordenadora da CIRHRT/CNS apresentou os seguintes informes gerais, para conhecimento do CNS: **1)** Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs: as DCNs de cursos da área da saúde (como Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional) já haviam sido discutidas e aprovadas pelo CNS, mas ainda aguardavam homologação pelo Ministério da Educação - MEC. O processo de revisão das DCNs de Medicina estava em andamento, com diferentes propostas em discussão, sendo uma delas conduzida por entidades médicas e outra por um grupo de especialistas indicado pelo MEC, esta última sem menção ao SUS ou à medicina de família; **2)** Formação para a Saúde Indígena: a CIRHRT fora convidada a participar da 117ª reunião da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, que terá como tema a formação de profissionais para atuação junto aos povos indígenas. A comissão elaborou uma proposta de debate e o resultado será apresentado ao Pleno do CNS; e **3)** Educação a Distância - EaD: o processo de construção do marco regulatório da EaD no ensino superior, iniciado por portaria de 2022 está em andamento, foi retomado pelo atual governo, com consulta pública e participação do controle social. O CNS aprovara uma resolução sobre o tema em dezembro de 2024, com recomendações já enviadas ao MEC. Feito esse informe, fez uma explanação sobre os "Referenciais de Qualidade para a Formação de Profissionais de Saúde no SUS e para o SUS", tendo em vista a renovação da composição do CNS, no final de 2024. Contextualizando, apontou os seguintes marcos: década de 80 - conquista da saúde como direito universal e dever do Estado; e a importância estratégica da formação de profissionais da saúde, a partir de referências de qualidade e relevância social para o SUS - a boa formação alicerça, qualifica e desenvolve a potência e a

837 capacidade do processo de trabalho no SUS; e o trabalho é um dos eixos estratégicos para
838 enfrentar o desafio da garantia do acesso da população à Saúde. Apresentando o marco
839 regulatório do Sistema de avaliação do SUS pelo CNS, destacou que a Constituição Federal de
840 1988, no artigo 200, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação dos recursos
841 humanos na saúde. Mencionou ainda a histórica Resolução CNS nº 017/1991, que oficiou o
842 Ministério da Educação sobre a necessidade de mecanismos técnico-administrativos e jurídicos
843 para garantir essa ordenação, com foco nos cursos de graduação como medicina,
844 enfermagem, odontologia, psicologia, farmácia, fisioterapia, entre outros. Detalhou o
845 funcionamento da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho
846 (CIRHRT) e sua importância na governança da formação em saúde. Recordou a
847 Recomendação nº 10/2020, que incentivou a criação de comissões similares em âmbitos
848 estaduais e municipais, e deu ênfase à Resolução nº 737/2024, que recompôs a CIRHRT e
849 ampliou suas atribuições, como a de promover capacitações aos seus membros em todos os
850 níveis de formação profissional em saúde. Em seguida, apresentou a base legal para a
851 regulação da abertura de cursos de graduação na área da saúde, destacando dispositivos
852 como os Decretos nº 5.773/2006, nº 8.754/2016 (ambos revogados) e o vigente Decreto nº
853 9.235/2017, que estabelece a obrigatoriedade de manifestação do CNS (e da OAB, no caso de
854 cursos de Direito) como etapa prévia à autorização de novos cursos por parte do Ministério da
855 Educação. Explicou que, embora essa manifestação seja atualmente de caráter opinativo, ela
856 tem um peso técnico e político significativo. Sobre a estrutura da CIRHRT e da sua Câmara
857 Técnica, apresentou a evolução normativa iniciada com a Resolução nº 549/2017, que criou a
858 CT/CIRHRT, posteriormente ampliada pela Resolução nº 596/2018, aumentando a composição
859 de 15 para 30 entidades. Destacou também o Edital nº 002/2023, que atualizou a composição
860 da CT/CIRHRT com 30 entidades titulares e 28 suplentes, organizadas em três eixos: (1)
861 formação técnica de nível médio, (2) graduação e (3) pós-graduação/residência. No que se
862 refere aos referenciais de qualidade, destacou a Resolução CNS nº 350/2005, que define os
863 critérios para aprovação de novos cursos na área da saúde com base em três dimensões:
864 necessidade social, coerência do projeto político-pedagógico e relevância social. Reafirmou o
865 posicionamento contrário à oferta de cursos da área da saúde na modalidade de educação a
866 distância (EaD), conforme expressado nas Resoluções nº 515/2016 e nº 569/2017, e reforçado
867 recentemente pela Recomendação nº 040/2024, que solicita ao MEC que exclua a EaD dos
868 novos referenciais de qualidade para os cursos da saúde. Detalhou o fluxo de avaliação dos
869 cursos de graduação da saúde dentro do CNS. Explicou que os processos iniciam-se no
870 sistema e-MEC e, ao serem encaminhados ao CNS, passam pela análise do SEAC/CNS, que
871 conta com uma ferramenta própria para avaliação técnica. A análise envolve documentação
872 como o Projeto Pedagógico do Curso, o Plano de Desenvolvimento Institucional da
873 mantenedora, relatórios de avaliação in loco do INEP, e dados sobre cobertura de serviços e
874 infraestrutura no município onde o curso será oferecido (via CNES). Finalizou detalhando a
875 Resolução nº 720/2023, que regulamenta o fluxo desses processos no âmbito do CNS, e
876 mencionou o Guia de Referência do Sistema de Avaliação de Cursos, ainda em fase final de
877 elaboração. Este guia incluirá uma matriz de avaliação, glossário, matriz de redação e
878 fluxograma para padronizar e qualificar ainda mais a atuação do Conselho. Encerrou
879 reafirmando que os referenciais de qualidade defendidos pelo CNS visam garantir a formação
880 ética, técnica e socialmente comprometida dos trabalhadores da saúde, e que é fundamental
881 que esses critérios sejam respeitados por todas as instâncias do Estado brasileiro. Em seguida,
882 o coordenador adjunto da CIRHRT/CNS fez uma explanação geral sobre os 370 processos
883 analisados pela Comissão, no período de janeiro a dezembro de 2024, sendo
884 244 insatisfatórios, 107 satisfatórios com recomendações e dezenove satisfatórios. Os
885 pareceres, enviados previamente todas as pessoas conselheiras, foram apresentados para
886 conhecimento, não havendo votação. Em seguida, o coordenador adjunto da CIRHRT/CNS fez
887 uma explanação geral sobre os 47 processos analisados pela Comissão, no período de 6 de
888 fevereiro a 5 de março de 2025, sendo 36 insatisfatórios, dez satisfatórios com
889 recomendações e um satisfatório. Detalhou que a situação dos processos analisados é a
890 seguinte: 1) Relação entre número de processos analisados e ato regulatório - Autorização: 31;
891 Autorização vinculada a credenciamento fora da sede: 1; Autorização vinculada a
892 credenciamento: 2; e Reconhecimento: 13; 2) Relação entre número de processos analisados
893 e Curso - Enfermagem: 10; Medicina: 3; Odontologia: 8; e Psicologia: 26; 3) Relação de cursos
894 e tipo de ato regulatório: Enfermagem: 5 de autorização, 3 de Reconhecimento e 2 de
895 autorização vinculada ao credenciamento; Medicina: 3 de reconhecimento; Odontologia: 6 de
896 autorização, 2 de reconhecimento; Psicologia: 20 de Autorização; 5 de Reconhecimento e 1 de

897 autorização vinculada ao credenciamento fora da sede; e 4) Relação entre número de
898 processos analisados e parecer final: 36 insatisfatórios; 10 satisfatórios com recomendações; e
899 1 satisfatório. Recordou que os pareceres foram enviados previamente a todas as pessoas
900 conselheiras, seguindo as determinações do Regimento Interno do CNS. Além disso, reforçou
901 que a formação profissional é essencial inclusive para enfrentar as diversas formas de
902 violência, como racismo, homofobia, aporofobia. Os pareceres, enviados previamente todas as
903 pessoas conselheiras, foram apresentados para conhecimento, não havendo votação. Em
904 seguida, fez uma apresentação detalhada sobre 370 pareceres elaborados pela CIRHRT/CNS,
905 no período de janeiro a dezembro de 2024, sendo 244 insatisfatórios, 107 satisfatórios com
906 recomendações e dezenove satisfatórios. Detalhou que a situação dos processos analisados é
907 a seguinte: 1) Relação entre número de processos analisados e ato regulatório - Autorização:
908 198; Autorização vinculada a credenciamento fora da sede: 2; Autorização vinculada a
909 credenciamento: 30; e Reconhecimento: 140; 2) Relação entre número de processos
910 analisados e Curso - Enfermagem: 80; Medicina: 133; Odontologia: 50; e Psicologia: 107 3)
911 Relação de cursos e tipo de ato regulatório: Enfermagem: 49 de autorização e 1 de
912 Reconhecimento; Medicina: 79 de autorização, 32 de reconhecimento, 20 de autorização
913 vinculada ao credenciamento e 2 de autorização vinculada ao credenciamento fora da sede;
914 Odontologia: 23 de autorização, 25 de reconhecimento e 2 de autorização vinculada ao
915 credenciamento; Psicologia: 49 de Autorização; 53 de Reconhecimento e 5 de autorização
916 vinculada ao credenciamento; e 4) Relação entre número de processos analisados e parecer
917 final: 244 insatisfatórios; 107 satisfatórios com recomendações; e 19 satisfatório. Por fim,
918 destacou o avanço desse processo, recordando que as câmaras técnicas da Comissão foram
919 formuladas em 2024, com implantação de novo sistema de análise, que ainda estava em
920 desenvolvimento. A coordenadora da CIRHRT/CNS acrescentou que a comissão apresentara
921 os pareceres técnicos recentes e atualizara o acúmulo de processos de abertura de cursos de
922 medicina. Relatou que, mesmo com a vigência de uma moratória de cinco anos, instituída por
923 portaria do Ministério da Educação, cursos continuaram sendo abertos por meio de editais
924 vinculados ao Programa Mais Médicos, com critérios voltados a municípios com escassez de
925 profissionais. Entretanto, explicou que o principal aumento no número de cursos ocorreria por
926 judicialização, em que instituições com pedidos negados pelo MEC e pelo Conselho recorreriam
927 ao Judiciário e obtinham autorização para funcionamento. Salientou que o Supremo Tribunal
928 Federal já decidira sobre o tema, com acórdão relatado pelo ministro Gilmar Mendes, e
929 observou que o problema se estendia também a outros cursos da área da saúde. Concluída a
930 manifestação, foi aberta a palavra ao Pleno do CNS. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura**
931 manifestou preocupação com o número de pareceres insatisfatórios e lembrou que, no ano
932 anterior, foi sinalizada a importância de articulação com conselhos estaduais e municipais de
933 saúde, para que recebessem notificações sobre a abertura de cursos com qualidade duvidosa,
934 dado o impacto direto na qualidade do cuidado prestado à população. Assim, questionou como
935 estava o encaminhamento desse tema. Conselheira **Edna Maria dos Anjos Mota** perguntou
936 sobre a criação e fortalecimento de CIRHRTs estaduais, mas que ainda não haviam sido
937 implementadas de forma efetiva em vários estados. Relatou sua experiência como
938 coordenadora da comissão estadual de Rondônia, onde encontrara dificuldade para avançar
939 por ausência de normas e protocolos operacionais. Sinalizou que já haviam denúncias
940 relacionadas a cursos superiores no Estado, com visitas às instituições previstas para ocorrer
941 após o fim das conferências. Solicitou apoio para definir metodologias de abordagem e
942 encaminhamento dos dados coletados. Conselheiro **Derivan Brito da Silva** parabenizou pelo
943 relatório apresentado e reforçou a necessidade de tratar da expansão desordenada de cursos
944 também em áreas com vazios assistenciais, como a terapia ocupacional e a fonoaudiologia.
945 Questionou qual seria a proposta da comissão para lidar com esses dados e se o CNS estaria
946 disposto a pautar a abertura necessária de cursos, indo além da crítica à expansão
947 indiscriminada de Medicina, Enfermagem e Psicologia. Conselheira **Odete Torres** abordou o
948 processo de revisão das DCNs do curso de Medicina, relatando que a ABEM, com apoio da
949 SGTES e do MEC, realizara dois seminários nacionais e nove oficinas regionais ao longo de
950 2024 sobre essas diretrizes, envolvendo mais de mil atores sociais. Disse que a proposta fora
951 qualificar e atualizar as diretrizes, e que todo o material estava publicado no site da
952 Associação. No entanto, manifestou preocupação com o fato de o MEC ter aberto consulta
953 pública com uma proposta elaborada por uma comissão restrita, sem representatividade e sem
954 compromisso com o SUS. Defendeu que o CNS se posicionasse e considerou que, diante da
955 ameaça de retrocesso, fosse mantida a versão das Diretrizes de 2014, que considerava mais
956 avançada. Também lamentou que as diretrizes de Enfermagem, embora prontas,

957 permanecessem engavetadas há anos. Concluídas as falas, o coordenador adjunto da
958 CIRHRT/CNS respondeu às manifestações reconhecendo o alto índice de pareceres
959 insatisfatórios, especialmente para instituições de ensino privado, mas alertou que o controle
960 social não poderia permitir que a precarização atingisse a formação dos profissionais do SUS.
961 Ressaltou a importância de uma formação centrada na saúde coletiva, no território e no vínculo
962 com usuários. Também manifestou oposição ao crescimento do ensino a distância na saúde e
963 defendeu o modelo presencial. Ressaltou ainda que a Comissão convidava o MEC a participar
964 de suas reuniões para debater muitos dos temas citados, como vazios assistenciais. Informou
965 que a Comissão buscava fortalecer as comissões de recursos humanos nos estados e
966 municípios, tendo realizado reuniões com conselhos locais nos últimos dois anos. A
967 coordenadora da CIRHRT/CNS acrescentou que a nova gestão iniciara em 2025 com um plano
968 de trabalho que incluía ações presenciais nos territórios para estimular a criação dessas
969 comissões. Também manifestou preocupação com o surgimento de uma proposta alternativa
970 para as DCNs de Medicina, coordenada pela Dra. Ludhmila Hajjar e com relatoria a conselheira
971 do CNE, Elizabeth Guedes. Ressaltou que, apesar da conselheira Elizabeth participar também
972 do projeto da ABEM, a proposta em consulta pública não refletia o processo amplo de
973 construção anteriormente realizado. Disse que fora solicitado ao MEC que o processo fosse
974 reaberto, pois uma formação médica, voltada apenas para especialidades e doenças, não era
975 condizente com os desafios do século XXI. Concluiu afirmando que o tema seria encaminhado
976 à CIRHRT para avaliação e deliberação. Antes de passar para o próximo item, conselheiro
977 **Neilton Araújo de Oliveira**, por fim, fez um informe sobre a resposta à demanda apresentada
978 durante a reunião (item 4). Disse que, após interlocução de representação da SEIDIGI/MS com
979 a diretora do DATASUS, Dra. Paula Xavier, o campo sugerido por conselheiros para o sistema
980 CADSUS seria incluído na próxima versão, prevista para o final do semestre. Comprometeu-se
981 a solicitar um informe oficial para a próxima reunião do pleno. Após esse comunicado, a mesa
982 agradeceu e encerrou este item. Para conhecimento. Não houve deliberação. **ITEM 6 –**
983 **SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA COMO DIREITO HUMANO DA 5ª**
984 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA -**
985 **Eixo 1: Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - Apresentação:** **Luís**
986 **Henrique da Costa Leão**, Coordenador-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador -
987 CGSAT/SVSA/MS; **Pedro Tourinho de Siqueira**, Presidente da Fundacentro; e conselheira
988 **Ruth Ribeiro**, representando a coordenação da CISTT/CNS. **Coordenação:** conselheira **Vânia**
989 **Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**
990 **Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. Neste ponto, o primeiro expositor foi o presidente da
991 Fundacentro, **Pedro Tourinho de Siqueira**, que apresentou reflexões sobre a saúde dos
992 trabalhadores e trabalhadoras, destacando os desafios da participação popular na 5ª
993 Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Iniciou explicando que a
994 Fundacentro fora oficialmente criada em 1966, como resposta aos altos índices de acidentes
995 de trabalho no país. Destacou que a instituição estava presente em várias unidades federativas
996 e possuía relevante potencial de alcance sobre a população trabalhadora. Apontou que a área
997 de Segurança e Saúde no Trabalho -SST tivera como base fundadora a Medicina do Trabalho
998 e a Engenharia de Segurança, mas que, com o tempo, passara a incorporar saberes de outras
999 áreas como Biologia, Psicologia, Química e Física. Informou que os riscos ocupacionais
1000 passaram a ser classificados como físicos, químicos e biológicos, sendo também estudados
1001 pela Ergonomia. Ressaltou que a clássica Medicina do Trabalho evoluíra para o campo da
1002 Saúde Ocupacional, que, influenciada pela Medicina Social Latino-Americana, contribuíra para
1003 a construção da Saúde do Trabalhador como um campo próprio, ainda que de forma não
1004 linear. Acrescentou que recentemente a Ergonomia, com sua aproximação das ciências
1005 humanas, como Sociologia e Antropologia, viera enriquecendo ainda mais esse campo. Trouxe
1006 à tona dados alarmantes sobre os acidentes de trabalho no Brasil, indicando que o país já fora
1007 campeão mundial nesse quesito. Informou que, em 2021, foram registrados 536.174 acidentes,
1008 o que equivalia a 1.468 casos por dia, resultando em 2.556 óbitos — ou sete por dia. Assinalou
1009 que, embora existissem Normas Regulamentadoras - NRs para mitigar tais ocorrências, estas,
1010 pautadas em saberes das ciências exatas e naturais, não estavam sendo suficientes para
1011 resolver o problema. Afirmou que, para fins previdenciários, a noção de acidente de trabalho
1012 incluía o adoecimento ocupacional e frisou que tais eventos não deviam ser tratados como
1013 inevitáveis, pois eram evitáveis e resultado de um processo histórico e, portanto, mutável.
1014 Defendeu que não se deveria culpabilizar a vítima, e sim reconhecer que os acidentes ocorriam
1015 por falhas no sistema de trabalho, considerando as diferenças entre o trabalho prescrito e o
1016 trabalho real, além das variabilidades inerentes à atividade laboral. Assinalou que a prevenção

1017 deveria ser responsabilidade coletiva, mas que o trabalhador não poderia ser responsabilizado
1018 isoladamente pelas falhas. Apontou o modelo MAPA como referência para a análise de
1019 mudanças e barreiras nos ambientes de trabalho. No campo da Saúde do Trabalhador,
1020 reforçou que saúde não era sinônimo de ausência de doença, mas um processo dinâmico.
1021 Afirmou que o trabalho poderia operar tanto como fator de saúde quanto como elemento de
1022 adoecimento. Apresentou as noções de multicausalidade e concausalidade como
1023 fundamentais, indicando que o trabalho poderia ser causa necessária, fator contributivo,
1024 agravador ou desencadeador de doenças latentes. Citou o autor René Mendes, ao enfatizar
1025 que o processo saúde-doença tinha bases sociais e que a profissão era um indicador da
1026 posição social. Também evocou Christophe Dejours para explicar o adoecimento mental
1027 relacionado ao trabalho, mencionando o conceito de “sofrimento patogênico”, que surgia
1028 quando o trabalhador perdia toda a margem de liberdade para transformar ou melhorar sua
1029 organização de trabalho. Abordou a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho -
1030 PNSTT, instituída pelo Decreto nº 7.602/2011, que visava promover a saúde, melhorar a
1031 qualidade de vida do trabalhador e prevenir danos relacionados ao trabalho. Informou que o
1032 Decreto nº 11.496/2023 organizara o processo de gestão da Comissão Tripartite Paritária
1033 Permanente - CTPP e o acompanhamento da PNSTT. Destacou também a Política Nacional
1034 de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT, instituída pela Portaria nº 1.823/2012,
1035 que definira a responsabilidade do SUS pela execução das ações de saúde do trabalhador,
1036 com o Ministério da Saúde atuando na coordenação nacional da política. Acrescentou que se
1037 aplicava a todos os trabalhadores, independentemente de sua localização, forma de inserção
1038 no mercado ou vínculo empregatício. Enumerou os objetivos da PNSTT, como o fortalecimento
1039 da vigilância em saúde do trabalhador, a promoção de ambientes e processos de trabalho
1040 saudáveis, a garantia da integralidade da atenção, a transversalidade da ação em saúde do
1041 trabalhador, e a incorporação da relação saúde-trabalho nas ações do SUS. Contextualizou a
1042 discussão com base na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que já havia destacado a
1043 importância de condições dignas de trabalho e do controle dos trabalhadores sobre seu
1044 processo e ambiente laboral. Citou o artigo 200 da Constituição Federal, que atribuía ao SUS a
1045 execução de ações de saúde do trabalhador e colaboração com a proteção do meio ambiente
1046 laboral. Também apontou os desafios contemporâneos da SST, como a subnotificação de
1047 acidentes, a permanência de contextos de trabalho precário e informal, o surgimento de novas
1048 formas de precarização, a crise climática, o uso de agrotóxicos e a fragilidade das estruturas
1049 intersetoriais. Reforçou que a saúde do trabalhador era um direito humano estruturalmente
1050 desrespeitado. Por fim, defendeu que o SUS atuasse como agenciador do debate sobre SST e
1051 destacou a importância de que os encaminhamentos dessa Conferência avancem de forma
1052 concreta no fortalecimento da intersetorialidade das políticas públicas. Ressaltou a
1053 necessidade urgente de organização e consolidação de um Sistema Nacional de Informações
1054 em Saúde e Segurança do Trabalhador e da Trabalhadora, compreendido como um
1055 instrumento fundamental para a formulação, monitoramento e avaliação das políticas nesse
1056 campo. Ressaltou que a FUNDACENTRO tem promovido discussões relevantes sobre o tema
1057 e defendeu que o controle social incorpore esse debate no âmbito do SUS. Enfatizou a
1058 centralidade da saúde mental no ambiente de trabalho como uma pauta estratégica e urgente.
1059 Por fim, convidou os participantes a se engajarem nas conferências livres organizadas e
1060 apoiadas pela FUNDACENTRO: a Conferência Livre Nacional de Saúde do Trabalhador e da
1061 Trabalhadora (19 de março) e a Conferência Livre Nacional de Saúde Mental e Trabalho (1º de
1062 abril), ressaltando que esses espaços são fundamentais para avançar nas políticas públicas da
1063 área. Em seguida, expôs sobre o tema o Coordenador-Geral de CGSAT/SVSA/MS, **Luís**
1064 **Henrique da Costa Leão**, que iniciou sua exposição destacando que a Política Nacional de
1065 Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT havia sido concebida a partir de três eixos
1066 estratégicos: resgate e revalorização, reconhecimento e reinvenção. Explicou que o resgate
1067 dizia respeito à trajetória e reafirmação da política, enquanto o reconhecimento envolvia a
1068 valorização do trabalhador como sujeito de direitos, com foco na redução da morbimortalidade
1069 relacionada ao modelo produtivo, especialmente entre os grupos mais vulneráveis — como
1070 trabalhadores informais, precarizados, escravizados, infantis ou em situação discriminatória.
1071 Afirmou que a PNSTT tinha como finalidade estabelecer princípios, diretrizes e estratégias a
1072 serem seguidos pelas três esferas de gestão do SUS, com vistas à atenção integral à saúde do
1073 trabalhador, à promoção da saúde e à redução de agravos decorrentes dos processos de
1074 trabalho. Apontou que a política se estruturava em seis capítulos: princípios e diretrizes;
1075 objetivos; estratégias; responsabilidades; avaliação e monitoramento; e financiamento.
1076 Apresentou os principais objetivos da PNSTT, como o fortalecimento da Vigilância em Saúde

do Trabalhador - VISAT, a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, a garantia da integralidade do cuidado por meio da articulação entre os pontos da Renastt, e o reconhecimento da saúde do trabalhador como ação transversal no SUS. Destacou também a incorporação do trabalho como determinante do processo saúde-doença, a obrigatoriedade de considerar a situação laboral do usuário nos serviços e a necessidade de assegurar a qualidade da atenção à saúde dos trabalhadores usuários do SUS. Além disso, detalhou que a Política possui como estratégia: estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social; análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial; a estruturação da Renastt no contexto da RAS; e integração da Visat com as demais Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde. Segundo, explicou que os procedimentos de saúde do trabalhador podiam ser realizados em qualquer serviço do SUS — desde que registrado o código 108 no CNES — e apresentou os dados acumulados entre 2012 e 2024: mais de 10 milhões de procedimentos no SIA/SUS, 352 mil inspeções sanitárias, quase 7 milhões de consultas médicas e mais de 550 mil atividades educativas. Enfatizou avanços recentes na implementação da PNSTT, como a publicação da Portaria GM/MS nº 4.922, que inserira a palavra “trabalhadora” na nomenclatura da Renastt e promovera a majoração de recursos para os Cerest, elevando o orçamento anual para cerca de R\$ 168,7 milhões. Citou ainda a publicação da nova Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Portaria nº 5.674) e da Portaria GM/MS nº 5.201, que estabeleceria a universalização da notificação dos Distúrbios e Agravos Relacionados ao Trabalho (DARTs). Apontou os dados das notificações, com mais de 583 mil registros de agravos em 2024, além da série histórica de óbitos por acidentes de trabalho entre 2015 e 2023. Apresentou os critérios de avaliação da atuação dos Cerest e destacou que o preenchimento do campo “ocupação” no PQAVS alcançara a média nacional de 82,7%. No que diz respeito à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - Renastt, informou que, em 2024, havia 227 Cerest habilitados em funcionamento, sendo 26 estaduais, 1 no Distrito Federal e 200 regionais ou municipais. Para 2025, anunciou a previsão de habilitação de 20 novos Cerest. Destacou também ações de fortalecimento do controle social, como a realização do 12º Renastão, que reuniu cerca de 1.350 participantes, e do 10º Cistão, que integrara todas as comissões intersetoriais da área. Citou a articulação entre a PNSTT e a Política de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, o envolvimento em iniciativas como o Plano Clima, o Mais Saúde Amazônia, a Mesa de Negociação SUS, e o Plano de Intervenção na Ilha de Maré. Acrescentou que foram feitas revisões nas fichas do e-SUS/Sinan e em inquéritos nacionais como a PNS, VIGITEL, VIVA e IBGE. Ressaltou a participação da CGSAT em ações intersetoriais e na normatização do trabalho por meio da Comissão Tripartite Paritária Permanente - CTPP, junto aos ministérios do Trabalho e da Previdência. Listou os Grupos de Trabalho Tripartites responsáveis pela revisão de diversas Normas Regulamentadoras NRs, como a NR-16 (atividades perigosas), NR-21 (trabalho a céu aberto), NR-38 (limpeza urbana e resíduos), NR-22 (mineração), NR-24 (condições sanitárias), NR-15 (insalubridade — benzeno), e NR-9 (exposição a agentes químicos, físicos e biológicos). Informou ainda sobre um projeto de cooperação com o Conselho Nacional do SESI, com ações voltadas à resposta às emergências climáticas, interoperabilidade de sistemas de informação, saúde mental de trabalhadores da indústria, vacinação, enfrentamento da subnotificação de DARTs, e capacitações em saúde do trabalhador. Ressaltou a atuação da CGSAT em comissões nacionais como a de Erradicação do Trabalho Escravo, do Trabalho Infantil, e da Segurança Química (CONASQ), além de GTs relacionados às convenções internacionais de Basileia, Roterdã, Estocolmo e Minamata. Ao tratar do eixo da reinvenção, declarou que a CGSAT assumia o compromisso de tratar a saúde do trabalhador como direito humano, buscando elevar esse campo a um novo patamar institucional e social. Para isso, defendeu ações estratégicas voltadas à redução da morbimortalidade e ao fortalecimento da política nos próximos anos. Apresentou as diretrizes para 2025, que incluíam: o enfrentamento aos desafios socioeconômicos e sanitários do atual modelo produtivo; a construção de alianças interministeriais e com a sociedade; o apoio à formulação de propostas de alto impacto por meio da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; a atuação na regulação do trabalho e na implementação da PNSTT; e a condução de um plano operativo com ações específicas. Por fim, anunciou que as ações iniciais contemplariam reuniões interministeriais com o controle social, continuidade do diálogo com centrais sindicais, apoio à realização das conferências macrorregionais e estaduais, e participação nos GTTs temáticos da CTPP. Informou que o plano operativo se

estruturaria em três eixos: enfrentamento às situações concretas que afetam a saúde dos trabalhadores; situações-limite que impactam diretamente a vida da população trabalhadora; e os desafios estruturais da própria Rede Renastt. Por fim, dos resultados planejados, citou o apoio do CNS para a realização do 1º Inquérito nacional, em parceria com o IBGE, das condições de trabalho e saúde no Brasil, a fim de conseguir quadro atualizado dos impactos do trabalho na saúde dos brasileiros e brasileiras. Concluídas as explanações, foi aberta a palavra para manifestações. Conselheiro **Luiz Aníbal Machado**, com 35 anos de atuação sindical, denunciou a fragilidade da fiscalização do Ministério do Trabalho, apontando casos de jornadas extenuantes, ausência de controle sobre as condições de trabalho e descumprimento sistemático da legislação vigente em relação às várias categorias profissionais. Chamou atenção para a contaminação por agrotóxicos, a invisibilidade de doenças ocupacionais e a ineficiência de instâncias como a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e os próprios CERESTs, cobrando retomada efetiva de suas funções e maior rigor na aplicação das normas. Conselheira **Márcia Bandini** esclareceu a diferença entre a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho, prevista na Convenção 155 da OIT e construída entre os ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência, e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT, desenvolvida no âmbito do SUS com a participação social. Alertou para o fato de que, embora haja duas políticas formalmente estabelecidas, nenhuma delas se efetivou plenamente na prática. Enfatizou a necessidade de apropriação coletiva do tema e de articulação com os princípios do SUS e da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Conselheiro **Anselmo Dantas** reforçou que a discussão sobre saúde do trabalhador deve ser integrada ao debate mais amplo sobre seguridade social. Defendeu que, diante da precarização das relações de trabalho e do contexto pós-pandemia, é preciso retomar o compromisso com a dignidade humana e com o contrato social baseado na valorização do trabalho decente. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** propôs a obrigatoriedade do preenchimento do campo "ocupação" nos cadastros dos usuários no SUS, conforme a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO. Destacou a baixa completitude desse dado nas unidades básicas de saúde e a importância de visibilizar não apenas os acidentes de trabalho, mas principalmente as doenças relacionadas ao trabalho, muitas vezes subnotificadas. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** saudou os propositores da mesa e, ao mencionar estudos realizados pela Fundacentro e pela Universidade Federal da Bahia sobre entregadores e motoristas de "plataformas digitais", denunciou a tentativa dessas empresas de se descharacterizarem como empregadoras. Ressaltou os altos índices de acidentes e violências sofridas por esses trabalhadores e defendeu o fortalecimento das estratégias de vigilância popular, com responsabilização das empresas e superação da lógica do empreendedorismo precarizado. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior** afirmou que a luta pela saúde do trabalhador faz parte da luta de classes e da defesa do SUS como espaço de resistência. Salientou que as apresentações servem como subsídio para os debates nas conferências estaduais e municipais, e que é essencial ampliar a mobilização para alcançar trabalhadores não organizados. Propôs que a Mesa Diretora do CNS se reúna com a SVSA/MS e outros ministérios para planejar ações de articulação nacional para realização das etapas preparatórias da 5ª CNSTT. Conselheiro **José Vanilson Torres** abordou os impactos da uberização e da terceirização sobre a saúde, relatando as condições precárias de alimentação, jornada e remuneração enfrentadas por motoristas de aplicativos. Nessa linha, destacou a necessidade de incluir esses trabalhadores nas discussões da conferência. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** fez uma análise histórica da saúde do trabalhador no Brasil, mencionando avanços e retrocessos. Reforçou que a superação dos desafios exige consciência de classe trabalhadora, mobilização nacional e articulação interinstitucional. Propôs o agendamento de ações práticas entre o CNS, a SVSA e outros órgãos para garantir a efetividade da Conferência, além de visitas a estados e ao Congresso Nacional para ampliar a visibilidade da pauta. Conselheira **Edna Maria Mota** questionou o repasse de recursos para CERESTs que não estão funcionamento. Apontou a situação de unidades em Rondônia, citando o Centro de Vilhena, que, segundo ela, recebem verbas sem prestar serviços efetivos à população. Defendeu auditorias e redistribuição de recursos para municípios que demonstrem capacidade de gestão. Conselheiro **Mauri Bezerra Filho** reconheceu os esforços do atual governo para consolidar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, mas lamentou os altos índices de mortalidade por acidentes de trabalho registrados em 2023. Destacou a subnotificação de dados, sobretudo entre motociclistas e trabalhadores de plataformas digitais, e alertou para os efeitos da reforma trabalhista e previdenciária sobre a precarização do trabalho. Demonstrou expectativa positiva em relação à Conferência, embora

1197 tenha expressado preocupação com a baixa representatividade prevista. Conselheira **Carmen**
1198 **Silva Santiago** organizou sua fala em torno de três eixos: prevenção, precarização e diretrizes.
1199 Defendeu a criação de legislação mais rigorosa para prevenir doenças e mortes no trabalho e
1200 penalizar empregadores negligentes. Também criticou a dificuldade de acesso dos
1201 trabalhadores a consultas e exames preventivos. No mais, denunciou a atuação de
1202 organizações sociais e cooperativas como formas de precarização e adoecimento de pessoas
1203 trabalhadoras. Também apontou a necessidade de revisar diretrizes sobre jornada, salário e
1204 condições de trabalho. Finalizou propondo que os conselhos municipais e estaduais discutam
1205 os temas da Conferência de forma estruturada. Por fim, conselheira **Paula Johns** refletiu sobre
1206 a relação entre fatores de risco para doenças crônicas e o mundo do trabalho. Citou o impacto
1207 da poluição do ar, da produção e consumo de produtos não saudáveis e dos modelos
1208 produtivos nocivos à saúde. Criticou propostas como o "PL do autocontrole", que delega às
1209 indústrias a autorregulação de padrões sanitários, e defendeu medidas regulatórias mais firmes
1210 com responsabilização dos grandes causadores do adoecimento populacional. Encerrou
1211 convocando à união para enfrentar os retrocessos com articulação e resistência coletiva. Após,
1212 foi aberta a palavra aos convidados para comentários. O diretor do DIESAT/SVSA/MS, **Luiz**
1213 **Leão**, iniciou sua fala expressando entusiasmo com a qualidade das contribuições e
1214 reconhecendo a complexidade dos temas abordados. Ressaltou que a ênfase na
1215 intersectorialidade, na juventude e na participação social deve ser central para a efetividade da
1216 Política. Destacou que o enfrentamento ao modelo produtivo químico-dependente, com uso
1217 intensivo de agrotóxicos, é urgente, e que o Ministério da Saúde tem buscado fomentar
1218 iniciativas em diálogo com a juventude e os movimentos sindicais. Reconheceu a pertinência
1219 do debate sobre a coexistência de duas políticas distintas – a Política Nacional de Saúde do
1220 Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT e a Política Nacional de Segurança e Saúde no
1221 Trabalho - PNST – e afirmou que ambas devem ser implementadas de forma articulada.
1222 Defendeu que a Constituição Federal, ao mencionar expressamente a saúde do trabalhador
1223 em diversos trechos, oferece base suficiente para garantir sua efetividade, desde que haja
1224 mobilização social e institucional. Também informou que a SVSA/MS tem dialogado com a
1225 SEIDIGI/MS para aprimorar a inclusão do campo "ocupação" no cadastro dos usuários do SUS
1226 e que há esforços em andamento para o fortalecimento da vigilância em saúde com base na
1227 Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE. Enfatizou o papel da "vigilância
1228 popular", lembrando que sua origem remete à saúde do trabalhador como processo coletivo de
1229 luta e protagonismo da classe trabalhadora. Ressaltou a necessidade de recuperar esse
1230 sentido político do conceito de saúde e de chegar "onde o povo está", discutindo a
1231 materialidade da vida, especialmente em um contexto de precarização e informalidade.
1232 Comprometeu-se a apoiar a realização de conferências livres, e afirmou que será organizada
1233 uma agenda entre a Mesa Diretora do CNS e a SVSA/MS. Informou que a nova secretaria da
1234 SVSA/MS já demonstrou interesse direto na 5ª CNSTT, e que a equipe técnica está
1235 preparando um briefing para garantir sua plena inserção no processo. Sobre os CERESTs,
1236 reconheceu que há experiências consolidadas e outras bastante frágeis, destacando que o
1237 Ministério da Saúde está estruturando um GT para avaliar o uso dos recursos e as condições
1238 de funcionamento dessas unidades. Mencionou ainda a atuação do DENASUS em auditorias,
1239 citando um caso recente em que um CEREST será obrigado a devolver recursos ao Estado por
1240 não execução (R\$ 1 milhão). Anunciou, também, o desenvolvimento de um modelo de apoio
1241 institucional territorial e pedagógico, voltado a resolver obstáculos locais e construir, em
1242 parceria com estados e municípios, soluções viáveis para as realidades específicas dos
1243 territórios. Na sequência, o presidente da FUNDACENTRO, **Pedro Tourinho**, também
1244 comentou as falas, destacando o entusiasmo com o tom propositivo do debate. Afirmou que a
1245 saúde do trabalhador continua sendo um tema historicamente negligenciado, apesar de sua
1246 centralidade para a construção de um país justo. Ressaltou que a formação profissional,
1247 especialmente em áreas como Medicina, ainda reproduz uma lógica voltada ao atendimento
1248 dos interesses do capital, e não à promoção do cuidado integral do trabalhador como sujeito de
1249 direitos. Considerou que os problemas enfrentados pelos CERESTs e pelas instâncias de
1250 fiscalização estão ligados ao arranjo federativo do SUS, em que prefeitos e gestores locais,
1251 muitas vezes, operam sob influência direta de interesses contrários à proteção do trabalhador.
1252 Reconheceu a complexidade dos desafios, mas defendeu que a conferência assuma postura
1253 arrojada, apontando arranjos institucionais e formas de apoio capazes de sustentar essas
1254 políticas mesmo em contextos adversos. Apontou que as políticas existentes não são
1255 conclusivas e que a fragmentação normativa precisa ser superada por uma abordagem integral
1256 e coerente. Defendeu que o SUS seja protagonista na consolidação dessa agenda e relatou

que, mesmo após assumir novas responsabilidades fora do CNS, continua impressionado com a potência viva do Sistema e da participação social. Por fim, reforçou o papel da FUNDACENTRO na articulação com a economia solidária, por meio da formação de agentes de desenvolvimento com foco em ambientes de trabalho saudáveis. Nessa linha, disse que a instituição se dispõe a participar das conferências livres da 5^a CNSTT, para contribuir nos debates. Conselheira **Ruth Cavalcanti Guilherme**, representando a coordenação da 5^a CNSTT e da CISTT/CNS, agradeceu aos convidados e às pessoas contribuições apresentadas. Enfatizou que o debate correspondeu à proposta inicial de oferecer subsídios para aprofundar o conhecimento e mobilizar os conselhos estaduais e municipais. Destacou a importância da retomada do movimento sindical e da construção coletiva de uma nova narrativa sobre a saúde do trabalhador. Encerrou com a convocação para que o debate resulte em transformação concreta, evocando versos de uma canção popular para reforçar a dimensão humana e coletiva da luta por justiça social. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** informou que, segundo informação da CGSAT/MS, o município de Vilhena/RO está na lista de auditorias do DENASUS para 2025 e anunciou a realização da primeira reunião presencial da Comissão Organizadora da conferência na semana seguinte. Reiterou a importância da mesa e agradeceu a presença dos convidados. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior** finalizou informando que os relatos e encaminhamentos da reunião seriam sistematizados e encaminhados à Comissão Organizadora e à Mesa Diretora do CNS. Destacou que este foi o primeiro de três debates temáticos previstos e que os materiais serão utilizados como subsídios para as etapas municipais, livres e estaduais da 5^a Conferência. Convidou as entidades a promoverem conferências livres e afirmou que a comissão organizadora está disponível para fornecer documentação e orientações complementares. **Encaminhamento:** dar ampla divulgação a este debate, na linha de servir de subsídios para as discussões nas etapas preparatórias; e incentivar a realização de conferências livres. Outros encaminhamentos serão definidos na reunião da comissão organizadora da 5^a CNSTT e posteriormente na Mesa Diretora do CNS. Definido este ponto, a mesa agradeceu a presença dos convidados e, às 19h05, encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: **Titulares - Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **José Ramix de Melo Pontes Junior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional População de Rua (MNP/R); **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marcia Cristina das Dores Bandini**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde (MS); Nelson Augusto Mussolini, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos – Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto**, Retina Brasil; **Vanessa Suzana Costa**, Federação Nacional das APAES (FENAPAES); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; e **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**, Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas (ABRAZ). **Suplentes – Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; André Luiz Bonifácio de Carvalho, Ministério da Saúde (MS); **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Carlos Alberto**

1317 **Ebeling Duarte**, Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB
1318 BR; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **Cleonice**
1319 **Caetano Souza**, União Geral dos Trabalhadores (UGT); **Edna Maria dos Anjos Mota**,
1320 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de
1321 Serviço Social (CFESS); **Elidio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias
1322 Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos
1323 de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do
1324 Brasil; **João Pedro Santos da Silva**, Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); **José**
1325 **Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT); **João Alves do Nascimento Júnior**,
1326 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Karina Hamada Iamasaki Zuge**, Aliança
1327 Distrofia Brasil (ADB); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados,
1328 Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI); **Mariana Chagas Lima**, União Brasileira
1329 dos Estudantes Secundaristas (UBES); **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**, Rede Nacional
1330 de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); **Odete Messa Torres**, Associação
1331 Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo,
1332 Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT); **Rosângela Dornelles**, Associação
1333 Brasileira de Apoio e Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 - Associação Vida e Justiça;
1334 **Sibele de Lima Lemos**, Coletivo de Proteção à Infância Voz Materna (CPI Voz Materna);
1335 **Talita Garrido de Araújo**, Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Thâmara**
1336 **Gonçalves dos Reis**, Conselho Federal de Biologia (CFBIO); **Valcler Rangel Fernandes**,
1337 Ministério da Saúde – MS; **Wallace Justino de Araújo Silva Apurinã**, Articulação dos Povos
1338 Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL). Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta
1339 para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – O SUS E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA GARANTIA DA**
1340 **DEMOCRACIA E EQUIDADE DOS DIREITOS DAS MULHERES, EM ALUSÃO AO DIA 8 DE**
1341 **MARÇO – DIA INTERNACIONAL DA MULHER** – *Apresentação:* **Camila Carloni Gasparro**,
1342 Coordenadora de Enfrentamento à Mortalidade Materna - COEMM/CGMU/DGCI/SAPS/MS;
1343 **Emanuelle Goes**, Pesquisadora Sênior da Associação de Pesquisa Iyaleta – Pesquisa,
1344 Ciências e Humanidades; conselheira **Vanja Andreia dos Santos**, coordenadora da Comissão
1345 Intersetorial de Saúde da Mulher - CISMU/CNS; e **Josilene Lúcia dos Santos**, representante
1346 do Ministério das Mulheres. *Coordenação:* conselheira **Priscilla Torres da Silva**, da Mesa
1347 Diretora do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS.
1348 Conselheira **Priscilla Torres da Silva** iniciou sua intervenção fazendo referência ao mês de
1349 março como período de conscientização das mulheres que, ao longo da luta, haviam aprendido
1350 a elevar seus argumentos mesmo quando suas vozes historicamente não haviam sido ouvidas.
1351 Em alusão ao Dia Internacional da Mulher, celebrado em 8 de março, reforçou a importância do
1352 SUS como um pilar da democracia e destacou o papel fundamental da participação social na
1353 construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Defendeu que o SUS garanta o acesso
1354 universal à saúde e promova cuidado integral a todas as mulheres. Assim, a participação ativa
1355 da sociedade era essencial para fortalecer o Sistema, assegurar direitos, ampliar políticas
1356 públicas e combater as desigualdades. Com isso, convocou todas as pessoas a seguirem na
1357 luta por um SUS mais forte, comprometido com um futuro de mais dignidade, respeito e justiça.
1358 Encerrando sua fala, anunciou a composição da mesa com as expositoras convidadas.
1359 Conselheira **Vanja Andreia dos Santos**, coordenadora da CISMU/CNS, abriu o debate,
1360 afirmando ser importante que o Conselho marcassem o 8 de março como um mês de luta e
1361 resistência das mulheres. Nessa linha, ressaltou que o Dia Internacional da Mulher não se
1362 limitava àquela data, mas dizia respeito a todos os dias do ano. Observou que o CNS
1363 reconhecia essa perspectiva e atuava de forma por meio da CISMU, composta por diversas
1364 entidades e movimentos sociais representados no próprio conselho. Destacou que a presença
1365 da pauta no plenário era uma ação da comissão em conjunto com os movimentos que a
1366 compunham. Afirmou que era preciso lembrar-se das mulheres que representavam mais da
1367 metade da força de trabalho do SUS no Brasil, e que também eram suas principais usuárias —
1368 não apenas por motivos de saúde próprios, mas por exercerem o cuidado de familiares, filhos e
1369 comunidades. Segundo ela, eram essas mulheres que mais acessavam e defendiam o sistema
1370 de saúde pública no cotidiano. Dito isso, foi produzido vídeo sobre Manifesto Feminista, em
1371 alusão ao dia 8 de março, construído de forma coletiva por diversos movimentos de mulheres
1372 em nível nacional, estadual e municipal. O material audiovisual estava acompanhado de um
1373 manifesto impresso, que fora entregue aos presentes. Retomando, a coordenadora da CISMU
1374 disse que, onde quer que estivessem, as mulheres manteriam o compromisso de manifestar as
1375 suas vozes, reafirmando sua luta e protagonismo. Ao concluir, considerou de grande
1376 importância o fato de o Conselho contar, naquele momento, com uma mulher exercendo a

presidência — a segunda em toda a sua história. Destacou que esse dado simbólico representava um avanço político significativo, ao sinalizar o compromisso do CNS em ampliar a ocupação de espaços de poder e decisão pelas mulheres. Na sequência, a Coordenadora da COEMM/CGMU/DGCI/SAPS/MS, **Camila Carloni Gasparro**, expôs sobre o tema, agradecendo o convite e ressaltando a importância de participar de momentos de debate como este e ouvir reivindicações das mulheres. Ressaltou que 8 de março é o dia de luta das mulheres por direitos, por uma vida digna, por melhores condições para o futuro. Nessa linha, citou a Estratégia da OPAS/OMS: lutar para sobreviver, para poder prosperar e transformar a sociedade. Salientou que a CGESMU trabalha para que essas lutas estejam refletidas nas ações de saúde, caminhando em prol da equidade de gênero. Contextualizando, lembrou direitos já conquistados na área da saúde: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres - PNAISM; participação social e popular no SUS – fortalecimento das instâncias formais de formulação, planejamento e fiscalização das políticas de saúde – CNS e CISMU; fortalecimento dos serviços para atendimento de mulheres em situação de violência; promoção da saúde menstrual - dignidade menstrual; Plano Nacional de Saúde – PNS – metas: redução de mortalidade materna; aumento do número de consultas de pré-natal; e ampliação do acesso ao DIU. Citou ainda a Rede Alyne, modelo de atenção à saúde em rede, com cuidado humanizado e integral para a saúde da gestante, parturiente, puérpera e da criança, observando as desigualdades étnico-raciais e loco regionais. Nessa estratégia, destaque para: Caderneta da Gestante: atualização e distribuição em 2025; Nota técnica sobre cálcio universal no Pré-natal: ampla divulgação; e Nota técnica sobre indicação de AAS no Pré-natal: em finalização. Detalhou as ações em curso – 2025: aprimoramento do cuidado à saúde na APS e nos outros níveis de complexidade, intensificando o enfrentamento das discriminações e desigualdades de raça/etnia, de gênero, regionais e sociais; dignidade menstrual – lançamento dos cursos de qualificação de agentes públicos; lançamento do “Guia prático para os profissionais da APS para atendimento às mulheres em situação de violência doméstica” e orientações aos gestores sobre a Sala Lilás; Programa de Implante do Etonogestrel – ampliação do público alvo; atualização e distribuição da Caderneta da Gestante (2º semestre 2025); atualização dos Cadernos de Atenção Básica: CAB 32 – Pré-natal, CAB26 – Saúde menstrual, saúde sexual e saúde reprodutiva; e qualificação de profissionais para a atenção à saúde ginecológica: foco nas principais queixas ginecológicas, na endometriose, climatério e menopausa. Por fim, citou desafios persistentes: manter direitos conquistados; combater mortalidade materna por causas evitáveis; discutir questões relacionadas ao aborto e fortalecimento dos serviços de aborto legal; ampliação do acesso à contracepção no âmbito do planejamento familiar e reprodutivo; e combater os efeitos do racismo estrutural na saúde das mulheres. Segundo, a pesquisadora **Emanuelle Goes** apresentou resultados da pesquisa “Semiárido em perspectiva de gênero – violências sexuais contra meninas e adolescentes e os efeitos dos períodos prolongados da seca”. Começou destacando os seguintes aspectos considerados na pesquisa: mulheres e águas: todos os dias são elas que vivem em terras secas nas cidades e nos campos e realizam a jornada em busca de fontes para abastecer sua morada, sua família, e sua comunidade; em muitos países, a obrigação da recolha de água é atribuída às meninas e mulheres, sendo de 8 em cada 10 agregados familiares as responsáveis por essa atribuição; e Quênia, Índia e Filipinas registram como os eventos climáticos extremos mais frequentes e intensos, o que têm gerado empobrecimento nas regiões e agudizado as violências contra meninas e mulheres. Disse que a falta de serviços adequados de água e saneamento têm um maior impacto sobre as meninas e mulheres, incluindo como fator de risco a violência baseada em gênero. Nessa linha, acrescentou que existe uma ligação direta entre as pressões ambientais e a VBG, assim como existe uma relação entre crises humanitárias (políticas, sanitárias e climáticas) e a violação dos direitos humanos de meninas e mulheres. Ressaltou que evidências significativas apontam como as alterações do clima, e particularmente desastres relacionados, podem ser ligadas ao aumento da vulnerabilidade à VBG; e que a justiça ambiental compartilha com a justiça reprodutiva a estrutura ideológica essencial e ampla da justiça social, com foco no todo em vez de uma única questão. Sobre o estudo, disse que o propósito é apresentar como meninas e adolescentes que vivem nos municípios do semiárido em extrema pobreza são as mais expostas às violências sexuais e a maternidade na infância e na adolescência comparada com aquelas que estão fora desse contexto. Disse que a metodologia baseia-se nos seguintes aspectos: situações de violências baseadas em gênero (VBG) têm sido identificadas e denominadas como efeitos indiretos das mudanças do clima, que poderia também ser chamada de reação em cadeia ou efeito dominó, considerando que as pessoas já vivem em contextos de

desigualdades de gênero, raça e território; embora a Violência Baseada em Gênero (VBG) possa acontecer com qualquer pessoa que seja discriminada por causa de seu gênero, ela ocorre com mais frequência contra meninas e mulheres. Essa violência opera com outros marcadores de opressão causando experiências distintas para meninas e mulheres, na intersecção com raça, geração, classe e território. Para contextualizar, apresentou dados de 2010: dentro e fora do contexto do Semiárido e de pobreza extrema são as mulheres, principalmente as mulheres negras, que apresentam mais desvantagens no acesso à educação; a falta de acesso à educação e a interrupção dos estudos para crianças, adolescentes e mulheres é um dos resultados para aquelas que vivem em locais com escassez de água e seca prolongada; é atribuída de forma desproporcional às meninas e mulheres a função de prover a água. Segundo o relatório do UNICEF-OMS (2023), mundialmente, meninas e mulheres têm quase duas vezes mais probabilidade do que meninos e homens de serem responsáveis pela recolha de água para as famílias e passam mais tempo a fazê-lo todos os dias; e as viagens repetidas por dia na providência da água reduzem o tempo que meninas e mulheres poderiam se dedicar a outras atividades, como ir à escola, realizar atividades geradoras de rendimentos ou desfrutar de tempos livres. Sobre as violências sexuais e suas conexões com a seca prolongada, explicou que existe uma relação entre os efeitos das mudanças climáticas e as Violências Baseadas em Gênero (VBG), sendo considerado um efeito indireto das consequências dos eventos extremos. Além disso, salientou que a violência contra meninas e adolescentes é uma violação dos direitos humanos e uma questão social e de saúde pública. Detalhou que, no estudo, observou-se 71.050 casos notificados de violência sexual contra meninas e adolescente no quadriênio 2019 – 2022, sendo 2.981 nos municípios do semiárido em contexto de pobreza e 68.069 nos municípios que não estão no semiárido e nem em contexto de pobreza. Acrescentou que a situação de violência contra meninas e adolescentes neste estudo é semelhante aos resultados que investigações nacionais e internacionais já evidenciaram. Mostrou um quadro sobre a notificação de violência sexual em meninas e adolescentes (10 a 19 anos) segundo raça/cor dentro e fora dos Municípios do Semiárido em extrema pobreza, quadriênio (2019 - 2022), a saber: a) municípios do semiárido em extrema pobreza (2.981): indígena – 1,53%, branca – 13,74% e negra – 80,2%; e b) municípios fora do semiárido e sem extrema pobreza: indígena - 0,77%; branca – 40,65% e negra – 50,14%. Detalhando ainda mais, falou do percentual de notificação dos tipos de Violência Sexual em Meninas e Adolescentes (10 a 19 anos) dentro e fora dos Municípios do Semiárido em extrema pobreza, quadriênio (2019 - 2022): assédio sexual: a) municípios do semiárido em extrema pobreza (2.981): 22,47%; e b) municípios fora do semiárido e sem extrema pobreza: 29,39%; exploração sexual - a) municípios do semiárido em extrema pobreza (2.981): 3,29%; e b) municípios fora do semiárido e sem extrema pobreza: 2,46%; e estupro - a) municípios do semiárido em extrema pobreza (2.981): 75,80%; e b) municípios fora do semiárido e sem extrema pobreza: 70,88%. Disse que, neste cenário, situam-se as intersecções de gênero, raça, geração e o contexto de pobreza adensado pelas secas prolongadas. Afirmou que, em contextos de violações estruturais como a falta de saneamento básico, particularmente a escassez de água, os direitos individuais como os性uais e reprodutivos, assim como a autonomia corporal ficam em suspensão. E muitas vezes é por meio das violações desses direitos, por meio da exploração sexual de meninas e adolescentes, que elas e suas famílias têm acesso, mesmo que de forma precária, à água. Salientou que a falta de uma infraestrutura de abastecimento de água pode aumentar a vulnerabilidade a violência contra meninas e mulheres durante a caminhada para buscar água, assim como outros recursos florestais como lenha. Com isso, a Violência Baseada em Gênero (VBG) está sendo chamada para o centro da agenda climática. Ressaltou também que a gravidez e maternidade na adolescência e o casamento infantil também estão entre os efeitos indiretos relacionados aos eventos climáticos extremos. Detalhando, salientou que adolescentes e crianças sofrem frequentemente de maneira desproporcional com as estratégias adversas de resposta adotadas pelas famílias, pois são, por exemplo, retiradas da escola ou se casam muito cedo. Afirmou que a maternidade na adolescência, um reflexo da sociedade racista patriarcal, é uma questão de justiça reprodutiva e está sob a agenda de direitos humanos e de saúde pública. Mas, particularmente, a maternidade entre as meninas de 10 a 14 anos, tem sido interpretada com uma violação da autonomia e integridade corporal de crianças que se tornam mãe precocemente. Explicou que o casamento infantil é uma realidade ainda presente na vida de muitas meninas e adolescentes no mundo. Dados demonstram que uma de cada cinco crianças em todo o mundo se casa antes de cumprir os 18 anos. O Brasil ocupa o quarto lugar no mundo em números absolutos de meninas e adolescentes casadas até a idade de 15

1497 anos. Frisou que o casamento infantil é uma violação dos direitos humanos, cujo
1498 enfrentamento está previsto inclusive no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 5.
1499 Apenas em 2019 (Lei nº 13.811), houve alteração do Código Civil Brasileiro proibindo
1500 expressamente o casamento de adolescentes menores de 16 anos. Ressaltou ainda que a
1501 prevalência do casamento infantil varia de acordo com os países e as culturas, sendo
1502 impulsionada por fatores como a pobreza e o acesso limitado à educação, e as mudanças
1503 climáticas podem agravar ainda mais este problema. No contexto de longas estiagens, quando
1504 as famílias enfrentam uma perda significativa derivada de um evento extremo relacionado ao
1505 clima, podem recorrer a vários mecanismos de resposta, como aumentar o trabalho, retirar as
1506 crianças da escola e até mesmo recorrer ao casamento precoce de meninas. Finalizando,
1507 apresentou as seguintes considerações: os eventos climáticos extremos estão associados a
1508 um aumento da violência baseada no gênero e são frequentemente relacionados a
1509 insegurança econômica e alimentar, o stress mental e uma maior exposição às hierarquias de
1510 gênero; a falta de acesso a água como ocorre no semiárido brasileiro, devido à seca
1511 prolongada, onde é preciso uma longa jornada de caminhada, colocam meninas e mulheres em
1512 risco aumentado as violências sexuais; o ciclo da pobreza gerado e aprofundado pelas
1513 alterações climáticas, ao lado da falta de acesso a água impactam os direitos sociais e
1514 humanos de meninas e mulheres; sem serviços de água, saneamento e higiene geridos de
1515 forma segura, meninas e mulheres ficam mais vulneráveis a abusos, violências e problemas de
1516 saúde, afetando a sua capacidade de estudar, trabalhar e viver com dignidade. Salientou que é
1517 neste sentido que chamamos atenção que para alcançar a Igualdade de Gênero dos Objetivos
1518 do Desenvolvimento Sustentável - ODS-5 será preciso que a agenda do clima, em particular a
1519 de adaptação climática, seja sensível ao gênero e se comprometa em colocar no centro da
1520 governança climática as crianças, adolescentes e mulheres. Uma adaptação climática baseada
1521 da equidade de gênero é central, considerando os registros de muitos países, que relatam que
1522 meninas e mulheres são as responsáveis em buscar os recursos naturais para garantir comida
1523 e água à comunidade e ao domicílio. Para uma governança climática real e que atinja a
1524 totalidade, é fundamental a presença das mulheres e suas intersecções, das identidades de
1525 gênero e de orientação sexual sub-representadas nos espaços de tomada de decisão. Por fim,
1526 afirmou que as crianças são agentes do futuro, mas antes disso é preciso proteger as meninas
1527 e adolescentes nesse contexto de mudanças climáticas, garantindo sua integridade corporal e
1528 uma vida digna. A representante do Ministério das Mulheres, **Josilene Lúcia dos Santos**,
1529 explanou sobre ações adotadas pela pasta, iniciando com cumprimentos a todas as pessoas
1530 presentes e às pessoas conselheiras pelo trabalho no controle social. Disse que conhecia de
1531 perto os desafios enfrentados por quem atua nesse campo, uma vez que já havia participado
1532 do Conselho Estadual de Saúde do Pará. Destacou sua trajetória de militância ao lado de
1533 entidades como a CUT e a CNTSS, e expressou satisfação em ver o CNS presidido por uma
1534 mulher com forte histórico de mobilização em defesa do SUS e dos trabalhadores. Explicou
1535 que, naquele momento, a Ministra das Mulheres se encontrava em Nova York, participando de
1536 articulações internacionais em defesa dos direitos das mulheres. Acrescentou que a secretaria
1537 da Coordenação-Geral, setor onde atuava, também estava envolvida em agendas importantes,
1538 especialmente sobre a estruturação das secretarias de políticas para mulheres nos estados e
1539 municípios. Ressaltou que o Ministério defendia fortemente a existência e a efetivação dessas
1540 secretarias nos territórios, com a devida estrutura e aparato técnico, para garantir os direitos
1541 das mulheres onde elas efetivamente viviam: nos municípios. Para melhor entendimento,
1542 apresentou um panorama das competências do Ministério das Mulheres, destacando seu papel
1543 na formulação, coordenação e execução de políticas públicas para a promoção dos direitos das
1544 mulheres. Explicou que cabia ao órgão articular políticas nos três níveis de governo, fomentar
1545 ações intersetoriais com instituições públicas e privadas, além de implementar campanhas
1546 educativas de alcance nacional voltadas ao combate à discriminação e à promoção da
1547 igualdade de gênero. Relatou que o Ministério também acompanhava o cumprimento de ações
1548 afirmativas, convenções e acordos internacionais, e que possuía três secretarias: uma voltada
1549 ao empoderamento feminino e à igualdade de direitos; outra à formulação de diretrizes; e a que
1550 ela mesma coordenava, voltada à articulação institucional e à diversidade. Lembrou que,
1551 quando da aprovação da Lei nº 8.080, o artigo que tratava do controle social havia sido vetado,
1552 e que, graças à mobilização dos movimentos sociais, a Lei nº 8.142 foi aprovada no mesmo
1553 ano, institucionalizando a participação social no SUS. Enfatizou que essa conquista era fruto
1554 direto da luta popular e da articulação dos movimentos sociais. Seguindo, apresentou algumas
1555 das principais ações desenvolvidas pelo Ministério das Mulheres em articulação com setores
1556 estratégicos que impactavam diretamente a saúde, como esporte, cultura, lazer, emprego e

1557 renda. Destacou o programa “Mulheres no Esporte” e a atuação conjunta com o Observatório
1558 de Gênero da Casa Civil, que identificava disparidades salariais e promovia o enfrentamento ao
1559 assédio moral e sexual no esporte. Relatou que, muitas vezes, ao invés de proteger a vítima de
1560 violência, as instituições priorizavam preservar a imagem da entidade esportiva. Disse que o
1561 Ministério vinha enfrentando esse tipo de postura, em articulação com o Ministério do Esporte,
1562 com quem mantinha acordos de cooperação técnica. Apontou, ainda, o desenvolvimento do
1563 “Programa Igualdade, Decisão e Poder para as Mulheres”, o “Plano Nacional de Igualdade
1564 Salarial e Laboral entre Homens e Mulheres”, a “Política Nacional de Cuidados” e o “Protocolo
1565 Não é Não” para ambientes esportivos. Mencionou o funcionamento do Fórum Nacional de
1566 Gestoras de Políticas para as Mulheres, que reunia secretárias estaduais e municipais a cada
1567 três meses para capacitação, formação e articulação sobre a implementação de políticas de
1568 gênero nas diversas esferas federativas. Destacou também o projeto das Casas da Mulher
1569 Brasileira, previstas para chegar a mais de 2 mil unidades até 2026, com atendimento
1570 intersetorial e acolhimento em todos os territórios. Mencionou o Pacto Nacional de Prevenção
1571 ao Feminicídio, o curso de prevenção oferecido pela ENAP e os esforços para aprimorar a
1572 eficiência do canal de denúncias “Ligue 180”, cuja lentidão e falhas de resposta vinham sendo
1573 alvo de muitas queixas. Explicou que o Ministério atuava em parceria com as casas da mulher
1574 e as secretarias de segurança pública para melhorar esse atendimento. Também citou o
1575 lançamento da 5ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, previsto para o dia 17
1576 (segunda-feira), às 11h da manhã, no Palácio do Planalto, com a presença confirmada do
1577 presidente Luiz Inácio Lula da Silva e convidou os presentes a participarem. Abordou, ainda, a
1578 articulação entre o Ministério das Mulheres e o Ministério da Saúde em torno da Política de
1579 Atenção Integral à Saúde da Mulher. Relatou que, em relação ao Programa Dignidade
1580 Menstrual, foi realizada uma análise que revelou falhas na cobertura: em cerca de 900
1581 municípios, o programa não havia sido implementado – e justamente nas localidades com
1582 maior vulnerabilidade. Exemplificou com a situação do Pará, Estado onde apenas um dos
1583 dezesseis municípios do arquipélago do Marajó contava com farmácia popular. Afirmou que,
1584 diante disso, a pasta mobilizou a Casa Civil e promoveu reuniões bilaterais com outros órgãos
1585 para discutir as barreiras de implementação tanto do programa quanto da política da Farmácia
1586 Popular, considerada essencial para a saúde das mulheres, especialmente em áreas de difícil
1587 acesso. Compartilhou a informação trazida pela ex-ministra da Saúde, durante o Encontro de
1588 Prefeitas, de que mais de 700 municípios haviam sido incluídos na expansão da Farmácia
1589 Popular, com previsão de que tanto ela quanto o programa Dignidade Menstrual chegassem a
1590 esses locais – especialmente comunidades ribeirinhas, de floresta e quilombolas. Disse que o
1591 Ministério também atuava na mobilização parlamentar pela aprovação de programas
1592 fundamentais à saúde da mulher. Destacou o caso do programa para atenção à menopausa e
1593 ao climatério, que tratava de um problema de saúde pública grave, responsável por óbitos
1594 significativos. Mencionou, ainda, a discussão com a CAISAN sobre prevenção da obesidade, o
1595 envolvimento na formulação da Política Nacional da Primeira Infância – defendendo que essa
1596 política incluisse a mulher desde a gravidez –, e a articulação pela criação de um programa de
1597 atenção à depressão pós-parto, especialmente entre mulheres negras em situação de
1598 vulnerabilidade. Finalizou enfatizando que, embora a Política Nacional de Atenção Integral à
1599 Saúde da Mulher tenha sido aprovada há 20 anos e recentemente transformada em lei, sua
1600 implementação seguia precária. Denunciou que muitos municípios aderiam apenas
1601 formalmente, com fins eleitorais, sem elaborar planos de ação efetivos. Por isso, defendeu que
1602 os debates sobre os programas voltados à saúde da mulher fossem pautados pela
1603 necessidade de assegurar sua efetiva implementação, com respeito à diversidade e à
1604 especificidade das demandas femininas em todos os territórios do país. Concluídas as
1605 explanações, foi aberta a palavra para considerações do Pleno. Conselheira **Heliana**
1606 **Hemetério dos Santos** parabenizou a mesa pela abordagem e lamentou o tempo exíguo para
1607 tratar de pautas tão complexas. Ressaltou a urgência do debate sobre a adolescência
1608 invisibilizada, destacando casos de estupro de meninas entre 10 e 14 anos e a normalização
1609 dessas violências por parte da sociedade, sobretudo em territórios como a Ilha de Marajó, onde
1610 há registros de exploração sexual familiar. Denunciou o silêncio institucional e social diante
1611 dessas violações. Criticou a persistência da abordagem da saúde da mulher centrada apenas
1612 na gestação, apontando a omissão sobre questões como a depressão pós-parto e a
1613 sexualidade na terceira idade. Relembrou episódios históricos, como o uso indiscriminado do
1614 Norplant em mulheres negras e periféricas, demonstrando preocupação com a medicalização
1615 reprodutiva seletiva. Encerrou destacando a importância de se pensar a saúde da mulher para
1616 além da gravidez, com uma abordagem ampla e integral. Conselheira **Fernanda Lou Sans**

1617 **Magano**, Presidenta do CNS, parabenizou as expositoras pela abordagem de temas relevantes
1618 e reconheceu a importância de aprofundar as discussões. Sinalizou que as ações adotadas
1619 são essenciais para avançar na garantia dos direitos das mulheres e citou a Rede Alyne,
1620 modelo de atenção à saúde em rede, que visa cuidado humanizado e integral. Ressaltou a
1621 importância da representatividade interinstitucional nas discussões, incluindo Ministérios da
1622 Saúde, das Mulheres, e o Poder Judiciário e de maior articulação entre setores. Também
1623 enfatizou que o trabalho impacta profundamente a saúde das mulheres, especialmente das
1624 trabalhadoras, sendo esse um dos eixos da 5^a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
1625 e da Trabalhadora. Conselheira **Talita Garrido de Araújo** relatou a realidade enfrentada por
1626 mulheres que dependem de hemocentros, especialmente no Norte e Nordeste, onde o acesso
1627 ao tratamento hematológico é dificultado pela distância, ausência de insumos e falta de
1628 acolhimento. Criticou a responsabilização das mães pela não adesão ao tratamento, apontando
1629 falhas estruturais na integralidade do cuidado e a ausência de acompanhamento em saúde
1630 mental. Concluiu destacando a predominância feminina entre pessoas com demência e
1631 cuidadoras, e a escassez de pesquisas com recorte de gênero sobre essa realidade.
1632 Conselheira **Márcia Bandini** ressaltou a invisibilidade do trabalho na caderneta da gestante,
1633 onde a palavra “trabalho” é usualmente relacionada apenas ao “trabalho de parto”, ignorando
1634 os impactos do trabalho produtivo e reprodutivo sobre a saúde da mulher. Questionou se há
1635 intenção do Ministério da Saúde de alterar esse enfoque na nova versão da caderneta, com
1636 vistas a garantir uma atenção integral à saúde da mulher trabalhadora ao longo de todo o seu
1637 ciclo de vida. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** manifestou-se, reafirmando o compromisso
1638 com a radicalização democrática, a emancipação humana e o enfrentamento às opressões de
1639 classe, gênero e raça. Saudou o desfile político realizado pelo Coletivo Voz MA, pela
1640 revogação da lei da alienação parental. Reforçou a importância da presença de mulheres na
1641 política institucional, homenageando lideranças femininas em atuação no Conselho e em
1642 espaços ministeriais. Defendeu que a luta democrática e pela proteção social passa,
1643 necessariamente, pelo protagonismo das mulheres. Neste ponto, a Coordenadora de
1644 Enfrentamento à Mortalidade Materna - COEMM/CGMU/DGCI/SAPS/MS, **Camila Carloni**
1645 **Gasparro**, justificou sua saída antecipada em razão de compromisso institucional e agradeceu
1646 a oportunidade de participar desta pauta. Destacou o aprendizado constante promovido pela
1647 escuta dos movimentos sociais e reafirmou o compromisso da Coordenação-Geral de Saúde
1648 das Mulheres com a construção de políticas públicas transformadoras, voltadas à vida e ao
1649 bem-estar das mulheres brasileiras. Conselheira **Rosa Maria Anacleto** parabenizou a mesa e
1650 enfatizou a importância da incorporação do recorte racial nas discussões de saúde das
1651 mulheres. Destacou a luta das mulheres negras por representatividade e políticas públicas que
1652 contemplam sua diversidade. Reconheceu os avanços da PNAISM, mas apontou a ausência
1653 de políticas efetivas para a saúde da mulher idosa. Reforçou a necessidade de políticas com
1654 continuidade e abrangência ao longo de todo o ciclo de vida. Conselheira **Carmen Silva**
1655 **Santiago** pontuou que a luta das mulheres é frequentemente solitária, enfrentando estruturas
1656 patriarcais e machistas. Reforçou a necessidade de engajamento de todos os sujeitos sociais
1657 no enfrentamento à desigualdade de gênero. Denunciou a superexploração das mulheres no
1658 mercado de trabalho e em suas jornadas duplas e triplas. Defendeu a construção de uma
1659 democracia com base na igualdade e equidade, destacando as ações da CUT pela paridade de
1660 gênero e igualdade de oportunidades. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior** iniciou
1661 sua fala saudando o fato de o Conselho Nacional de Saúde estar, naquele momento, sob a
1662 presidência de uma mulher trabalhadora, destacando o avanço representado por essa
1663 conquista. Mencionou o protagonismo de diversas conselheiras da sociedade civil e enalteceu
1664 a atuação transversal entre a CISMU/CNS, a Comissão de Direitos Humanos e o Conselho de
1665 Políticas para as Mulheres. Reforçou que a luta pelos direitos das mulheres deve ser
1666 permanente e cotidiana, e não restrita ao mês de março. Ressaltou que, nos momentos de
1667 retrocesso democrático, programas de saúde voltados às mulheres foram os primeiros a
1668 sofrerem cortes ou descontinuidade. Defendeu a ampliação do financiamento da saúde da
1669 mulher como condição necessária para transformar prioridade política em efetividade
1670 orçamentária e programática. Conselheira **Veridiana Ribeiro da Silva** saudou a mesa e
1671 destacou a presença majoritária de mulheres no colegiado, lembrando que as conquistas
1672 femininas em espaços institucionais são resultado de longas trajetórias de militância e
1673 resistência. Alertou para a urgência de o Conselho incorporar de forma robusta o debate sobre
1674 violência obstétrica, relatando casos de agressões físicas e negligência durante o parto,
1675 especialmente em relação a mulheres negras. Criticou o mito da “tolerância à dor” imposto a
1676 corpos negros, fruto de práticas experimentais do passado que ainda hoje repercutem nos

1677 serviços de saúde. Reforçou que essa violência institucionalizada afeta profundamente a
1678 dignidade das mulheres e que muitas ainda não se sentem seguras sequer em seus próprios
1679 lares. Conselheiro **Moysés Toniolo** reiterou a importância do apoio do Conselho na construção
1680 de um plano específico para mulheres vivendo com HIV/AIDS em situação de vulnerabilidade.
1681 Ressaltou a necessidade de retomar com força o enfrentamento à feminização da epidemia,
1682 que por anos foi negada ou subestimada. Apresentou dados alarmantes que indicam maior
1683 prevalência de infecção entre mulheres jovens negras e destacou que, além de serem as mais
1684 afetadas, essas mulheres frequentemente são chefes de família. Solicitou atenção ao plano em
1685 construção e a continuidade do suporte institucional para garantir sua implementação.
1686 Conselheiro **Luís Aníbal Machado** relatou a precariedade do acesso ao exame preventivo do
1687 câncer de colo do útero em sua localidade, onde mulheres precisam percorrer até 300 km para
1688 serem atendidas, muitas vezes sem recursos para alimentação. Denunciou a ausência de
1689 financiamento e a negligência por parte dos gestores locais, que afirmam não haver interesse
1690 econômico na realização do exame. Reforçou o apoio da Nova Central Sindical às pautas das
1691 mulheres e conclamou maior compromisso das autoridades públicas com a saúde feminina.
1692 Conselheira **Paula Johns** parabenizou as apresentações e expressou preocupação com a
1693 distância entre os programas anunciados e sua implementação prática, considerando-os ainda
1694 insuficientes frente à magnitude dos desafios enfrentados pelas mulheres brasileiras.
1695 Compartilhou sua trajetória como ativista feminista, ressaltando o combate à imposição da
1696 maternidade, especialmente sobre mulheres negras e pobres. Enfatizou que políticas voltadas
1697 às doenças crônicas não transmissíveis também devem considerar recortes de gênero e raça.
1698 Conselheira **Sibele Lemos** fez referência à campanha “Criança não é mãe” e destacou a
1699 urgência de se enfrentar o casamento infantil, prática ainda permitida pelo Código Civil
1700 brasileiro, apesar de contrariar normas internacionais. Denunciou também a lei da alienação
1701 parental, que segundo ela favorece o incesto e revitimiza mulheres e meninas. Abordou ainda a
1702 invisibilidade de questões como puberdade precoce, menopausa precoce, doenças raras e o
1703 racismo institucional nos serviços de saúde, especialmente em relação a mulheres indígenas,
1704 com deficiência e de baixa renda. Criticou o tratamento discriminatório oferecido às mulheres
1705 que acessam os serviços do SUS, cujas queixas são muitas vezes desqualificadas como
1706 exagero ou sensibilidade emocional. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** fechou as falas
1707 destacando a invisibilidade da saúde das mulheres em privação de liberdade e afirmando que a
1708 negação de cuidados ginecológicos e obstétricos representa uma “segunda pena” imposta a
1709 essas mulheres. Nas suas palavras, a saúde prisional deve ser uma pauta do CNS, dada a
1710 complexidade. Acrescentou dado recente sobre a taxa de transmissão vertical de HIV em
1711 populações indígenas, que chega a 13,2% — número muito superior à média nacional de 1,3%
1712 —, classificando a situação como evidência de exclusão institucional e potencial genocídio.
1713 Finalizou convocando o colegiado a enfrentar com firmeza essas desigualdades. Finalizadas as
1714 manifestações, a mesa retomou a palavra para responder aos apontamentos realizados. A
1715 representante do Ministério das Mulheres, **Josilene Santos**, destacou a necessidade de
1716 articulação interministerial para a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde
1717 da Mulher, salientando que, sem o envolvimento de todos os setores, a política não alcançará a
1718 integralidade pretendida. Informou que o Ministério da Saúde instituiu uma assessoria especial
1719 para tratar do tema em conjunto com o Ministério das Mulheres, com vistas à convergência dos
1720 programas voltados às mulheres, incluindo as que se encontram em privação de liberdade.
1721 Salientou que o programa da dignidade menstrual tem sido implementado no sistema prisional,
1722 com produção de insumos por mulheres encarceradas, de forma a atender tanto a elas quanto
1723 a suas famílias. Enfatizou a urgência de alcançar as mulheres em maior situação de
1724 vulnerabilidade — especialmente mulheres negras e idosas — e reafirmou o compromisso de
1725 incluir as populações ribeirinhas e das florestas nas estratégias, considerando as
1726 especificidades territoriais, como o tempo de deslocamento e a ausência de serviços
1727 essenciais. Defendeu a expansão das unidades fluviais de saúde com equipes
1728 multiprofissionais, que atendam de forma integrada às demandas de saúde, cultura, esporte,
1729 educação e saneamento. Reiterou que políticas públicas devem considerar todas as faixas
1730 etárias, especialmente as que são historicamente negligenciadas, e colocou o Ministério das
1731 Mulheres à disposição para cooperação com o Conselho, solicitando, inclusive, o envio de
1732 propostas para discussão. Por fim, ressaltou a importância da presença de mais mulheres na
1733 política e em espaços de decisão, por serem as que formulam e pautam as políticas voltadas
1734 às próprias mulheres. A pesquisadora **Emanuelle Góes** reconheceu a importância das
1735 contribuições apresentadas nas manifestações, considerando que os temas abordados
1736 dialogam com sua atuação, em especial com o enfoque racial e com o debate sobre racismo

1737 obstétrico. Concentrou sua intervenção nas questões relativas ao casamento infantil e à
1738 exploração de meninas em contextos de pobreza extrema, nos quais a família, muitas vezes,
1739 enxerga essas práticas como alternativas de sobrevivência. Destacou que, em regiões
1740 marcadas por seca prolongada, como no semiárido e na Amazônia, os direitos das meninas e
1741 mulheres ficam em “suspenso”, em nome da sobrevivência familiar, e as meninas acabam
1742 sendo inseridas em uniões precoces, frequentemente para exercer funções como trabalho
1743 doméstico. Criticou a inexistência de um marco legal mais rigoroso em relação a uniões
1744 envolvendo meninas de 10 a 14 anos, faixa etária em que muitas já se encontram em situação
1745 conjugal ao parir. Ressaltou a urgência de discutir a mobilidade e a assistência à saúde de
1746 populações ribeirinhas, fortemente afetadas pelas mudanças climáticas, propondo ampliar o
1747 debate para temas como acesso por transporte fluvial e justiça climática. Colocou-se à
1748 disposição para colaborar com o aprofundamento das pautas relativas ao racismo obstétrico e
1749 à violência de gênero em contextos de eventos extremos e de emergência humanitária.
1750 Conselheira **Vanja Andréa dos Santos** agradeceu as contribuições recebidas e reconheceu,
1751 com ênfase, a importância das manifestações masculinas durante o debate, reafirmando que a
1752 luta por equidade e justiça de gênero deve ser abraçada por toda a sociedade. Questionou qual
1753 deve ser o papel do movimento social e do controle social na construção de um mundo mais
1754 justo e igualitário, destacando que a maioria das pautas das mulheres está diretamente
1755 vinculada à saúde, o que confere ao CNS uma responsabilidade central nesse processo.
1756 Reforçou que é urgente fortalecer o acesso ao aborto legal, a humanização do atendimento em
1757 saúde e a integralidade do cuidado em todas as fases da vida — da infância à velhice. Citou a
1758 discriminação enfrentada por meninas no momento da busca por direitos sexuais e
1759 reprodutivos, bem como a invisibilização das mulheres idosas nos serviços. Destacou a
1760 atuação do subsegmento de mulheres no Conselho e agradeceu o apoio da equipe técnica da
1761 CISMU. Ressaltou que a pauta prioritária do mês de março será o feminicídio, reforçando o
1762 compromisso com a campanha nacional por tolerância zero à violência contra as mulheres.
1763 Mencionou ainda que o Ministério das Mulheres esteve presente na Marquês de Sapucaí não
1764 em caráter festivo, mas para reafirmar publicamente a necessidade de respeito à vida das
1765 mulheres. Finalizou reforçando a necessidade de se considerar as realidades das mulheres
1766 das favelas, das comunidades ribeirinhas, das trabalhadoras do campo, das pescadoras e das
1767 que vivem em regiões com escassez hídrica, reiterando que a diversidade das mulheres
1768 brasileiras exige respostas igualmente diversas das políticas públicas. Conselheira **Francisca**
1769 **Valda** da Silva, da Mesa Diretora do CNS, agradeceu as exposições e destacou que o debate
1770 foi rico e comprometido com a pluralidade e a diversidade das mulheres brasileiras. Recordou
1771 que a última Conferência Nacional de Saúde das Mulheres foi realizada em 2017, e reforçou a
1772 necessidade de retomar os eixos debatidos naquele momento: o papel do Estado, os impactos
1773 das desigualdades nos ciclos de vida e a dimensão socioeconômica e ambiental. Enfatizou que
1774 muitos dos desafios continuam atuais, exigindo monitoramento, avaliação crítica e atuação
1775 constante dos espaços de controle social. Em seguida, conselheira **Priscila Torres**
1776 apresentou os temas e as propostas que surgiram do debate, sugerindo enviar à
1777 Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU/CNS para aprofundamento: 1) saúde
1778 da mulher idosa; 2) combate a todos os tipos de violência contra as mulheres, incluindo
1779 violência obstétrica e nos serviços de saúde; 3) casamento infantil e a proteção das
1780 adolescentes sobre os abusos sexuais; 4) Saúde da mulher em situação prisional; 5)
1781 saúde mental da mulher em todos os ciclos de vida; 6) humanização da atenção às
1782 necessidades das mulheres com doenças crônicas em situações de tratamentos
1783 infusionais no âmbito do SUS, visando fomentar melhorias e revisão da tabela de
1784 repasse TFD (tratamento fora de domicílio); e 7) fomentar seminários visando incentivar
1785 a criação de comissões de saúde da mulher em todos os municípios e estados
1786 brasileiros. Por fim, expressou gratidão a todas as participantes e convidadas da mesa,
1787 reafirmando o compromisso do Conselho Nacional de Saúde com a escuta qualificada e
1788 o enfrentamento coletivo dos desafios apresentados. Com esses encaminhamentos, a
1789 mesa agradeceu novamente a presença das convidadas e encerrou este item. **ITEM 8 –**
1790 **MEMÓRIA VIVA: 5 ANOS APÓS A PANDEMIA DE COVID-19 - Apresentação:** **Bruna Morato**,
1791 Advogada-especializada em Direito da Saúde; **Milton Alves Santos**, Coordenador Executivo
1792 da Coalizão Orfandade de Direitos; **Sadi Flores Machado**, Procurador da República/Ministério
1793 Público Federal - MPF; conselheira **Rosângela Dornelles**, representante da Associação de
1794 Apoio e Defesa dos Direitos das Vítimas da COVID-19 – Associação Vida e Justiça.
1795 Coordenação: conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira
1796 **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, foi

1797 reproduzido vídeo, elaborado pela assessoria de comunicação do CNS, sobre o período da
1798 pandemia de COVID-19 e as ações de enfrentamento adotadas pelo Conselho. O coordenador
1799 executivo da Coalizão Orfandade de Direitos, **Milton Alves Santos**, iniciou sua fala saudando
1800 os presentes e declarando que era uma honra participar da sessão do Conselho,
1801 especialmente diante da oportunidade de refletir sobre os cinco anos da pandemia de COVID-
1802 19 e suas consequências. Informou que havia sido convidado na condição de coordenador
1803 executivo nacional da Coalizão Irmandade por Direitos, um movimento com presença em 22
1804 estados, composto por operadores do Direito e servidores públicos atuantes em diversos
1805 poderes e instituições. Explicou que, desde 2023, a Coalizão Nacional Orfandade e Direitos
1806 vinha trabalhando no reconhecimento da vitimização de crianças e adolescentes que perderam
1807 seus cuidadores durante a pandemia. Afirmou que uma parte significativa dessas mortes teria
1808 sido criminosa e que, além do luto, havia um impacto social profundo na vida dessas crianças e
1809 de suas famílias. Destacou que essa orfandade precisava ser compreendida não como um
1810 fenômeno natural ou individual, mas como uma consequência estrutural de uma tragédia
1811 coletiva. Traçou um panorama histórico sobre o tema da orfandade no Brasil, explicando que o
1812 direito dos órfãos surgiu antes mesmo do direito da infância e juventude e esteve vinculado
1813 inicialmente aos filhos de colonizadores portugueses. No entanto, frisou que essa proteção
1814 nunca foi estendida às crianças negras, indígenas ou empobrecidas, que historicamente foram
1815 marginalizadas e exploradas. Observou que, desde os anos 1970, a questão da orfandade
1816 havia sido invisibilizada nas políticas públicas e nos direitos humanos, até ser redescoberta
1817 pela emergência da pandemia. Afirmou que a perda de um cuidador alterava radicalmente a
1818 estrutura das famílias, gerando sobrecarga especialmente para as mulheres negras, que
1819 muitas vezes assumiam novos papéis de cuidado. Apontou que esse processo exigia atenção
1820 à saúde emocional das crianças, proteção contra negligência e abuso, apoio jurídico e
1821 financeiro, bem como políticas públicas integradas de educação, saúde, habitação e
1822 assistência social. Defendeu que era fundamental reconhecer o direito à manifestação pública
1823 do luto e à preservação da memória das vítimas, algo ainda ausente na cultura institucional do
1824 país. Reforçou que não se tratava apenas de honrar os mortos, mas de garantir o futuro das
1825 crianças afetadas e fortalecer os laços comunitários de cuidado. Apresentou dados do registro
1826 civil que indicavam a existência de 145.729 crianças em orfandade no Brasil, com
1827 aproximadamente 15.524 casos diretamente relacionados à COVID-19. Explicou que a maioria
1828 das crianças havia perdido apenas um dos cuidadores e que mais de 80% delas estavam na
1829 primeira infância. Ressaltou que 70% dessas crianças eram negras e 60% tinham menos de 12
1830 anos, conforme dados do CadÚnico. Concluiu que o enfrentamento da orfandade no contexto
1831 da pandemia era um dever coletivo e interinstitucional. Assim, esse tema exigia do Estado e da
1832 sociedade uma ação coordenada e contínua, voltada à justiça social, à reparação e à
1833 valorização da memória como instrumento de transformação. Em seguida, a Advogada-
1834 especializada em Direito da Saúde, **Bruna Morato**, iniciou sua apresentação agradecendo a
1835 oportunidade de falar no Conselho, expressando reconhecimento à presença dos conselheiros
1836 e dos convidados, especialmente das vítimas da pandemia, entre elas Isabel Gomes, que, ao
1837 ter perdido um ente querido, simbolizava o motivo pelo qual todos estavam ali reunidos: evitar
1838 que outras pessoas passassem pelas mesmas perdas e sofrimentos. Ressaltou que o
1839 fortalecimento do SUS passava pela compreensão da história recente do país, e que a
1840 pandemia de COVID-19 representava uma tragédia cujas causas e consequências ainda
1841 precisavam ser devidamente analisadas, lembradas e reparadas. Explicou que sua
1842 participação se dava na condição de coordenadora jurídica da Associação Vida e Justiça e que
1843 seu objetivo era trazer reflexões sobre os aspectos jurídicos da pandemia, com foco no
1844 enfrentamento do negacionismo e na garantia da participação social. Afirmou que, apesar do
1845 número absurdo de mortes causadas pela pandemia, a situação poderia ter sido ainda mais
1846 grave se não fosse a resistência de órgãos públicos e movimentos sociais. Destacou que o
1847 CNS teve um papel essencial na luta contra a desinformação e na defesa da ciência. Disse
1848 também que os efeitos da pandemia não estavam apenas nos números de vítimas fatais, mas
1849 também nos impactos sociais e psicológicos causados pela propagação deliberada de *fake*
1850 news e pela ausência de políticas públicas eficazes. Lamentou que, embora a CPI da COVID-
1851 19 tenha produzido um relatório com encaminhamentos para dez ações judiciais, muitos
1852 desses procedimentos tivessem sido arquivados. No entanto, chamou atenção para os
1853 desdobramentos do caso *Prevent Senior*, em São Paulo, destacando que, ao contrário dos
1854 processos encaminhados à esfera federal, esse caso seguiu para investigação estadual e
1855 contou com atuação efetiva do Ministério Público. Relatou que, conforme as investigações, a
1856 empresa *Prevent Senior* havia realizado experimentos em pacientes com medicamentos sem

1857 comprovação científica e sem autorização ética, incluindo substâncias como hidroxicloroquina,
1858 colchicina, flutamida e metotrexato. Afirmou que muitos pacientes, já fragilizados pela COVID-
1859 19, foram submetidos a esses experimentos, que em vez de tratar, agravaram seus quadros
1860 clínicos, resultando em complicações graves e mortes. Segundo ela, essa conduta não apenas
1861 violou princípios científicos, mas também representou um ataque à dignidade humana e à
1862 autonomia médica. Declarou que tais práticas foram incentivadas por uma estratégia de
1863 comunicação oficial baseada em *fake news* e negacionismo, cuja finalidade teria sido manter a
1864 economia ativa, mesmo ao custo da vida humana. Ressaltou que a disseminação dessas
1865 informações falsas teve um papel central na tragédia vivida no país e que isso precisava ser
1866 enfrentado jurídico, político e moralmente. Informou que o Ministério Público de São Paulo,
1867 após a análise de mais de 30 mil documentos e oitivas de mais de sessenta testemunhas,
1868 concluiu que as denúncias contra a *Prevent Senior* não apenas procediam, como eram ainda
1869 mais graves do que se imaginava. A investigação resultou em uma ação civil pública com
1870 pedido de indenização de quase R\$ 1 bilhão por danos morais coletivos. Destacou que o valor
1871 solicitado deveria ser destinado ao SUS, e que o CNS possuía papel essencial na definição
1872 das diretrizes para o uso adequado desses recursos, com base em critérios técnicos, legais e
1873 de justiça social. Defendeu que o apoio do Conselho deveria se estender também à classe
1874 profissional da saúde, que precisava trabalhar com autonomia, protegida contra pressões
1875 políticas e ideológicas. Reforçou que a luta por memória, verdade e justiça exigia o
1876 reconhecimento dos responsáveis pela tragédia, a reparação às vítimas e o fortalecimento das
1877 estruturas públicas de saúde. Destacou que, ao perder alguém, as pessoas também perdiam
1878 uma parte de si e passavam a viver o luto de forma contínua, o que demandava políticas de
1879 saúde mental integradas ao SUS. Concluiu afirmando que a pandemia revelou um cenário de
1880 ruína dos valores humanos fundamentais, como a solidariedade e a dignidade. Criticou o
1881 negacionismo, a banalização das mortes e a desinformação promovida por autoridades que
1882 chegaram a minimizar o número de óbitos. Reforçou que apenas a ciência, a informação e a
1883 mobilização coletiva seriam capazes de evitar a repetição de tais tragédias. Finalizou
1884 agradecendo ao Conselho pelo espaço e pediu apoio contínuo às vítimas da COVID-19,
1885 ressaltando que essas pessoas representavam toda uma coletividade afetada, e que a
1886 reparação, a justiça e a memória eram caminhos imprescindíveis para a reconstrução do país.
1887 Em seguida, o Procurador Regional dos Direitos do Cidadão no Pará, **Sadi Flores Machado**,
1888 fez uma fala sobre as ações voltadas a memória, verdade, justiça, reparação e não repetição
1889 no contexto da pandemia de COVID-19. Iniciou sua participação saudando a Presidenta do
1890 CNS, Fernanda Magano, os demais integrantes da mesa e, em especial, Rosângela Dorneles,
1891 pelo convite para debater um tema de extrema relevância. Ressaltou que a pandemia de
1892 COVID-19 no Brasil foi marcada por falsas memórias e esquecimentos, moldando uma
1893 narrativa que omite responsabilidades e violações. Nesse contexto, informou que conduz um
1894 inquérito civil voltado à fiscalização e promoção de políticas públicas que tratem da resposta
1895 federal à pandemia, buscando enfrentar o apagamento institucional das consequências da
1896 crise sanitária. Destacou a importância simbólica de tal investigação ser conduzida a partir da
1897 região amazônica — especificamente do Pará, Estado que, em determinado momento, foi
1898 epicentro da crise do oxigênio durante a pandemia. Contrapôs-se à ideia de que a pandemia
1899 tenha sido democrática, afirmando que atingiu desproporcionalmente os grupos em situação de
1900 maior vulnerabilidade. Demonstrou preocupação com o fato de, mesmo cinco anos após o
1901 início da emergência de saúde pública, o Brasil ainda não dispor de um plano estruturado para
1902 lidar com futuras pandemias e tampouco ter avançado em uma política efetiva de reparação às
1903 vítimas. Recordou que o Ministério Pùblico Federal, ainda em abril de 2020, ajuizou ação civil
1904 pública no Pará, sustentando a responsabilidade civil da União pelas omissões no
1905 enfrentamento à pandemia, especialmente pelo uso de discursos contrários às diretrizes da
1906 Organização Mundial da Saúde - OMS e pela ausência de coordenação centralizada por parte
1907 do Ministério da Saúde. Referiu-se também a outra ação, ajuizada em 2021, que pleiteia uma
1908 declaração pública de pesar e desculpas às vítimas da COVID-19, bem como o pagamento de
1909 indenização coletiva de no mínimo um bilhão de reais, a ser revertida para o Fundo Federal
1910 dos Direitos Difusos, e compensações individuais a familiares de mortos e a sobreviventes com
1911 sequelas. Afirmou que, embora o Judiciário ainda não tenha dado solução definitiva a essas
1912 ações, o dever institucional de promover a memória e a justiça transcende a atuação judicial.
1913 Defendeu que órgãos como o Ministério da Saúde e a administração pública federal devem,
1914 independentemente de processos judiciais, cumprir seu papel no reconhecimento e na
1915 reparação dos danos sofridos. Em sua exposição, compartilhou os principais resultados de
1916 reuniões conduzidas no âmbito do inquérito civil, com a participação de representantes da

1917 sociedade civil e da academia — entre elas a professora Deisy Ventura (CPDISA/USP), a
1918 ativista Paola Falsetta (AVICO) e Rosângela Dorneles (Rede Vida e Justiça). As contribuições
1919 dessas interlocuções indicaram, entre outros aspectos, a persistente ausência de políticas
1920 públicas de memória e reparação; a carência de financiamento para pesquisas em ciências
1921 sociais voltadas à análise da resposta federal à pandemia; e a necessidade de garantir a
1922 participação social na construção de memoriais e acervos oficiais sobre a COVID-19. Referiu-
1923 se ainda ao acervo desenvolvido pelo projeto “Sou Ciência” da UNIFESP, que organiza
1924 documentos e evidências das violações de direitos durante a pandemia. Apontou que, apesar
1925 de iniciativas da sociedade civil e de universidades, o Estado ainda não instituiu ações públicas
1926 consolidadas nesse campo. Ressaltou a importância de assegurar controle social e
1927 transparéncia sobre o Memorial da COVID-19, previsto em acordo de cooperação técnica entre
1928 o Ministério da Saúde e a Fundação Biblioteca Nacional, e defendeu o acompanhamento
1929 rigoroso das medidas adotadas pela Corregedoria do Ministério da Saúde a partir das
1930 conclusões da CPI da Pandemia. Também destacou a necessidade de monitoramento da
1931 implementação das diretrizes e propostas da 17ª Conferência Nacional de Saúde relacionadas
1932 à memória da COVID-19. Citou o resultado de pesquisa de opinião que indicou que cerca de
1933 45% da população entrevistada considerava pertinente a criação de uma Comissão Nacional
1934 da Verdade voltada à resposta federal à pandemia. Encerrou sua fala enfatizando que as
1935 ações de memória, verdade e justiça não dizem respeito apenas ao passado, mas constituem
1936 medidas imprescindíveis para a prevenção de futuras tragédias. Lembrou que a COVID-19 é
1937 uma doença do antropoceno, diretamente ligada à ação humana sobre o meio ambiente, o que
1938 exige uma abordagem integrada entre saúde pública e justiça socioambiental. Diante disso,
1939 conclamou o CNS a se aliar ao Ministério Público Federal na construção de estratégias
1940 conjuntas de apuração e enfrentamento das omissões ocorridas durante a pandemia,
1941 colocando-se à disposição para dialogar com os conselheiros sobre possíveis linhas de
1942 atuação institucional. Concluídas as manifestações, abriu a palavra para considerações do
1943 Pleno do Conselho. A primeira manifestação coube a **Fernanda Natasha Cruz**,
1944 voluntária da Associação de Vítimas e Familiares de Vítimas da COVID-19 - AVICO, que
1945 relatou sua experiência pessoal com a perda do pai, falecido em novembro de 2020, antes do
1946 início da vacinação, em um contexto de negação científica e racismo estrutural. Denunciou a
1947 interseccionalidade entre racismo e negacionismo como causa da exposição de populações em
1948 situação de vulnerabilidade e destacou que, mesmo após cinco anos do início da pandemia, as
1949 famílias enlutadas ainda enfrentavam dificuldades de acesso a cuidado psicológico e suporte
1950 social. Também apresentou a "Agenda COVID por Reparação e Responsabilização",
1951 construída com diversas instituições e entregue ao governo de transição, com propostas
1952 concretas de políticas públicas voltadas ao acolhimento das pessoas afetadas, incluindo uma
1953 linha de cuidado em saúde mental para os enlutados e atenção às pessoas com COVID longa.
1954 Enfatizou que tais demandas não foram contempladas no Plano Plurianual e que sua
1955 implementação dependeria do compromisso institucional, especialmente do Conselho, com o
1956 monitoramento e a articulação intersetorial. Conselheira **Márcia Cristina Brandini** reforçou a
1957 importância de criação de uma Comissão Nacional da Verdade sobre a pandemia e evidenciou
1958 o papel das entidades científicas no combate à desinformação e na formulação de diretrizes
1959 sanitárias. Citou como exemplo o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia, elaborado
1960 pela Frente pela Vida, e divulgou o dossiê "AbraSUS – Pandemia de COVID-19", lançado
1961 durante o 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, contendo análises e recomendações
1962 relevantes para o país. Defendeu que o documento fosse disponibilizado pelo CNS como
1963 contribuição à preservação da memória, destacando os impactos da pandemia sobre
1964 trabalhadores, populações em situação de vulnerabilidade e o contínuo risco da COVID longa.
1965 Conselheiro **Moyses Toniolo** apresentou proposta de encaminhamento, solicitando que
1966 fossem formalmente requeridas ao Ministério da Saúde informações sobre o descumprimento
1967 de recomendações emitidas entre 2020 e 2022. Destacou que tais recomendações haviam
1968 tratado de dados desagregados por gênero, raça, deficiência, comorbidades, além da situação
1969 de povos indígenas, população em situação de rua e trabalhadores essenciais. Reforçou a
1970 necessidade de resgatar os registros omitidos ou apagados e de monitorar essas ações no
1971 atual governo, e conclamou o CNS a liderar esse resgate como parte do processo de
1972 reconstrução institucional. Conselheira **Karina Hamada Zuge** manifestou sua indignação com
1973 a invisibilização das pessoas com deficiência durante a pandemia. Apontou a inexistência de
1974 dados específicos, a ausência de acessibilidade nos atendimentos de saúde e o fato de que
1975 pessoas surdas foram internadas e entubadas sem qualquer comunicação adequada.
1976 Ressaltou que até mesmo em audiências e materiais institucionais, como vídeos, as pessoas

1977 com deficiência continuavam sendo ignoradas, o que reiterava o padrão de exclusão histórica.
1978 Conselheira **Maria Cecília Oliveira** relatou as dificuldades enfrentadas por pessoas com
1979 deficiências intelectuais e doenças raras durante o período de isolamento, em que muitas
1980 ficaram afastadas de seus cuidadores e sem acesso a tratamentos essenciais. Denunciou
1981 ainda decisão recente da Conitec que recomendou contra a incorporação de um medicamento
1982 vital para pacientes com síndrome hemolítico-urêmica atípica, destacando a gravidade dessa
1983 omissão e seu potencial letal. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** relatou que as resoluções
1984 aprovadas pelo colegiado do CES/RS durante a pandemia foram sistematicamente
1985 desconsideradas pelo governo estadual. Segundo ele, o governador solicitou parecer da
1986 Procuradoria Geral do Estado, que concluiu que o conselho não era deliberativo, justificando
1987 assim o descumprimento das decisões do controle social. Qualificou essa postura como
1988 expressão de negacionismo não apenas sanitário, mas também institucional, direcionado
1989 contra o próprio SUS. Conselheiro **Anselmo Dantas**, ao lembrar a frase do Tribunal de
1990 Nuremberg sobre a importância da memória para que os erros não se repitam, ressaltou que o
1991 Brasil possuía uma denúncia formal junto ao Tribunal Penal Internacional sobre a condução da
1992 pandemia. Citou ainda documento da Organização Mundial da Saúde que condenava o país
1993 por práticas adotadas no período. Defendeu que os conselhos de saúde locais incluam em
1994 suas pautas a discussão sobre a memória da pandemia, para que esse debate seja perene e
1995 orientado à formação de novas gerações. Conselheira **Sibele de Lima Lemos**, em fala breve,
1996 informou sobre o relatório elaborado em 2021 a respeito do monitoramento das políticas
1997 públicas voltadas à saúde da mulher, enfatizando os retrocessos verificados no período.
1998 Conselheira **Vânia Lúcia Leite**, ao refletir sobre os cinco anos de pandemia, destacou a
1999 necessidade de vigilância global, atualização da regulamentação sanitária, combate às *fake*
2000 news e garantia de acesso universal às vacinas. Manifestou preocupação com a falta de
2001 preparo do país para novas pandemias. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** propôs a
2002 elaboração de uma recomendação expressiva, que reúna as contribuições do Comitê de
2003 Acompanhamento da COVID-19 e outras recomendações do CNS. Mencionou que esse
2004 comitê, formado em 2020, havia produzido documentos relevantes sobre memória, reparação e
2005 cuidado com vítimas da pandemia, os quais deveriam ser resgatados e incorporados à ação
2006 institucional atual. Conselheiro **Getúlio Vargas Moura Júnior** lembrou das articulações da
2007 Frente Pela Vida com o Ministério da Saúde e reforçou a importância de consolidar os
2008 documentos produzidos no período da pandemia como forma de preservar a memória
2009 institucional e garantir que os erros não se repitam. Mencionou ainda a participação do
2010 Conselho Nacional de Direitos Humanos nas denúncias nacionais e internacionais sobre
2011 violações de direitos humanos relacionadas à gestão da pandemia. Conselheiro **Mauri Bezerra**
2012 **Filho** afirmou categoricamente que todos os brasileiros foram sobreviventes de um genocídio
2013 promovido por um governo que apostou na morte. Ressaltou que mais de seis mil profissionais
2014 da saúde faleceram em decorrência da COVID-19, a maioria deles mulheres da área da
2015 enfermagem, muitas delas chefes de família. Defendeu reparações financeiras às famílias e a
2016 responsabilização penal dos gestores envolvidos. Conselheira **Lucimary Santos Pinto**
2017 reforçou o protagonismo do movimento sindical na defesa da saúde e segurança dos
2018 trabalhadores da saúde. Lembrou que foram necessárias ações judiciais para garantir o
2019 afastamento de profissionais gestantes, lactantes ou com comorbidades, em um contexto de
2020 omissão tanto do governo federal quanto dos governos estaduais e municipais. Defendeu que
2021 o tema seja amplamente discutido na 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da
2022 Trabalhadora. Conselheiro **José Vanilson Torres** criticou a ausência de dados
2023 epidemiológicos sobre a população em situação de rua e a exclusão do Plano Nacional de
2024 Imunização. Denunciou que milhares de vidas das ruas e das periferias sequer entraram nas
2025 estatísticas oficiais. Relatou a atuação do Comitê de Acompanhamento da Pandemia, que
2026 promoveu atividades virtuais e eventos sobre a vacinação dessa população, e reiterou a
2027 importância de preservar a memória para garantir que tragédias semelhantes não se repitam.
2028 Conselheira **Veridiana Ribeiro da Silva** reforçou a responsabilidade do CNS em dar
2029 continuidade ao debate sobre os efeitos da pandemia. Destacou os impactos desproporcionais
2030 sobre mulheres negras e criticou a ausência de um plano de enfrentamento para futuras crises
2031 sanitárias. Alertou que entidades e setores que negaram a pandemia permaneciam
2032 negacionistas, sem qualquer manifestação pública de reparação ou responsabilização.
2033 Conselheira **Edna Maria Mota** apresentou dados da Organização Mundial da Saúde indicando
2034 que entre 80 mil e 180 mil profissionais de saúde faleceram globalmente entre janeiro de 2020
2035 e maio de 2021. No Brasil, segundo o COFEN, mais de 13.600 profissionais morreram, dos
2036 quais 70% eram da área de enfermagem, majoritariamente mulheres. Destacou que esses

2037 profissionais sofreram hostilidades e foram impedidos de retornar às suas casas por medo de
2038 contaminar familiares, e conclamou os presentes a valorizarem e preservarem a memória
2039 desses trabalhadores. Concluídas as falas, foi aberta a palavra às pessoas convidadas para
2040 considerações finais. Emocionada, conselheira **Rosângela Dornelles** afirmou que a pandemia
2041 foi um evento desumano que revelou a negligência institucional e as consequências trágicas da
2042 ausência de políticas públicas. Defendeu que o SUS seja fortalecido para atender às pessoas
2043 com sequelas e reiterou a necessidade de ampliar os debates em todos os conselhos de saúde
2044 do país, para que a memória não se apague. O Coordenador Executivo da Coalizão Orfandade
2045 de Direitos, Milton Alves Santos, lembrou que a lentidão na implementação de políticas de
2046 reparação não era uma falha, mas sim parte de um projeto estruturado de esquecimento e
2047 desmobilização social. Defendeu a criação de uma Comissão da Verdade baseada em dados e
2048 evidências, e chamou a atenção para o risco de desaparecimento de arquivos e bases de
2049 dados oficiais. Reforçou que o negacionismo havia sido derrotado eleitoralmente, mas não
2050 vencido na prática, e que era necessário seguir na luta por justiça e memória. Por fim, a
2051 advogada Bruna Morato defendeu o alinhamento jurídico em torno da responsabilização dos
2052 agentes públicos envolvidos na disseminação de *fake news*, desassistência deliberada à
2053 ciência e práticas antiéticas. Solicitou melhor identificação das vítimas diretas e indiretas e
2054 atenção especial aos profissionais de saúde, muitos dos quais não tiveram acesso a
2055 equipamentos de proteção individual durante o pico da crise. O Procurador da
2056 República/Ministério Público Federal - MPF, Sadi Flores Machado, reforçou que estratégias
2057 como a imunidade de rebanho por contágio são juridicamente inaceitáveis e cientificamente
2058 irresponsáveis. Denunciou a perda de confiança nas instituições e conclamou o CNS a liderar a
2059 construção de um plano nacional robusto e baseado nos direitos humanos e na ciência, como
2060 forma de honrar a memória das vítimas e prevenir novas tragédias. Ao final do debate, a
2061 Presidenta do CNS realizou uma síntese dos encaminhamentos propostos ao longo do debate,
2062 e o conselheiro Moyses Toniolo fez acréscimos. **Desse modo, os encaminhamentos deste**
2063 **ponto de pauta foram os seguintes:** a) promover ação parceira do CNS com o Conselho
2064 Nacional de Direitos Humanos visando promover debate com a Comissão Nacional da
2065 Verdade sobre a perspectiva dos absurdos que aconteceram durante a pandemia da
2066 COVID-19; b) redigir recomendação, a ser aprovada na próxima reunião do CNS, contemplando as recomendações apresentadas pelo Procurador da República, as
2067 deliberações da 17ª Conferência Nacional de Saúde e as recomendações do CNS sobre o
2068 tema; c) agendar terceira visita da Mesa Diretora do CNS à Procuradoria Geral da
2069 República da República para cobrar novamente os encaminhamentos relativos à
2070 pandemia da COVID-19; d) ampliar diálogo com as áreas de direitos humanos e políticas
2071 públicas de assistência social para o cuidado sobre COVID prolongada, orfandade, entre
2072 outros temas relativos à COVID-19; e) debater o tema da orfandade decorrente da COVID-
2073 19 na Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida – CIASCV/CNS; f)
2074 criar espaço colegiado no CNS ou no Ministério da Saúde para monitorar e acompanhar
2075 os assuntos relacionados à COVID-19 (esta proposta será debatida na Mesa Diretora do
2076 CNS para os devidos encaminhamentos); e g) solicitar informações ao Ministério da
2077 Saúde sobre os desdobramentos das recomendações do CNS, com informação dos
2078 sistemas nacionais de informação. Encerrando, agradeceu, de forma pública, à Fernanda
2079 Davi pela fala em nome das vítimas e familiares, reconhecendo a relevância da escuta ativa
2080 nesse processo de reconstrução da memória coletiva. Destacou, ainda, que o CNS deverá
2081 retomar oportunamente o debate sobre o Memorial das Vítimas da COVID-19, inclusive com a
2082 convocação de nova mesa temática, garantindo a participação de todas as associações
2083 representativas. Por fim, agradeceu a presença de todas as pessoas convidadas e reconheceu
2084 a importância da atuação de cada uma delas. Com isso, às 13h38, a mesa encerrou a manhã
2085 do segundo dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: **Titulares** -
2086 **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Carmem Silvia Ferreira**
2087 **Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal
2088 de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira
2089 de Hospitais (FBH); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos –
2090 FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio**
2091 **Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM);
2092 **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves**
2093 **Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE
2094 CANDACES BR); **José Ramix de Melo Pontes Junior**, Confederação Nacional dos
2095 Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Lenise Aparecida**

2097 **Martins Garcia**, Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); **Lucimary Santos Pinto**, Confederação
2098 Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central
2099 Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marcia Cristina das Dores Bandini**, Associação Brasileira
2100 de Saúde Coletiva (ABRASCO); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de
2101 Autismo (ABRA); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
2102 em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação
2103 Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Neilton Araújo de Oliveira**,
2104 Ministério da Saúde (MS); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria
2105 (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato
2106 Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos – Filiado à CUT (SINTAPI-
2107 CUT); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço
2108 Social (ABEPSS); **Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretarias
2109 Municipais de Saúde (CONASEMS); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela
2110 Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição
2111 (ASBRAN); **Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto**, Retina Brasil; **Vanessa Suzana Costa**,
2112 Federação Nacional das APAES (FENAPAES); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência
2113 Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de
2114 Mulheres (UBM); e **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF).
2115 *Suplentes* – **Alessandra Regina Brito**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA); **Ana**
2116 **Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças
2117 Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Antônio Magno de Sousa Borba**,
2118 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Carlos**
2119 **Alberto Ebeling Duarte**, Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose -
2120 ART TB BR; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFED); **Carlos**
2121 **Fidelis da Ponte**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Cleonice Caetano Souza**,
2122 União Geral dos Trabalhadores (UGT); **Edna Maria dos Anjos Mota**, Conselho Federal de
2123 Enfermagem (COFEN); **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e
2124 Leucemia (ABRALE); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS);
2125 **Elidio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
2126 (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
2127 Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Flávia Mazitelli**
2128 **de Oliveira**, Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO); **João**
2129 **Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **João**
2130 **Pedro Santos da Silva**, Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); **José Oliveira da**
2131 **Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT); **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento
2132 Nacional População de Rua (MNPR); **Karina Hamada Iamasaqui Zuge**, Aliança Distrofia Brasil
2133 (ADB); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da
2134 Força Sindical - SINDNAPI); Marcos Vinícius Soares Pedrosa, Ministério da Saúde (MS); **Maria**
2135 **Cecília Jorge Branco Martiniano**, Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com
2136 Doenças Graves, Raras e Deficiências (AFAG); **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**, Rede
2137 Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); **Odete Messa Torres**,
2138 Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Paula Johns**, Associação de Controle do
2139 Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT); **Paulo Henrique Scrivano**
2140 **Garrido**, Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde
2141 Pública (ASFOC-SN); **Rosângela Dornelles**, Associação Brasileira de Apoio e Defesa dos
2142 Direitos das Vítimas da Covid-19 - Associação Vida e Justiça; **Sibele de Lima Lemos**, Coletivo
2143 de Proteção à Infância Voz Materna (CPI Voz Materna); **Talita Garrido de Araújo**, Associação
2144 Brasileira de Talassemia (ABRASTA); e **Wallace Justino de Araújo Silva Apurinã**,
2145 Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL). **ITEM 9 – COMISSÃO**
2146 **INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - 3ª Relatório**
2147 **Quadrimestral de Prestação de Contas - RQPC de 2024 - Apresentação:** **Francisco Funcia**,
2148 assessor da COFIN/CNS; conselheiro **Mauri Bezerra**, coordenador adjunto da COFIN/CNS.
2149 **Coordenação:** conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS; e
2150 conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. O assessor técnico
2151 da Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, apresentou
2152 uma análise preliminar da execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, com
2153 base no Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do 1º quadrimestre e no Relatório
2154 Anual de Gestão de 2024. Deu início à sua exposição situando o momento da reunião dentro
2155 do processo de análise da prestação de contas do Ministério da Saúde. Explicou que esta
2156 etapa corresponde à apresentação, ao Pleno do CNS, da análise sintética da execução

2157 orçamentária e financeira referente ao exercício de 2024, com base no Relatório Quadrimestral
2158 de Prestação de Contas do terceiro quadrimestre, que também compõe o Relatório Anual de
2159 Gestão - RAG. Informou que esta análise já havia sido previamente realizada no âmbito da
2160 COFIN e que, a partir de março, novas etapas ocorreriam na comissão, com discussões
2161 subsequentes previstas para o Pleno a partir de maio. Dada a limitação de tempo, selecionou
2162 apenas alguns dos slides da apresentação para discussão, os quais abordariam os principais
2163 pontos da execução orçamentária e financeira. Iniciou destacando que a dotação inicial do
2164 Ministério da Saúde para ações e serviços públicos de saúde - ASPS, componente central da
2165 aplicação mínima em saúde, foi de R\$ 18,6 bilhões, valor posteriormente atualizado para R\$
2166 219,3 bilhões. Desse total, foram empenhados R\$ 218,4 bilhões, restando aproximadamente
2167 R\$ 1,1 bilhão em crédito sem execução. Salientou que a análise em curso era preliminar e que
2168 diante do Relatório recebido nos primeiros dias de março, seria possível aprofundar a avaliação
2169 das informações apresentadas pelo Ministério da Saúde. Na sequência, enfatizou o papel do
2170 Fundo Nacional de Saúde - FNS como principal unidade orçamentária do Ministério. A dotação
2171 inicial do FNS foi de R\$ 202,6 bilhões, tendo permanecido praticamente inalterada ao longo do
2172 exercício. Desses recursos, foram empenhados R\$ 201,5 bilhões. No detalhamento da atenção
2173 primária à saúde, indicou-se uma dotação inicial de R\$ 40,7 bilhões, posteriormente atualizada
2174 para R\$ 39,2 bilhões. A seguir, apresentou dados consolidados de execução orçamentária.
2175 Tomando por base o critério aprovado pelo CNS desde 2015, informou que a taxa de empenho
2176 de ASPS foi de 99%, considerada adequada, enquanto a liquidação foi de 88,58%, classificada
2177 como regular. Ao tratar das emendas parlamentares, informou que, do total de R\$ 218,4
2178 bilhões empenhados, R\$ 24,8 bilhões referiram-se a emendas. Deste montante, foram
2179 liquidados R\$ 21,7 bilhões, o que representa 84% do total, percentual considerado inadequado
2180 conforme a metodologia adotada pelo CNS. Em termos de restos a pagar, 12,14% das ASPS e
2181 12,71% das emendas empenhadas não foram liquidadas até o encerramento do exercício. No
2182 caso do Fundo Nacional de Saúde, a taxa de empenho foi considerada adequada (99,47%),
2183 enquanto a liquidação foi regular (88,55%). Detalhou-se, então, o desempenho por grupos de
2184 despesa. Foram classificados com nível de liquidação adequado os seguintes itens:
2185 Transferências para agentes comunitários de saúde; Vigilância Sanitária, PAB fixo e variável;
2186 Piso da enfermagem; Incentivos financeiros para vigilância em saúde; Formação e capacitação
2187 de profissionais; Programa Médicos pelo Brasil; Atenção básica; e ações de qualificação da
2188 atenção primária e da média e alta complexidade. Entre os grupos classificados como
2189 regulares, destacaram-se: Saúde indígena, Farmácia Popular; Instituto Nacional de
2190 Cardiologia; Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia; Instituto Nacional do Câncer; e
2191 Farmácia Básica. Já os grupos considerados com execução inadequada incluíram: emendas
2192 do Fundo Nacional de Saúde; Manutenção administrativa do fundo; Hospitais próprios; Ações
2193 de vigilância epidemiológica; e Vacinação. Houve ainda grupos de despesa classificados com
2194 execução intolerável e inaceitável. Intolerável: Programa de sangue e hemoderivados;
2195 Aquisição e distribuição de medicamentos para DST/Aids e do componente especializado; e
2196 Publicidade de utilidade pública. Inaceitável: Atenção à Saúde Primária e Especializada;
2197 Serviços de processamento de dados (DataSUS); Aquisição e distribuição de medicamentos
2198 estratégicos; Fomento à pesquisa, ciência e tecnologia; Reaparelhamento das unidades do
2199 SUS; Combate às carências nutricionais. Quanto às unidades orçamentárias vinculadas, a
2200 Fundação Nacional de Saúde - Funasa teve execução classificada como regular no empenho e
2201 intolerável na liquidação; a Fiocruz, adequada no empenho e inadequada na liquidação; e o
2202 Grupo Hospitalar Conceição, com empenho adequado e liquidação regular. Abordou ainda a
2203 execução por tipo de emenda parlamentar. As emendas individuais não-ASPS foram
2204 classificadas como regulares no empenho e inadequadas na liquidação. As emendas de
2205 bancada e coletivas apresentaram empenho adequado e liquidação regular, enquanto as de
2206 comissão foram classificadas como inadequadas no empenho e regulares na liquidação.
2207 Chamou a atenção para o fato de que a Funasa não liquidou nenhuma emenda parlamentar
2208 em 2024 e que a Fiocruz teve baixa taxa de liquidação, embora significativa dotação. Por fim,
2209 abordou a aplicação mínima constitucional em saúde. Informou-se que a Receita Corrente
2210 Líquida - RCL do governo federal em 2024 foi de R\$ 1,43 trilhão. Assim, o mínimo
2211 constitucional de 15% corresponderia a R\$ 214,5 bilhões. A dotação orçamentária destinada às
2212 ASPS foi de R\$ 219,5 bilhões, com R\$ 218,4 bilhões empenhados. Em conformidade com a Lei
2213 Complementar nº 141/2012, é necessário descontar do montante empenhado os restos a pagar
2214 cancelados durante o ano — ou seja, despesas empenhadas em exercícios anteriores (neste
2215 caso, em 2022), mas canceladas em 2023. Esses valores devem ser reaplicados no exercício
2216 seguinte, sendo, portanto, abatidos do total considerado para o cumprimento do piso. Após

esse ajuste, o valor líquido considerado foi de R\$ 215,9 bilhões, o que ainda supera o mínimo constitucional em R\$ 1,4 bilhão. Concluindo sua exposição, reiterou que se trata de uma análise preliminar, que será aprofundada ao longo das próximas reuniões da Comissão. Informou que os dados apresentados foram extraídos do relatório quadrimestral de prestação de contas do terceiro quadrimestre, documento que subsidiará a avaliação do Relatório Anual de Gestão. Ressaltou que o aprofundamento dessa análise será conduzido em, pelo menos, duas ou três reuniões, permitindo que os conselheiros se apropriem das informações e, se necessário, encaminhem dúvidas ou solicitações de esclarecimentos complementares.

Conselheiro **Mauri Bezerra Filho**, coordenador adjunto da COFIN, iniciou sua manifestação destacando que as informações apresentadas, embora relevantes, ainda eram preliminares e seriam posteriormente aprimoradas e debatidas no âmbito da COFIN, para que, na próxima reunião do Conselho, fosse possível apresentar resultados consolidados. Contudo, citou alguns aspectos que já chamavam atenção desde aquele momento. Destacou que, apesar dos bons índices gerais de empenho e liquidação observados, a análise mais detalhada dos dados revelava disparidades preocupantes. Referiu-se especificamente à execução orçamentária do FNS, salientando que, embora os níveis de empenho em diversas ações alcançassem patamares de 100% ou 90%, os percentuais de liquidação eram consideravelmente mais baixos. Citou como exemplo a atenção primária e especializada à saúde, que apresentava empenho integral (100%), mas apenas 63% de liquidação. Considerou tal situação preocupante, sobretudo por se tratar da porta de entrada do SUS. Nesse sentido, defendeu a necessidade de aprofundamento da análise e de aprimoramento dos dados para subsidiar adequadamente as discussões no Pleno do Conselho. Indicou outros pontos críticos no detalhamento entre empenho e liquidação: organização das unidades de pesquisa, cuja execução financeira apontava empenho de 100%, mas apenas 34% de liquidação, índice considerado muito baixo, especialmente diante do conhecimento de que esses recursos seriam destinados a reformas e ampliações; e emendas parlamentares destinadas à Fiocruz, que apresentavam um volume empenhado de 99%, mas liquidação de apenas 27%. Informou que, nesse caso, tratava-se de uma receita prevista de R\$ 167 milhões, da qual apenas R\$ 45 milhões haviam sido efetivamente liquidados. Chamou atenção para a pressão exercida por parlamentares quanto à execução dessas emendas e ponderou ser importante compreender as razões que impediam a liquidação desses valores. Encerrou sua fala reiterando que, embora os dados fossem ainda iniciais e recentemente recebidos, os pontos mencionados já demandavam atenção e aprofundamento nas próximas etapas de análise da COFIN.

Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, coordenador adjunto da COFIN/CNS, chamou atenção para o volume significativo de recursos empenhados por meio de emendas parlamentares (cerca de R\$ 25,6 bilhões), destacando que sua execução muitas vezes não segue as prioridades pactuadas pelas conferências de saúde e conselhos locais, desorganizando a política pública no território. Defendeu que o CNS intensifique a atuação não apenas junto ao Ministério da Saúde, mas também ao Congresso Nacional, para garantir maior coerência entre a formulação orçamentária e as prioridades do SUS. Ademais, ressaltou a importância de que a avaliação do Relatório Anual de Gestão seja conduzida ainda pelas comissões do Conselho, antes da renovação prevista para o segundo semestre, para assegurar a continuidade da análise técnica. A seguir, foi aberta a palavra para considerações do Pleno.

Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** manifestou preocupação com a disparidade entre empenho e liquidação em áreas críticas, como combate às carências nutricionais, que apresentou apenas 4,91% de liquidação, e o reaparelhamento das unidades do SUS, com liquidação de apenas 15,93%. Nessa linha, questionou se os dados indicavam real comprometimento com a melhoria do cuidado, conforme preconizado nas conferências de saúde.

Conselheiro **Moysés Toniolo de Souza** destacou a baixa liquidação em ações voltadas ao enfrentamento de DSTs e à aquisição de medicamentos, atribuindo parte da lentidão a processos internacionais de compra. Relatou também que os escândalos envolvendo bancos de sangue e transplantes no Rio de Janeiro no passado, e destacou a necessidade de maior atenção para que isso não ocorra novamente, inclusive em outros lugares do país.

Conselheira **Rosângela Dornelles de Jesus** registrou inquietações quanto à efetiva destinação dos recursos orçamentários na ponta do sistema, relatando a realidade de conselhos municipais em regiões interioranas, onde o financiamento insuficiente tem resultado em desassistência, longas filas e dificuldade de acesso, especialmente para mulheres com suspeita de câncer.

Conselheiro **José Aníbal Machado** manifestou preocupação com alguns dados apresentados quanto à execução, pois prejudica o atendimento da população. Questionou, ainda, a eficácia da obrigatoriedade legal de aplicação mínima por parte de estados e municípios.

2277 **Anselmo Dantas** enfatizou que o repasse de recursos entre a União e entes federativos está
2278 comprometido, refletindo-se em baixa efetividade na atenção primária. Apontou que, apesar de
2279 empenhos consideráveis em saúde bucal, muitos municípios não utilizaram devidamente os
2280 recursos, o que compromete a eficiência do sistema. Alertou também para a precarização dos
2281 vínculos trabalhistas na atenção primária, com crescente terceirização dos serviços,
2282 enfraquecendo a capacidade de resposta do SUS. Ao retornar para a mesa, o assessor da
2283 COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, reforçou que a baixa liquidação em algumas áreas decorreu,
2284 em parte, da liberação tardia de recursos pela área econômica do governo. Informou que a
2285 Comissão dará continuidade à análise dos relatórios. Conselheiro **Mauri Bezerra Filho**
2286 explicou que não era favorável às emendas no orçamento da saúde e que um estudo sobre o
2287 impacto das emendas parlamentares no orçamento da saúde será brevemente apresentado ao
2288 CNS. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior** reiterou a importância da participação
2289 ativa das comissões na avaliação do Relatório Anual de Gestão, lembrando que a deliberação
2290 final cabe ao Pleno do Conselho, a partir de pareceres subsidiados pelas comissões temáticas.
2291 Com isso, a mesa encerrou esta mesa, agradecendo a participação dos coordenadores da
2292 COFIN e do assessor. Neste ponto, o Pleno do CNS contou com a participação do Ministro de
2293 Estado da Saúde, **Alexandre Padilha**, recém-empossado, e sua equipe para saudação aos
2294 integrantes do CNS. *Composição da mesa: Adriano Massuda*, Secretário Executivo do MS;
2295 **Eliane Cruz**, Chefe de Gabinete do MS. *Coordenação: conselheira Fernanda Lou Sans*
2296 **Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora
2297 do CNS. Após os cumprimentos do Ministro de Estado da Saúde a cada das pessoas
2298 presentes, a mesa abriu a palavra a representações dos segmentos que compõem o Conselho.
2299 Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, deu as boas-vindas ao
2300 ministro, destacando a importância de sua presença na reunião como sinal de abertura ao
2301 diálogo com os segmentos que compõem o controle social. Saudou, ainda, a presença da
2302 equipe técnica do Ministério da Saúde e anunciou a dinâmica das falas de representantes dos
2303 segmentos pessoas usuárias e trabalhadoras. Conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**,
2304 representando a Mesa Diretora do CNS, manifestou a satisfação pela presença do ministro,
2305 expressando a expectativa de fortalecimento das relações institucionais e da escuta qualificada
2306 ao controle social. Em seguida, conselheiro **José Ramix de Melo Pontes Junior**, pelo
2307 segmento dos usuários, saudou o Ministro e sua equipe e defendeu uma atenção primária e
2308 especializada à saúde com qualidade, equidade e participação social efetiva, respeitando a
2309 diversidade territorial do país. Ressaltou a urgência de garantir o acesso integral e equânime à
2310 saúde a todas as populações, com destaque para o campo, floresta, águas, população em
2311 situação de rua, população negra e população LGBTQIA+. Defendeu que o Ministério da
2312 Saúde valorize e estimule o protagonismo dos territórios e reconheça a pluralidade dos sujeitos
2313 sociais, ampliando a gestão participativa e o controle social como pilares da democracia. Ao
2314 final, reivindicou que o Grupo da Terra permaneça ligado ao Gabinete do Ministro e que seja
2315 mantida a reunião previamente marcada para o mês de abril, lembrando que coletivo é
2316 responsável por produzir 70% dos alimentos consumidos pela população brasileira. No mais,
2317 reivindicou a continuidade da pauta sobre a Política Nacional Integral da População do Campo,
2318 da Floresta e das Águas. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, representante do segmento
2319 de trabalhadores e trabalhadoras da saúde, iniciou saudando o Ministro da Saúde e sua
2320 equipe. Destacou o compromisso histórico da classe trabalhadora com a defesa do SUS como
2321 sistema público, universal e estatal, e reiterou a centralidade da gestão democrática, da
2322 participação popular e da integralidade do cuidado. Reforçou a importância da valorização
2323 profissional e da estruturação de uma carreira nacional do SUS, com trabalho protegido e
2324 estabilidade, bem como a redemocratização das relações de trabalho, por meio das mesas de
2325 negociação permanente em todo o país. Apresentou como prioridade a implementação das
2326 deliberações da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde,
2327 incluindo a regulamentação da formação profissional em saúde nos níveis técnico, superior e
2328 de residência. Defendeu, ainda, a superação da lógica manicomial e o fim dos investimentos
2329 em comunidades terapêuticas, em favor de uma política de saúde em liberdade, fortalecendo a
2330 atenção psicossocial no SUS. Conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello**, representando
2331 também o segmento de usuários, deu boas-vindas ao Ministro da Saúde e sua equipe e
2332 reafirmou a importância da continuidade do diálogo com o controle social. Reivindicou atenção
2333 específica e especializada às pessoas com doenças raras, pacientes reumatológicos e
2334 oncológicos, sobretudo no que diz respeito à oferta de medicações imunomediadas e à
2335 estruturação de centros de infusão no SUS, atualmente insuficientes. Alertou ainda sobre o
2336 desperdício de medicamentos em razão da desassistência. Por fim, em nome da comissão de

2337 comunicação da 5ª CNSTT, convidou o Ministro a gravar um vídeo institucional de
2338 chamamento para essa conferência a fim de impulsionar a mobilização nacional para este
2339 importante evento. Na sequência, o Ministro de Estado da Saúde, **Alexandre Padilha**,
2340 agradeceu a acolhida e iniciou sua fala com uma saudação especial às mulheres, destacando
2341 o mês de março como período de luta por direitos e reconhecimento. Ressaltou que mais de
2342 80% dos trabalhadores da saúde são mulheres, que também compõem a maioria das pessoas
2343 usuárias do SUS. Informou que sua primeira agenda no Congresso Nacional foi com a bancada
2344 feminina, com a qual tratou de projetos prioritários da saúde das mulheres, incluindo câncer,
2345 violência obstétrica. Além disso, participou de debate no Senado Federal sobre a política
2346 nacional de cuidado em situações de luto parental. Comunicou ainda que participaria da
2347 reunião da CONITEC naquele dia para debater a incorporação de produtos importantes para a
2348 saúde das mulheres. Apresentou a nova equipe do Ministério da Saúde, reforçando que a
2349 gestão será marcada pela valorização do SUS, pela defesa da vida e pelo combate às
2350 ideologias que desconsideram populações em situação de maior vulnerabilidade, como
2351 mulheres, negros, indígenas. Aproveitou para agradecer as pessoas que compuseram a equipe
2352 do Ministério da Saúde e representaram a pasta no Conselho durante a gestão da Ministra
2353 Nísia Trindade e reforçou o compromisso de dar continuidade às ações implementadas.
2354 Destacou dois sentimentos que o motivam ao retornar à gestão: a consolidação do Ministério
2355 da Saúde como barreira ao negacionismo e em defesa da vida; e a urgência na entrega de
2356 resultados concretos à população. Defendeu que é preciso legitimar o compromisso com a
2357 democracia e os direitos sociais por meio da ampliação do acesso, da melhoria da qualidade
2358 do atendimento e da redução do tempo de espera, especialmente na atenção especializada.
2359 Reafirmou o compromisso com a atenção primária em saúde como base resolutiva do Sistema
2360 e ordenadora do cuidado, lembrando, inclusive, de experiências exitosas de sua gestão
2361 anterior, como o PMAQ e o Programa Mais Médicos. Por outro lado, reconheceu os desafios
2362 acumulados, agravados durante a pandemia, e a necessidade de enfrentá-los. Nessa linha,
2363 ressaltou a importância de reorganizar as redes de média e alta complexidade, com diminuição
2364 do tempo de espera e afirmou que a meta é consolidar a maior rede pública de prevenção,
2365 diagnóstico e tratamento de câncer do mundo. Reiterou o compromisso com o fortalecimento
2366 de políticas de equidade, a articulação com os territórios e a interlocução contínua com os
2367 movimentos sociais. Sobre o Grupo da Terra, informou que será mantido o canal de diálogo no
2368 gabinete, mas que a coordenação das políticas deverá ocorrer pelas secretarias responsáveis.
2369 Enfatizou que o gabinete estará sempre aberto à escuta e ao diálogo, mas que a execução das
2370 políticas públicas requer estrutura técnica e coordenação intersetorial. Também reforçou a
2371 importância da valorização dos trabalhadores da saúde, da qualificação da formação
2372 profissional e da retomada das mesas de negociação, com vistas à consolidação de uma
2373 política nacional de trabalho digno no SUS. Assumiu o compromisso com o controle social e
2374 declarou disposição para comparecer ao CNS periodicamente, a fim de debater propostas,
2375 apresentar ações e construir consensos. Finalizando, comunicou que iniciou esta gestão
2376 recebendo representantes de entidades e movimentos diversos como Frente pela Vida,
2377 profissionais de saúde que tiveram papel relevante no enfrentamento à pandemia da COVID-
2378 19, vítimas e órfãos da COVID-19, fórum de Enfermagem e entidades médicas e ao longo do
2379 mês de março receberá outras representações. Além disso, comunicou a realização da reunião
2380 do comitê técnico assessor sobre arboviroses, que trata, entre outros aspectos, do
2381 enfrentamento à dengue. Ao final, agradeceu o apoio da equipe do Conselho, parabenizou os
2382 esforços já empreendidos e reafirmou a disposição da gestão em manter diálogo contínuo,
2383 transparente e colaborativo com o controle social. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**,
2384 Presidenta do CNS, encerrou a sessão agradecendo ao Ministro pela presença e pelos
2385 compromissos assumidos, destacando a importância de manter diálogo permanente em defesa
2386 do SUS, da democracia e da vida. Convidou o Ministro da Saúde a conhecer iniciativas como a
2387 websérie “Aqui Existem Conselhos Locais de Saúde” e solicitou apoio institucional para
2388 fortalecer financeiramente esse e outros projetos de valorização do controle social em todo o
2389 território nacional. **Não houve deliberação. Para conhecimento. ITEM 10 –**
2390 **ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos**
2391 **de Trabalho e Câmaras Técnicas - Composição:** conselheira **Priscila Torres da Silva**, da
2392 Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **1)**
2393 **Atos Normativos. 1.1) Recomendação.** Recomenda medidas que visam a garantia do direito à
2394 participação das pessoas com deficiência, com foco na acessibilidade e participação efetiva em
2395 conferências e espaços de participação social. No documento, o CNS recomenda: À Secretaria
2396 Nacional de Participação Social - SNPS, Ministério da Saúde e Secretaria Nacional dos Direitos

da Pessoa com Deficiência - SNDPD/MDHC: 1. Que induzam a garantia de acessibilidade em todas as etapas das conferências e espaços de participação social, desde o planejamento até a execução e avaliação pós-evento, assegurando a participação plena das pessoas com deficiência; 2. Que criem um sistema de informação efetivo, desde o momento da inscrição no evento, a fim de que se possa visualizar o público participante e providenciar, de maneira mais assertiva, o atendimento a todas as pessoas de forma equitativa; 3. Que garantam e priorizem a participação das pessoas com deficiência como organizadoras e palestrantes em conferências e espaços de participação social nacionais, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e consideradas na formulação de políticas públicas; 4. Que disponibilizem recursos de acessibilidade comunicacional, como linguagem simples, intérpretes de Libras, audiodescrição, legendas e estenotipia, em todas as atividades das conferências e espaços de participação social nacionais, garantindo que todas as pessoas possam participar de forma autônoma; 5) Que assegurem a acessibilidade arquitetônica nos locais das conferências e espaços de participação social nacionais, incluindo rampas, piso tátil, banheiros adaptados e sinalização acessível; 6) Que promovam a acessibilidade atitudinal, combatendo o capacitismo e garantindo o respeito ao tempo e ao espaço das pessoas com deficiência, além de escutar ativamente suas necessidades; 7) Que realizem avaliações pós-evento sobre a acessibilidade, envolvendo as pessoas com deficiência que participaram, para identificar e corrigir barreiras, promovendo a equidade e a melhoria contínua dos processos; 8) Que divulguem as informações sobre as conferências e espaços de participação social nacionais de forma acessível, com materiais audiovisuais legendados, em Libras, com linguagem simples e audiodescrição, garantindo que todas as pessoas tenham acesso às mesmas informações; 9) Que garantam financiamento suficiente e específico para a implementação de todas as medidas de acessibilidade necessárias, incluindo a contratação de profissionais especializados, aquisição de equipamentos, inclusive audiovisuais de qualidade, e adaptações físicas, assegurando que as conferências e espaços de participação social sejam plenamente acessíveis e inclusivos; 10) Que norteiem as ações de acordo com o "Guia de acessibilidade para realização de conferências de saúde" - Pela justiça social e participação efetiva das pessoas com deficiência", proposto pela Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde da pessoa com Deficiência - CIASPD, Conselho Nacional de Saúde. Aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde: 1) Que garantam a acessibilidade nas etapas estaduais e municipais das conferências e espaços de participação social, desde o planejamento até a execução e avaliação pós-evento, assegurando a participação plena das pessoas com deficiência; 2) Que criem um sistema de informação efetivo, desde o momento da inscrição no evento, a fim de que se possa visualizar o público participante e providenciar, de maneira mais assertiva, o atendimento a todas as pessoas de forma equitativa; 3) Que garantam e priorizem a participação das pessoas com deficiência como organizadoras e palestrantes em conferências estaduais e municipais e espaços de participação social, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e consideradas na formulação de políticas públicas; 4) Que disponibilizem recursos de acessibilidade comunicacional, como linguagem simples, intérpretes de Libras, audiodescrição, legendas e estenotipia, em todas as atividades das conferências e espaços de participação social estaduais e municipais, garantindo que todas as pessoas possam participar de forma autônoma; 5) Que assegurem a acessibilidade arquitetônica nos locais das conferências e espaços de participação social estaduais e municipais, incluindo rampas, piso tátil, banheiros adaptados e sinalização acessível; 6) Que promovam a acessibilidade atitudinal, combatendo o capacitismo e garantindo o respeito ao tempo e ao espaço das pessoas com deficiência, além de escutar ativamente suas necessidades; 6. Que realizem avaliações pós-evento sobre a acessibilidade, envolvendo as pessoas com deficiência que participaram, para identificar e corrigir barreiras, promovendo a equidade e a melhoria contínua dos processos; 7. Que divulguem as informações sobre as conferências e espaços de participação social nacionais de forma acessível, com materiais audiovisuais legendados, em Libras, com linguagem simples e audiodescrição, garantindo que todas as pessoas tenham acesso às mesmas informações; 8. Que garantam financiamento suficiente e específico para a implementação de todas as medidas de acessibilidade necessárias, incluindo a contratação de profissionais especializados, aquisição de equipamentos, inclusive audiovisuais de qualidade, e adaptações físicas, assegurando que as conferências e espaços de participação social sejam plenamente acessíveis e inclusivos. 9. Que norteiem as ações de acordo com o Guia de Acessibilidade para realização de Conferências de Saúde - pela justiça social e participação efetiva das pessoas com deficiência proposto pela Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde da pessoa

2457 com Deficiência – CIASPD do CNS. Concluída a leitura, foi apresentada a seguinte sugestão:
2458 juntar os dois itens do “recomenda” que possuem conteúdo semelhante. **Deliberação:**
2459 **aprovada a recomendação, por unanimidade, com o ajuste sugerido ao texto. 2)**
2460 Recomendação. Recomenda a rejeição do PL nº 5.679/2023 por representar uma violação dos
2461 direitos reprodutivos de pessoas com deficiência. No documento, o CNS recomenda ao
2462 Congresso Nacional: 1. A imediata rejeição do Projeto de Lei nº 5.679/2023, que pretende
2463 permitir a esterilização cirúrgica não-voluntária de pessoas com deficiência intelectual ou
2464 psicossocial que não possam exprimir sua vontade, por ser inconstitucional e por violar direitos
2465 humanos fundamentais; 2. A revogação do § 6º do artigo 10 da Lei nº 9.263/1996, que ainda
2466 possibilita a esterilização não voluntária de pessoas consideradas “absolutamente incapazes”,
2467 contrariando os princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Ao
2468 Ministério da Saúde: 1. A adoção de medidas que garantam o acesso das pessoas com
2469 deficiência a serviços de saúde sexual e reprodutiva, respeitando sua autonomia e direito ao
2470 consentimento livre, prévio e informado; 2. O fortalecimento das políticas de prevenção à
2471 violência sexual contra pessoas com deficiência, garantindo assistência e acolhimento
2472 adequado, sem violação de seus direitos sexuais e reprodutivos; 3. 3. A implementação de
2473 mecanismos de informação, monitoramento e fiscalização para assegurar que o Sistema Único
2474 de Saúde (SUS) identifique, previna e combata a prática de esterilizações compulsórias,
2475 garantindo transparência e responsabilização em casos de violação de direitos; 4. A promoção
2476 de formação continuada para profissionais de saúde e do sistema de justiça, visando a
2477 erradicação de práticas capacitistas e a garantia de direitos das pessoas com deficiência no
2478 Brasil. Ao Ministério da Justiça e Segurança Pública: 1. A promoção de formação continuada
2479 para profissionais do sistema de justiça, visando à erradicação de práticas capacitistas e a
2480 garantia de direitos das pessoas com deficiência no Brasil. Finalizada a leitura, foi aberta a
2481 palavra e apresentadas as seguintes sugestões ao texto: fazer correção no último
2482 considerando, de modo a deixar explícito a proposição de rejeição do PL, que é
2483 inconstitucional; no item 4, excluir “sistema da justiça”. Além disso, foi sugerido enviar a
2484 recomendação ao Conselho Nacional de Justiça. **Deliberação: aprovada a recomendação,**
2485 **com uma abstenção, contemplando os ajustes feitos ao texto. 2) Atos normativos - 2.1.**
2486 Indicação de representantes, titular e suplente, para compor o Grupo de Trabalho de Saúde
2487 Quilombola Graca Epifânio – GTESQ. **Titular: Heliana Hemetério dos Santos.**
2488 **Suplente: Veridiana Ribeiro da Silva.** Deliberação: aprovada a indicação por unanimidade.
2489 **2.2. Comissão Intersetorial de Atenção a Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD.**
2490 **Coordenadora-adjunta: Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto, Retina Brasil.** Deliberação:
2491 aprovada a indicação por unanimidade. **2.3 - Comissão Intersetorial de Educação**
2492 Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS. **Coordenadora-adjunta: Rosa**
2493 **Maria Anacleto, União de Negras e Negros Pela Igualdade - UNEGRO.** Deliberação:
2494 aprovada a indicação por unanimidade. **2.4 – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa –**
2495 CONEP. Recomposição do pleno da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Indicação:**
2496 **Ledo Kanda** como sua suplente, em substituição à vaga do Sr. Raphael Fernando Boiati; e Sr.
2497 **Diego Carlos Zanella** como membro titular e o Sr. **Gilson Silva** como seu suplente, em
2498 substituição à vaga da Sra. Claudia Maria de Lima. **Deliberação: aprovadas as indicações,**
2499 **por unanimidade. ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou a 364ª
2500 Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras na tarde
2501 do segundo dia de reunião: **Titulares - Adriano Massuda**, Ministério da Saúde (MS); **Anselmo**
2502 **Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Derivan Brito da Silva**, Conselho
2503 Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Dulcilene Silva Tiné**, Federação
2504 Brasileira de Hospitais (FBH); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos
2505 Psicólogos – FENAPSI; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das
2506 Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de
2507 Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas
2508 Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **José Ramix de Melo Pontes Junior**,
2509 Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares
2510 (CONTAG); **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde
2511 (CNTS); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST;
2512 **Marcia Cristina das Dores Bandini**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO);
2513 **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Mauri Bezerra**
2514 **dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT
2515 (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio de Bens,
2516 Serviços e Turismo (CNC); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde (MS); **Nelson**

2517 **Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**,
2518 Biored Brasil; **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores
2519 Aposentados, Pensionistas e Idosos – Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Rafaela Bezerra**
2520 **Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS);
2521 **Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
2522 (CONASEMS); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO);
2523 **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Sylvia Elizabeth**
2524 **de Andrade Peixoto**, Retina Brasil; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos
2525 Bispos do Brasil (CNBB); e **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF.
2526 **Suplentes** – **Aila Vanessa de Souza**, Ministério da Saúde; **Ana Lúcia da Silva Marçal**
2527 **Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras –
2528 SUPERANDO; **Ana Luiza Caldas**, Ministério da Saúde (MS); **André Luiz Bonifácio de**
2529 **Carvallho**, Ministério da Saúde (MS); **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação
2530 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Carlos Alberto**
2531 **Ebeling Duarte**, Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB
2532 BR; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **Cleonice**
2533 **Caetano Souza**, União Geral dos Trabalhadores (UGT); **Edna Maria dos Anjos Mota**,
2534 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de
2535 Serviço Social (CFESS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de
2536 Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil;
2537 **Felipe Proenço de Oliveira**, Ministério da Saúde (MS); **João Alves do Nascimento Júnior**,
2538 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **João Pedro Santos da Silva**, Associação
2539 Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); **José Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da Terra
2540 (CPT); **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional População de Rua (MNPR);
2541 **Karina Hamada Iamasaqui Zuge**, Aliança Distrofia Brasil (ADB); **Luiz Alberto Catanoso**,
2542 Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI;
2543 **Marcos Vinícius Soares Pedrosa**, Ministério da Saúde (MS); **Maria Cecília Jorge Branco**
2544 **Martiniano**, Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e
2545 Deficiências (AFAG); **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**, Rede Nacional de Pessoas
2546 Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); **Odete Messa Torres**, Associação Brasileira de
2547 Educação Médica (ABEM); **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da
2548 Saúde e dos Direitos Humanos (ACT); **Rosângela Dornelles**, Associação Brasileira de Apoio e
2549 Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 - Associação Vida e Justiça; **Sibele de Lima**
2550 **Lemos**, Coletivo de Proteção à Infância Voz Materna (CPI Voz Materna); **Talita Garrido de**
2551 **Araújo**, Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); e **Wallace Justino de Araújo Silva**
2552 **Apurinã**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL).