



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos nove e dez dias do mês de abril de 2025, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Quinquagésima Quinta Reunião Ordinária do CNS, que teve por objetivos: **1)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **2)** Apresentar e debater o “Eixo 2: As novas relações de trabalho e a saúde do trabalhador e da trabalhadora”, da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 5ª CNSTT. **3)** Debater e apreciar os pareceres da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho - CIRHRT. **4)** Apreciar e contribuir com a celebração do Dia Mundial da Saúde. **5)** Debater as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN e deliberar a respeito. **6)** Conhecer e apreciar as questões relativas à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, especialmente sobre o papel do controle social da saúde no apoio ao envolvimento da comunidade nas pesquisas em saúde, garantindo a ética, a segurança e os direitos dos participantes. **7)** Apreciar e debater os dados do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2023 apresentados pelo Ministério da Saúde. **8)** Apreciar os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas e deliberar a respeito. **MESA DE ABERTURA - Composição:** conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando a reunião, foi reproduzido o 4º episódio do webdoc “Aqui tem Conselho Local de Saúde”, produção gravada em Maracaju/MS, representando a Região Centro-Oeste. **ITEM 1 - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 365ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DAS ATAS DAS 78ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA E 361ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Coordenação:** conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS. **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 365ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. Deliberação:** a pauta foi aprovada por unanimidade. **APROVAÇÃO DAS ATAS DAS 78ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA E 361ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação:** as atas foram aprovadas por unanimidade. **ITEM 2 – EXPEDIENTE – INFORMES. JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS. APRESENTAÇÃO DE NOVOS (AS) CONSELHEIROS (AS) NACIONAIS DE SAÚDE E COORDENADORES (AS) DE PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE. DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE ABRIL. INDICAÇÕES. RELATÓRIO DA MESA DIRETORA – 1)** Informe da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias – CIASPP sobre a realização do 2º Seminário sobre doenças raras: “Somos Raros, mas Somos Muitos.” **Apresentação:** conselheira **Sylvia Elizabeth** (Retina Campos). O Seminário será realizado nos dias 13 e 14 de maio de 2025 com local a ser definido. **2)** Informe sobre a nova iniciativa da FENAPAES, na criação de cursos de Fonoaudiologia e de Terapia Ocupacional. **Apresentação:** conselheira **Helenice Nakamura** (CFFA). Informe sobre a nova iniciativa da FENAPAES na criação de cursos de Fonoaudiologia e de Terapia Ocupacional. Nos referidos cursos, em ofício de 28 de março deste, 40% da carga horária está prevista para ocorrer na modalidade EaD. Essa estruturação de curso da área da saúde compromete o cuidado à população e contraria o posicionamento do CNS, expresso nas suas recomendações. **3)** Informe sobre o dia 2 de abril - Dia Internacional de Conscientização da Pessoa com Autismo e da mobilização em torno do tema. **Apresentação:** conselheira **Maria do Carmo Tourinho** (ABRA). O dia 2 de abril marca o Dia Internacional de Conscientização da Pessoa com Autismo, data que, segundo afirmou, havia sido celebrada com diversas manifestações em todo o Brasil, do Norte ao Sul. Aproveitou para relatar que solicitara formalmente a inclusão da pauta nesta reunião, indicando inclusive o

tema e os nomes dos palestrantes, e o encaminhou à técnica responsável da Comissão. Afirmou que, após o envio, a proposta foi direcionada à Mesa Diretora, que, por sua vez, encaminhou à comissão correspondente. Como suplente, não participou da reunião que analisou o tema, tendo sido posteriormente informada de que todos os titulares estiveram presentes. Declarou que não tinha ciência de que sua pauta seria discutida naquela reunião e que não pôde participar por esse motivo. Relatou ter tomado conhecimento das alterações na pauta apenas no domingo, com tema e palestrantes diferentes dos originalmente propostos por ela. Manifestou surpresa e insatisfação ao perceber que sua proposta havia sido modificada sem sua ciência, e que os nomes indicados haviam sido substituídos, inclusive por um palestrante ligado a uma instituição que, segundo apontou, não integrava o CNS. Expressou seu descontentamento com a condução do processo, considerando o episódio uma desconsideração com a ABRA, entidade à qual é vinculada e que, conforme destacou, integra o CNS desde 1997, e solicitou à Mesa Diretora do CNS que interviesse na situação. Finalizou sua fala reafirmando sua insatisfação com o tratamento dado à pauta e com a ausência de diálogo no processo decisório da comissão. **4) Informe sobre os 10 anos da Emenda Constitucional nº. 86/2015. Apresentação: conselheiro Mauri Bezerra (CNTSS).** A norma altera dispositivos da Constituição Federal relacionados ao orçamento, com foco em tornar obrigatória a execução de programações orçamentárias específicas, incluindo emendas individuais. Relatou o contexto político de sua aprovação, mencionando as manifestações de 2013 e o enfraquecimento institucional após 2014. Apontou que a EC 86 trouxe acréscimo orçamentário à saúde, mas alertou que a EC 95, do teto de gastos, posteriormente retirou cerca de R\$ 70 bilhões do setor. Enfatizou que, embora a EC 86 representasse um avanço, ela também conferia ao Congresso controle significativo sobre o orçamento da saúde. Defendeu a retomada crítica do debate sobre financiamento do SUS. **5) Informe sobre a 5ª edição do Programa Participa+. Apresentação: conselheira Sueli Barrios (Rede Unida).** Informe sobre a 5ª edição do Participa+. A 5ª edição do projeto **Participa+** teve início programado para o dia 5 de maio. Explicou que o primeiro escritório seria realizado no Chuí, e que o último, na edição anterior, ocorreria no Oiapoque, simbolizando a abrangência nacional do programa, promovido sob a coordenação do CNS, com o objetivo de fortalecer e mobilizar a população em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as regiões do país. Esclareceu que seriam realizados, neste ciclo, 110 escritórios descentralizados, em consonância com a diretriz aprovada pelo CNS de atingir todas as regiões de saúde. Mencionou que o processo vinha sendo construído em articulação com os conselhos estaduais de saúde, comissões de educação permanente e em parceria com o Centro de Educação e Assessoramento Popular - CEAP, entidade executora da formação. Relatou que estavam sendo realizadas visitas presenciais e virtuais em todos os estados, com o intuito de fortalecer o planejamento e a inclusão ativa dos conselheiros estaduais. Como inovação relevante desta edição, citou a incorporação do compromisso com a acessibilidade e o anticapacitismo, por meio da atuação do Grupo de Trabalho Rosângela Berman, formado na edição anterior. Informou que esse GT, vinculado à Comissão de Pessoas com Deficiência, atuava para garantir que os processos formativos fossem verdadeiramente inclusivos. Ressaltou que haveria a participação de educadores com deficiência, indígenas, pessoas negras, representantes do MST e de comunidades tradicionais das águas e florestas, com o propósito de ampliar o alcance e a diversidade das formações. Anunciou ainda que, como resultado das deliberações do GT, seria realizada, no mínimo, uma oficina acessível em cada estado, contemplando diferentes formas de acessibilidade, não apenas física. Convidou os conselheiros e conselheiras a se mobilizarem para garantir ampla participação nesses espaços formativos e afirmou que todos seriam acolhidos com atenção e respeito. Por fim, enfatizou que o foco principal da edição seria a multiplicação de ações e a potencialização dos conselhos locais de saúde, considerando essa agenda uma diretriz política estratégica do CNS. Convidou todas as pessoas a se engajarem nessa tarefa coletiva e informou que as inscrições já estavam abertas, disponíveis no site do CEAP. **6) Informe sobre a nova presidência da Confederação Nacional de Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares – CONTAG. Apresentação: conselheiro José Ramix Júnior (CONTAG).** Pela primeira vez, em 61 anos, a CONTAG será presidida por uma mulher. A baiana, assentada da reforma agrária, educadora e comunicadora popular Vânia Marques Pinto, foi eleita na semana anterior para presidir a maior Confederação de trabalhadores rurais agricultores e agricultoras familiares do mundo. Realização de Seminário da CIPPE/CNS, em parceria com a SAPS/MS, sobre equidade; e CISCV e CISB promoverão debate sobre saúde bucal de pessoas institucionalizadas. **7) Informe sobre live da ABRAZ/SP acerca de estratégias para prevenção de demências e participação na 2ª CMS de**

Campina Grande/PB. *Apresentação:* conselheira **Walquiria Alves** (ABRAZ Nacional). A ABRAZ/SP realiza live sobre estratégias para prevenção de demência, dia 9 de abril. Participação na Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Campina Grande/PB. **8)** Boletim sobre tuberculose. *Apresentação:* conselheiro **Carlos Ebeling** (Art Tb Br). Boletim sobre tuberculose – iniquidade e necessidade de enfrentar determinantes sobre tuberculose – populações mais atingidas; recorte de raça cor e importância do acompanhamento do Programa Brasil Saudável, por parte do CNS. **9)** Dispensação de medicamentos injetáveis, por parte do Ministério da Saúde; e informes relativos à CONITEC. *Apresentação:* conselheira **Priscila Tores** (Biored Brasil). **a)** O Ministério da Saúde gastou com o CEEF/MS 763 milhões de reais com medicamentos injetáveis que são fornecidos a pacientes que não possuem serviços SUS para aplicação. O CNS, por meio da recomendação nº 20, de 14 de junho de 2024, trouxe a urgente necessidade de criação dos serviços de terapia assistida no SUS, e, neste momento, essa situação está cada dia mais crítica e as pessoas usuárias do SUS estão vivendo dias de dores, angústias e progressão de doenças, deixando muitas vezes de comprar comida para pagar infusão de medicamentos fornecidos no SUS. Assim, perguntou ao Ministério da Saúde onde aplicar estes medicamentos? **b)** CONITEC. Convite às pessoas conselheiras a participar das consultas públicas da CONITEC que solicitam opinião sobre a incorporação de tecnologias para a saúde da mulher e osteoporose. Na reunião da CONITEC do mês de abril foram atualizados os protocolos clínicos e diretrizes e terapêuticas de sobrecarga de ferro, artrite reumatoide e artrite idiopática juvenil. **10)** Informe sobre a realização Acampamento Terra Livre. *Apresentação:* conselheiro **Rildo Mendes** (ARPIN-SUL). Informe sobre a realização Acampamento terra livre, de 7 a 11 de abril. Convite para que todos se juntem à luta. **11)** Informe sobre estágios curriculares em terapia ocupacional de cursos EAD. *Apresentação:* conselheiro **Derivan Brito da Silva** (COFFITO/ABRATO). Alertou para os riscos da expansão de cursos de Terapia Ocupacional na modalidade a distância - EaD, especialmente quanto à supervisão de estágios. Ressaltou o déficit de mais de 6 mil terapeutas ocupacionais no país e denunciou propostas de estágios sem preceptoria de profissionais habilitados. Relembrou a Resolução CNS nº 650/2020, que garante a supervisão específica nos estágios curriculares. Solicitou que o tema fosse encaminhado à CIRHRT e se colocou à disposição, em nome da Abrato e demais entidades da área, para contribuir na construção de um posicionamento do CNS sobre a questão. **NOVOS CONSELHEIROS - I - Entidades e movimentos nacionais de usuários do SUS.** Titular: Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) - Agnelo Temrité Wadzatsé - (substituindo Luiz Carlos Ferreira Penha). **II - Entidades nacionais dos profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde.** 1º Suplente: Conselho Federal de Odontologia (CFO) - Rafael Gomes Ditterich - (substituindo Giancarlo de Montemor Quagliarello). **III - Entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde e entidades empresariais nacionais com atividades na área de saúde.** 2º Suplente: União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde -UNIDAS - Mário Jorge da Cruz Vital (substituindo Cleudes Cerqueira de Freitas). **IV - Segmento do governo federal - 43.** Titular: Ministério da Saúde (MS) - Alexandre Rocha Santos Padilha. 1º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - Eliane Aparecida da Cruz. 2º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - Allan Nuno Alves de Sousa. **44.** Titular: Ministério da Saúde (MS) - Adriano Massuda. 1º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - André Luiz Bonifácio de Carvalho. 2º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - Fausto Soriano Estrela Neto. **45.** Titular: Ministério da Saúde (MS) - Ana Estela Haddad. 1º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - Ricardo Weibe Nascimento Costa. 2º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - Maria Lucilene Martins Santos. **46.** Titular: Ministério da Saúde (MS) - Mariângela Simão. 1º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - Felipe Proença de Oliveira. 2º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - Marcos Vinícius Soares Pedrosa. **47.** Titular: Ministério da Saúde (MS) - Mozart Julio Tabosa Sales. 1º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - Fernanda De Negri. 2º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - Maria Eufrásia de Oliveira Lima. **48.** Titular: Ministério da Saúde (MS) - Cristiane Pereira dos Santos. 1º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - Ana Luiza Caldas. 2º Suplente: Ministério da Saúde (MS) - Ilano Barreto e Silva. **COORDENADORES DE PLENÁRIA – Américo de Jesus Soares Araújo –** Maranhão – Nordeste. **Antônio Andrade de Souza –** Amazonas – Norte. **Carlos Cesar de Oliveira Sousa –** Roraima – Norte. **Geiza Pinheiro Quaresma –** Espírito Santo – Sudeste. **Jefferson de Sousa Bulhosa Júnior –** Distrito Federal – Centro Oeste. **Júlio Cesar de Souza Garcia –** Mato Grosso – Centro-Oeste. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS –** Titular: Fernando Marcello Nunes Pereira. Conselho Federal de Nutrição – CFN. Profissional de Saúde. Motivo: agenda de trabalho. Titular: João Donizete Scaboli. Força Sindical – FS. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Luiz Aníbal Vieira Machado. Nova

Central. Sindical de Trabalhadores – NCST. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Luiz Fernando Corrêa Silva. Federação Brasileira de Hospitais – FBH. Prestadores de Serviços de Saúde. Motivo: agenda de trabalho. Titular: Maria Thereza Almeida Antunes. Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Priscila Torres da Silva. Biored Brasil. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Gestor. Motivo: agenda de trabalho. Titular: Thiago Soares Leitão. Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde – RENAFRO. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Vanessa Suzana Costa. Federação Nacional das APAES – FENAPAES. Usuário. Motivo: agenda de trabalho. Titular: Vanja Andréa Reis dos Santos. União Brasileira de Mulheres – UBM. Usuário. Motivo: agenda de trabalho. **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE ABRIL – 2/abr.** - Dia Mundial de Conscientização pelo Autismo (ONU). 4/abr. - Dia Nacional do Portador da doença de Parkinson. 6/abr. - Dia Mundial da Atividade Física. 6/abr. - Dia Nacional de Mobilização pela Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. 7/abr. - Dia Mundial da Saúde. 7/abr. - Dia do Médico Legista. 8/abr. - Dia Mundial da Luta contra o Câncer. 8/abr. - Dia Nacional do Sistema Braille. 11/abr. - Dia Mundial de Conscientização da Doença de Parkinson. 11/abr. - Dia do Infectologista. 12/abr. - Dia do Obstetra. 13/abr. - Dia do Jovem. 14/abr. Dia do Técnico em Serviço de Saúde. 14/abr. - Dia Mundial da Doença de Chagas. 16/abr. - Dia Nacional da Voz. 17/abr. - Dia Internacional da Hemofilia. 17/abr. - Dia Internacional da Luta Camponesa e Dia Nacional de Luta pela Reforma Agrária. 19/abr. - Dia dos Povos Indígenas. 24/abr.- Dia Mundial de Combate à Meningite. 24 a 30 - Semana Mundial da Imunização. 25/abr. - Dia Mundial da Luta contra a Malária. 26/abr. - Dia Nacional de Prevenção e Combate a Hipertensão Arterial. 28/abr. - Dia Internacional das Vítimas de Acidentes de Trabalho e de Doenças Profissionais. 30/abr. - Dia Nacional da Mulher. Incluir: 24 de abril – dia internacional sobre a conscientização do ruído. **INDICAÇÕES - 1)** Convite do Conselho Nacional de Direitos Humanos, para participar do Ato Alusivo ao 8 de março, “Criança não é mãe, nenhuma a menos: contra a cultura do estupro e o feminicídio de meninas e mulheres”, dia 13 de março de 2025, Brasília. (Estava em Brasília). *Indicação (referendar):* conselheira Vanja Andrea (UBM), coordenadora CISMU. **2)** Convite do Grupo Hospitalar Conceição para participar da atividade com o Ministro de Saúde, Alexandre Padilha, do Ato de Lançamento do Edital de Licitação para as obras do centro de Diagnóstico e terapia do (CDT) do GHC, no dia 15 de março de 2025, Rio Grande do Sul. (Reside em RS). *Indicação (referendar):* conselheira Rosângela Dornelles (Associação Vida e Justiça). **3)** Convite do presidente da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, participar das atividades do Dia Estadual em Homenagem às Vítimas de Covid-19, no dia 24 de março de 2025, Porto Alegre. (Reside em POA). *Indicação (referendar):* Conselheiro Getúlio Vargas (CONAM), integrante da Mesa Diretora do CNS. **4)** Convite do Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, para participar na “Cerimônia de Entrega de 156 Ambulâncias – Unidade de suporte Básico (UBS), dia 27 de março de 2025 em Brasília/DF. (Reside em Brasília). *Indicação (Referendar):* Conselheira Vânia Leite (CNBB), integrante da Mesa Diretora do CNS. **5)** Convite da Coordenação de Especialização em Educação Popular em Saúde – FIOCRUZ, para participar no Ato de Abertura do curso nacional de educação popular em saúde, dia 28 de março de 2025, Brasília. (Estava em Brasília). *Indicação (referendar):* Conselheiro Getúlio Vargas (CONAM), integrante da Mesa Diretora do CNS. **6)** Convite da Coordenadora-Geral de Planejamento no SUS, para fazer uma exposição sobre Conferências Municipais de Saúde no SUS, na estratégia de educação permanente promovida pela Gestão dos Instrumentos de Planejamento no SUS intitulada “Sextas-feiras Participativas e Interfederativas”, programada para ocorrer no dia 28 de março de 2025. (virtual). *Indicação (referendar):* Conselheira Jacildo Pinho (CONTRAF), e coordenador da CISTT. **7)** Convite da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, para participar do Ato de Instalação e Posse dos Integrantes e do Presidente da "Comissão Especial com o Objetivo de Tratar da Implementação do Piso Nacional da Enfermagem e das Condições de Trabalho dos Profissionais da Saúde no RS, no dia 01 de abril de 2025, na Assembleia Legislativa/RS. (Reside em POA). *Indicação (referendar):* Conselheiro Getúlio Vargas (CONAM), integrante da Mesa Diretora. **8)** Convite do Instituto de Mulheres Negras – IMUNE, para participar da 4ª edição do Projeto “Agitando a resistência Negra”, de 04 a 07 de abril de 2025, em Cuiabá. (Custeio CNS). *Indicação (referendar):* Conselheira Heliana Hemetério (CANDACE), integrante da Mesa Diretora do CNS. **9)** Convite do Cerimonial do Gabinete do Ministro, para participar do Ato de Vacinação em indígenas no 21º Acampamento Terra Livre/ATL, dia 09 de abril de 2025, em Brasília. (Reside em Brasília). *Indicação (referendar):* Conselheira Vânia Leite (CNBB),

integrante da Mesa Diretora e da CISI. **10)** Convite da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), para compor a Mesa de Abertura da “Oficina Nacional Intersetorial do Programa Bolsa Família – Acolhimento e Integralidade do Cuidado”, dia 15 de abril de 2025, no Auditório da FIOCRUZ Brasília/DF. (Reside em Brasília). *Indicação (referendar):* conselheira Francyslane Vitória da Silva (ENEGRECER). **11)** Convite da Associação Brasileira de Odontologia Seção Ceará, para a Mesa de Abertura e palestra junto aos conselheiros no VIII Congresso Internacional de Odontologia do Ceará, dias 17 e 18 de maio de 2025 no Ceará. (Custeio CNS). *Indicação (referendar):* Conselheiro Anselmo Dantas (FIO), coordenador da CISB. **Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde. 12)** Representante Gestão do Ministério da Saúde em substituição ao Sr. Neilton Araújo de Oliveira como membro da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde conforme segue: *Indicação (referendar):* **Cristiane pereira dos Santos** (Ministério da Saúde). **Atividade internacional. 13)** Convite do Cerimonial do Gabinete do Ministro da Saúde, para compor a comitiva da Ministro Alexandre Padilha em visita a São Tomé e Príncipe de 13 a 16/04 (Avião da FAB). *Indicação (referendar):* Conselheira Heliana Hemetério (CANDACE), integrante da Mesa Diretora do CNS. **Comissões externas. 14)** Convite da Secretaria Executiva do MS, para compor o Grupo de Trabalho de Saúde Quilombola Graça Epifânio (GTESQ), nome dos representantes indicados pela Comissão de Política de Promoção da Equidade (CIPPE), do Conselho Nacional de Saúde. *Indicação (referendar):* Titular: Heliana Hemetério dos Santos (REDE CANDACES BR). Suplente: Veridiana Ribeiro da Silva (CFF). **15)** Convite do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - Conanda, que "Instrui o Grupo Temático para acompanhar a desinstitucionalização de crianças e adolescentes das comunidades terapêuticas e instituições congêneres". *Indicação (referendar):* Titular: Conselheiro José Vanilson (MNPR), coord. Adj. CISM. Suplente: Conselheira Vânia Leite (CNBB), coord. CIASCV. **16)** Convite do Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde - Desid/SECTICS, para fazer parte da Rede de Economia e Desenvolvimento em Saúde – Rede ECOS. *Indicação (referendar):* Titular: Conselheiro Mauri Filho (CNTSS), coord. Adj. COFIN; e Suplente: Conselheiro Getúlio Vargas (CONAM), coord COFIN. **17)** Representante do Conselho Nacional de Saúde junto a Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/MS, em substituição a Sra. Vitória Bernardes, para compor o Grupo de Trabalho Ministerial sobre o Transtorno do Espectro Autista (GT-TEA), a Maria do Carmo sobe para a titularidade e Doté Thiago assume na suplência conforme segue: *Indicação (referendar):* Titular: Maria do Carmo Tourinho Ribeiro (ABRA). Suplente: Thiago Soares Leitão - RENAFRO. **18)** Comitê Técnico Assessor em Tuberculose (CTA-TB) em substituição a Sra. Regina Bueno na titularidade e mantida a suplente indicada anteriormente. *Indicação (referendar):* Titular: Renata Soares (MNCP). Suplente: Carlos Alberto Ebeling (Art TB Brasil). **19)** Câmara Técnica de Assessoramento em Emergências em Saúde Pública (CTA-ESP), em substituição a Sra. Altamira Simões dos Santos na titularidade e fica mantido o suplente indicado anteriormente. *Indicação (referendar):* Titular: José Oliveira da Silva (CTB). Suplente: João Alves Nascimento (CFMV). **20)** Comitê Técnico de saúde de População de Rua, em substituição a Sra. Helena Piragibe na suplência e fica mantido o titular indicado anteriormente. *Indicação (referendar):* Titular: José Vanilson Torres (MNPR). Suplente: Neide Barros da Silva (MBH). **21)** Comitê de Enfrentamento da Desinformação sobre o Programa Nacional de Imunizações e as Políticas de Saúde Pública em substituição a Sra. Ana Carolina Navarrete Munhoz na titularidade e fica mantida a suplente indicada anteriormente. *Indicação (referendar):* Titular: Renata Soares de Souza (MNCP). Suplente: Débora Raymundo Melecchi (FENAFAR). **22)** Grupo GT 3 faz parte do Conselho Consultivo do COSINCA em substituição a Sra. Ana Clébea Nogueira Pinto na suplência e fica mantida a titular indicada anteriormente. *Indicação (referendar):* Titular: Maria Laura Bica (Fenas). Suplente: Carmen Silvia Ferreira Santiago – CUT. **Deliberação: as indicações foram aprovadas. RELATÓRIO DA MESA DIRETORA** – atividades do mês de março e início de abril. Para conhecimento. **ITEM 3 – SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA COMO DIREITO HUMANO DA 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA - Eixo 2: As novas relações de trabalho e a saúde do trabalhador e da trabalhadora - Apresentação: Joana Biava,** Assessora Técnica do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos – DIEESE; **Marilane Oliveira Teixeira,** Professora e Pesquisadora do Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho do Instituto de Economia - CESIT/IE/UNICAMP; e **Shakti Prates Borela,** Assessora Técnica da Secretária de Relações do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego - SRT/TEM; conselheira **Ruth Cavalcanti Guilherme,** da comissão

organizadora da 5ª CNSTT; e **Luís Henrique da Costa Leão**, Coordenador-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador/SVSA/MS. *Coordenação:* conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Cristiane Pereira dos Santos** iniciou a discussão deste ponto de pauta, com saudações aos participantes e destaque à importância deste debate do segundo eixo da conferência, dedicado à análise das novas relações de trabalho e seus impactos sobre a saúde da classe trabalhadora. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior** reiterou a importância deste debate e aproveitou para dar boas-vindas à nova representante do Ministério da Saúde no Conselho e na Mesa Diretora do CNS, Cristiane Pereira, destacando sua trajetória de militância na Central dos Movimentos Populares e nos movimentos de moradia, além de sua histórica parceria com a CONAM. Enfatizou a relevância do ciclo de debates da conferência, composto por três eixos, e informou que naquele momento o foco era o Eixo 2. Anunciou, ainda, que estava prevista a participação do Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, como convidado da mesa. Em seguida, abriu a palavra para a assessora técnica do DIEESE para dar início às exposições. Na sua apresentação, a assessora técnica do DIEESE, **Joana Biava**, apresentou os principais resultados da Carta Acordo SCON2023-00214 firmada entre a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e o DIEESE, que teve como objetivo subsidiar a formulação de um Sistema Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. O trabalho compreendeu uma revisão bibliográfica sistemática, análise de bases de dados nacionais e interpretação dos principais determinantes sociais do processo de adoecimento relacionado ao trabalho. Inicialmente, contextualizou o cenário da precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo, ressaltando o impacto das políticas neoliberais, da reestruturação produtiva, das crises econômicas e da pandemia de COVID-19 na deterioração das condições de trabalho e na saúde da população trabalhadora. Apontou que a Reforma Trabalhista (Lei nº. 13.467/2017) intensificou a flexibilização do mercado formal, resultando em efeitos adversos sobre os vínculos de trabalho e a segurança social. Na abordagem dos determinantes sociais da saúde, destacou que a precarização do trabalho atinge tanto segmentos formalizados quanto aqueles inseridos em ocupações não profissionalizadas, embora de formas distintas. Entre os principais fatores que afetam a saúde dos trabalhadores, citou a intensificação da jornada de trabalho, o modelo baseado em metas, o uso das tecnologias de informação e comunicação, a precarização do serviço público, a violência urbana, os marcadores sociais da diferença (como raça, gênero e classe), a instabilidade no emprego, o trabalho infantil e o endividamento crescente dos trabalhadores. No que se refere à estrutura dos contratos de trabalho, abordou a progressiva diminuição de vínculos protegidos e o avanço de modelos como terceirização, subcontratação, contratos de “zero hora”, plataformação e empreendedorismo forçado. Indicou que esses arranjos contratuais desestruturam os direitos trabalhistas, dificultam o acesso à proteção previdenciária e agravam os riscos à saúde, especialmente em contextos sem planos de carreira e com remuneração variável. Apresentou dados sobre o crescimento de vínculos precários, como os contratos intermitentes e de jornada parcial, e ressaltou que, embora ainda não predominem no mercado, esses vínculos impõem grande instabilidade. Em relação ao trabalho por plataformas digitais, informou que, em 2022, cerca de 1,5 milhão de pessoas atuavam por meio desses meios, o que representa 1,7% da população ocupada no setor privado. Os dados indicaram jornadas médias superiores a 48 horas semanais e baixíssima cobertura previdenciária, com apenas 24% dos trabalhadores contribuindo para a seguridade social. Também destacou a importância da ação coletiva e sindical como estratégia de enfrentamento à precarização. Apontou que não há forma de superação dos problemas de saúde no trabalho que não seja coletiva. Defendeu o fortalecimento das redes de enfrentamento, a revalorização das entidades sindicais, a consolidação de sindicatos em categorias ainda não representadas, como os maqueiros hospitalares, e o combate à narrativa individualista do empreendedorismo, que transfere os riscos da atividade econômica ao próprio trabalhador. No eixo referente aos principais agravos à saúde, enfatizou a prevalência crescente dos adoecimentos mentais, caracterizados como a “doença da época”, e criticou a predominância de abordagens individualizantes centradas no uso de EPIs e em programas pontuais de segurança do trabalho. Alertou para a responsabilização indevida do trabalhador pelos agravos sofridos e defendeu o reconhecimento do acidente de trabalho como fenômeno socialmente determinado. Destacou a relevância do nexo epidemiológico entre as condições laborais e os agravos à saúde, além da automedicalização como estratégia individual de manutenção da produtividade. Com base em diversas bases de dados — como a PNAD Contínua (IBGE), RAIS, Anuário da Previdência Social e SINAN — a apresentação também abordou dados sobre desligamentos por

falecimento ou invalidez, evidenciando as ocupações mais atingidas por acidentes típicos, doenças ocupacionais e aposentadorias por invalidez. Entre as ocupações com maior número de desligamentos por acidente típico, destacaram-se motoristas de caminhão, motofretistas, trabalhadores agropecuários e serventes de obras. Já entre os casos de aposentadoria por invalidez decorrente de acidentes de trabalho, sobressaíram assistentes administrativos, faxineiros, professores e trabalhadores da limpeza urbana. Nas considerações finais, defendeu que a melhora das condições de saúde dos trabalhadores depende diretamente da melhoria das condições de trabalho. Criticou a persistência de ações que tratam apenas os fatores de risco, sem considerar os processos laborais, e afirmou que o SUS ainda não incorporou de maneira efetiva o trabalho como determinante central da saúde. Apontou a fragmentação das políticas de saúde do trabalhador, a baixa articulação intersetorial, o desconhecimento das legislações específicas por parte dos profissionais de saúde e o subfinanciamento como obstáculos estruturais. Reforçou a necessidade de superação da lógica compartimentalizada vigente, defendendo a construção de ações mais integradas, com equipes multiprofissionais, abordagem intersetorial e inserção da saúde do trabalhador na atenção básica. Além disso, destacou a urgência de atualização da legislação referente ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT, e a transição de um modelo centrado na doença para um modelo preventivo, com foco na investigação das causas dos agravos e incentivo à notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Por fim, apontou caminhos possíveis para o fortalecimento da saúde do trabalhador, como a articulação entre setores e estruturas locais, a formação qualificada dos profissionais, o planejamento integrado de ações, a definição de papéis e a construção participativa dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST), bem como o fortalecimento do controle social e da participação ativa dos trabalhadores nas políticas públicas. Em seguida, conselheira **Ruth Cavalcanti Guilherme**, coordenadora adjunta da CISTT/CNS e da comissão organizadora da 5ª CNSTT, fez uso da palavra para agradecer e destacar que o processo de organização da conferência continuava, mesmo com a recente mudança na titularidade da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente – SVSA/MS, no final do mês de março. Informou que todas as ações planejadas estavam mantidas e que a coordenação da CISTT/CNS e a Mesa Diretora do CNS haviam se reunido para assegurar a continuidade dos trabalhos. Em seguida, apresentou um panorama do processo preparatório da 5ª CNSTT, registrando a realização ou o agendamento de 39 conferências macrorregionais, 69 conferências regionais e 543 conferências municipais. Reforçou a necessidade de estímulo à mobilização nos estados que ainda não haviam alcançado ampla cobertura, elogiando o desempenho de estados como o Acre, que já havia realizado 17 das 22 conferências municipais previstas, e o Maranhão, com 204 municípios mobilizados dos 217 existentes. Informou que estava em elaboração uma resolução relacionada ao Regimento Interno da Conferência e comunicou que foram comunicadas 72 conferências livres, reforçando que tais eventos devem ser devidamente comunicados ao CNS para validação oficial. Acrescentou que o documento orientador das conferências encontrava-se em consulta pública, mas ainda não havia recebido contribuições, alertando os participantes quanto à importância da participação colaborativa nesse processo. Em seguida, o Coordenador-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador, **Luís Henrique da Costa Leão**, da Comissão Organizadora da 5ª CNSTT, parabenizou o CNS pela continuidade da pauta da Conferência em suas reuniões plenárias e destacou a relevância do eixo em debate, considerando-o central para a compreensão da realidade social brasileira atual. Registrou os cumprimentos da Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente/MS, Mariângela Simões, que não pôde estar presente por motivos de agenda, mas manifestou total apoio à conferência e ao seu processo de construção. Informou que a Secretaria vinha atuando de maneira ativa, cumprindo o disposto na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT, prestando apoio institucional e logístico à mobilização social. Destacou que, desde a sua primeira participação no Pleno do Conselho naquele ano, o número de conferências havia crescido significativamente, e ressaltou o fortalecimento da participação popular e institucional em conferências livres, municipais e regionais. Relatou que a CGSAT, em articulação com organizações da sociedade civil, promoveu uma conferência específica sobre saúde mental e trabalho, que contou com expressiva participação. Informou, ainda, que estavam previstas conferências livres voltadas a segmentos específicos da classe trabalhadora, como populações do campo, da floresta e das águas, pessoas LGBTQIA+, trabalhadores anteriormente submetidos à condição análoga à escravidão e apoio à conferência sobre trabalho e pessoas em situação de rua. Enfatizou que tais iniciativas refletem a importância do processo de conferência como instrumento de retomada e fortalecimento do campo da saúde do

trabalhador, com base no controle social e na participação cidadã. Destacou que a 5ª Conferência pode vir a se constituir como um marco equivalente a uma 8ª Conferência Nacional de Saúde, dada sua abrangência, mobilização e potencial transformador. Ressaltou que a saúde do trabalhador e da trabalhadora, desde sua inclusão como direito fundamental na Constituição Federal, exige efetivação prática nas políticas do SUS, da previdência, do trabalho, da agricultura e de outras áreas correlatas. Ao final de sua intervenção, informou que o Ministro de Estado da Saúde havia recebido um briefing e se comprometeria a gravar um vídeo institucional em apoio à 5ª Conferência, contribuindo para a ampliação da mobilização nacional. Em resposta, conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS, agradeceu as manifestações, reconhecendo a importância do apoio institucional e destacando o papel estratégico das conferências livres, cuja convocação ainda poderia ser realizada até meados do mês, com realização prevista até o final de abril. Reforçou que esses eventos cumprem uma função relevante na construção participativa da conferência. Em seguida, passou a palavra para a professora e pesquisadora do CESIT/IE/UNICAMP, **Marilane Oliveira Teixeira**, que iniciou sua apresentação agradecendo o convite e destacando a importância do debate em torno da Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Explicou que estruturaria sua exposição em três momentos: caracterização geral do mundo do trabalho no Brasil, apresentação de cinco aspectos centrais para o debate sobre relações de trabalho e saúde, e exposição de dados e reflexões derivados de pesquisas conduzidas pelo CESIT. Na introdução, contextualizou o atual cenário do mercado de trabalho brasileiro, marcado por um contingente de cerca de 103 milhões de pessoas ocupadas. Destacou a diversidade de vínculos e a crescente precarização: 39 milhões de trabalhadores atuam no setor privado com carteira assinada, enquanto 14 milhões o fazem sem registro formal. Disse que o trabalho por conta própria, que reúne aproximadamente 26 milhões de pessoas, representa um grupo heterogêneo que inclui autônomos, microempreendedores individuais (MEIs), prestadores de serviços via pessoa jurídica e relações disfarçadas de assalariamento. Além disso, há quase 6 milhões de trabalhadoras domésticas e cerca de 8 milhões de pessoas desempregadas, além de uma taxa elevada de subutilização da força de trabalho. Destacou que os trabalhadores transitam entre diferentes posições ocupacionais — do emprego formal ao trabalho informal, passando pelo desemprego e subocupação — o que aprofunda a vulnerabilidade e a insegurança social. Afirmou que aproximadamente 21 milhões de pessoas estão submetidas a jornadas superiores às 44 horas semanais, o que evidencia a sobrecarga de trabalho e a intensificação da exploração laboral. Ressaltou que o mercado de trabalho brasileiro passou por transformações profundas nas últimas décadas, com crescente flexibilização, informalidade e individualização dos contratos. Salientou que esse cenário tem alterado as formas de identidade e pertencimento no trabalho, uma vez que os vínculos passaram a ser transitórios, instáveis e desconectados de carreiras duradouras, afetando a qualificação profissional e o sentimento de pertencimento dos trabalhadores. Ao tratar dos cinco pontos centrais para análise, abordou o processo de precarização das relações de trabalho, com a expansão de contratos temporários, terceirizações, formas jurídicas alternativas como PJ e MEI, e vínculos intermitentes. Segundo ela, essa instabilidade contínua gera um estresse crônico, pois os trabalhadores vivem sob a constante incerteza sobre a continuidade do emprego. Apontou que a tendência é a internalização da culpa pelo adoecimento, especialmente entre trabalhadores que não têm acesso a serviços públicos especializados de saúde. Em seguida, tratou da intensificação da jornada de trabalho, destacando três fenômenos simultâneos: a extensão da jornada via horas extras; a pressão por produtividade e metas abusivas; e a dificuldade de desconexão provocada pelo uso contínuo de dispositivos móveis. Relatou que as formas de jornada, como escalas 6x1, 12x36 e até 8 dias de trabalho para 1 de descanso, têm se proliferado, com restrições à negociação coletiva e redução dos intervalos para refeições, o que impacta gravemente a saúde dos trabalhadores, em especial os que atuam em linhas de produção. O terceiro ponto abordado foi o avanço das tecnologias e da plataformização do trabalho, com destaque para a contratação de trabalhadores como motoristas, entregadores e *freelancers* digitais, situação que já havia sido mencionada na primeira exposição anterior. Afirmou que esse modelo tem se expandido para diversas áreas e precariza ainda mais as condições de trabalho. O quarto ponto tratado foi a hiperconectividade, especialmente no contexto do teletrabalho e do trabalho remoto. A expositora alertou para o aprisionamento dos trabalhadores em uma lógica de disponibilidade permanente, em que os limites entre vida pessoal e profissional tornam-se cada vez mais indefinidos. No quinto aspecto, referiu-se ao desgaste lento das formas de organização coletiva. Observou que, embora nos anos 1980 e 1990 os temas da saúde e segurança no

trabalho estivessem no centro da agenda sindical, atualmente esses temas foram gradativamente perdendo espaço. Destacou a invisibilidade de muitos agravos contemporâneos à saúde, como o estresse e os transtornos mentais, que são frequentemente interpretados como problemas individuais, dissociados do ambiente de trabalho. Para concluir, apresentou dados recentes do Ministério do Trabalho que evidenciam a gravidade do quadro. Em 2023, houve 8 milhões de desligamentos a pedido — um número recorde. Pesquisa realizada com trabalhadores que solicitaram demissão apontou que 16% mencionaram problemas com a chefia imediata, 24% relataram questões éticas, 25% indicaram falta de reconhecimento no ambiente de trabalho e 23% atribuíram o desligamento ao adoecimento mental decorrente do estresse. Esses percentuais foram ainda mais elevados entre trabalhadores jovens, com destaque para os que atuam em setores como o telemarketing e o comércio, onde a rotatividade chega a 90% em grandes redes de varejo. Por fim, destacou que a crise de saúde mental atinge com maior intensidade as mulheres, devido à dupla ou tripla jornada que envolve o trabalho produtivo e reprodutivo. Informou que mais de 50% das mulheres são chefes de família, e que 49% são as únicas responsáveis pelo sustento do lar, o que impõe a muitas delas a necessidade de manter múltiplos vínculos de trabalho para complementar a renda. Defendeu que esse conjunto de questões seja abordado de forma sistêmica e com coragem, para que seja possível enfrentar de maneira efetiva os desafios impostos pelo mundo do trabalho contemporâneo. Na sequência, expôs a representante da Secretaria de Relações do Trabalho/MTE, **Shakti Prates**, iniciou sua fala cumprimentando a mesa e os participantes e apresentou informações sobre a organização da II Conferência Nacional do Trabalho, prevista no Plano Plurianual (PPA) do governo federal, no âmbito do programa “Promoção do Trabalho Decente, Emprego e Renda”. Explicou que a Conferência tem como objetivo central promover o debate público em torno da democratização e reestruturação das relações de trabalho no Brasil. Prevista para ocorrer ainda em 2025, propõe-se a dialogar diretamente com as temáticas tratadas na 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, buscando estabelecer uma articulação mais ampla entre as políticas públicas voltadas ao mundo do trabalho e à saúde laboral. Antes de apresentar a estrutura da conferência, destacou o contexto das transformações recentes nas relações de trabalho, ressaltando alterações legislativas, mudanças nos processos produtivos e a incorporação de novas tecnologias. Segundo ela, essas transformações resultaram em um processo generalizado de precarização e desformalização dos vínculos empregatícios, com impactos profundos sobre a saúde dos trabalhadores — especialmente no que se refere à saúde mental, mas também com repercussões físicas, sociais e familiares. Acrescentou que, na maioria dos casos, tais mudanças agravaram as condições de vida e trabalho, sendo, portanto, essencial retomar a discussão pública sobre essas questões. Salientou que o Ministério do Trabalho atua na promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, principalmente por meio da inspeção do trabalho — instrumento voltado à fiscalização de condições seguras e saudáveis nos ambientes laborais. Também mencionou outras frentes de atuação, como as políticas de qualificação profissional, os mecanismos de proteção social e a promoção do diálogo social e da negociação coletiva, esta última considerada fundamental para a defesa de direitos e da saúde ocupacional. Ao abordar a II Conferência Nacional do Trabalho, recordou a experiência anterior, realizada em 2012, que contou com mais de 20 mil participantes em conferências municipais, regionais, estaduais e distrital. Na ocasião, o evento teve caráter tripartite, envolvendo representantes do governo, trabalhadores e empregadores, além da sociedade civil. Embora o processo tenha enfrentado impasses no encerramento — como a retirada de representantes patronais, foram sistematizadas contribuições relevantes para o aprimoramento das políticas públicas. Disse que, para esta Conferência, a expectativa é fortalecer esse modelo tripartite e obter resultados efetivos, formulando diretrizes, propostas legislativas e recomendações ao poder público e às demais entidades do mundo do trabalho. A conferência terá como principal objetivo subsidiar políticas voltadas à promoção do trabalho decente, por meio da construção coletiva de uma agenda de prioridades. Informou que o processo da II Conferência será estruturado em etapas estaduais, distrital e nacional, sendo que as etapas estaduais serão convocadas pelas Superintendências Regionais do Trabalho, em articulação com entidades sindicais e com as demais esferas de governo. Destacou que não haverá conferências municipais, mas haverá incentivo à realização de atividades autogestionadas, que poderão servir como etapas preparatórias ou ainda enviar propostas diretamente à etapa nacional. O processo terá representação tripartite: 30% dos delegados serão indicados pelos trabalhadores, 30% pelos empregadores, 30% pelo governo (nas três esferas) e 10% pela sociedade civil, representada por universidades, institutos de pesquisa e

organizações sociais. A etapa nacional está prevista para ocorrer no final de outubro de 2025, reunindo aproximadamente 1.300 delegados. Apresentou os eixos temáticos que estão em debate para estruturação da conferência, entre os quais se destacam: 1) transformações do mundo do trabalho diante das transições tecnológicas, digitais, ambientais e demográficas, com ênfase na construção de uma transição justa; e 2) Políticas públicas para a promoção do emprego e do trabalho decente. Detalhou subtemas dos eixos como: diálogo social e negociação coletiva; proteção e geração de empregos; formação e qualificação profissional; fundos de financiamento das políticas de trabalho; intermediação de mão de obra; fiscalização do trabalho; promoção da igualdade e combate à discriminação; princípios e direitos fundamentais do trabalho (com destaque para trabalho infantil e trabalho escravo); formalização dos vínculos de trabalho e combate à rotatividade; e segurança e saúde do trabalhador. Reforçou que, embora o eixo da saúde do trabalhador esteja previsto como tema específico, praticamente todos os demais impactam direta ou indiretamente as condições de saúde da classe trabalhadora. Destacou, ainda, que as atividades autogestionadas permitirão que organizações promovam discussões temáticas específicas, como a saúde do trabalhador, em sua dimensão setorial, regional ou temática. Encerrando fala, informou que a convocação oficial da conferência deve ocorrer até o início de maio, por meio de portaria ministerial, e que o Ministério conta com o apoio técnico da Organização Internacional do Trabalho - OIT. Reconheceu os desafios orçamentários para viabilização do evento, mas assegurou que os encaminhamentos já estão avançados. Finalizou com um convite à participação ativa das entidades sindicais, organizações sociais e demais interessadas, tanto nas etapas estaduais quanto nas atividades autogestionadas, a fim de garantir um debate qualificado e a formulação de propostas robustas que respondam aos desafios contemporâneos do mundo do trabalho. A seguir, expôs o Coordenador-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador/SVSA/MS, **Luís Henrique da Costa Leão**, iniciou sua fala agradecendo o convite para representar o Ministro da Saúde, que, devido a compromisso, não pôde estar presente. Destacou a importância do debate sobre o Eixo 2 da 5ª CNSTT e fez uma abordagem sob a perspectiva da gestão do Ministério da Saúde. Apresentou, como iniciativa relevante, a série de episódios intitulada "Diálogos rumo à 5ª Conferência", produzida em parceria com o Conselho, que busca fomentar a reflexão crítica sobre o tema central da conferência — "Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano" — a partir de entrevistas com entidades da sociedade civil, centros de referência em saúde do trabalhador e especialistas convidados. Como estratégia de comunicação, mencionou a divulgação de recortes desses diálogos em formato de "aperitivos" antes do almoço, com o objetivo de subsidiar os debates e ampliar o alcance do conteúdo. Enfatizou a necessidade de fortalecer a conexão entre os eixos temáticos da conferência e seu tema central. Observou que, embora os debates nas conferências livres e municipais estejam sendo bem conduzidos, muitas vezes falta uma articulação evidente com a perspectiva do direito humano à saúde, o que representa um desafio conceitual e político relevante para o êxito da conferência. Ao caracterizar o atual cenário do mercado de trabalho brasileiro, destacou a existência de cerca de 100,7 milhões de pessoas economicamente ativas, das quais apenas 38 milhões possuem vínculo formal com carteira assinada. Considerou esse número positivo quando comparado a anos anteriores, mas alertou para o fato de que mais de 60% da população trabalhadora ainda se encontra em condições informais ou precárias — como no trabalho doméstico não regulamentado, em atividades tradicionais (como as de pescadores e marisqueiras), em voluntariado, no trabalho escravizado ou em ocupações sem direitos garantidos. Utilizou a metáfora da "mesa dos direitos" para ilustrar a seletividade do acesso aos direitos trabalhistas, previdenciários e ambientais no Brasil. Nas suas palavras, embora a Constituição Federal estabeleça a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado, a persistência de desigualdades e discriminações no mundo do trabalho representa uma forma de iniquidade com impactos diretos na saúde das pessoas trabalhadoras. Enfatizou que o conceito de saúde não pode se restringir à dimensão clínica ou ocupacional tradicional. Afirmou que qualquer agravamento, mesmo que não esteja diretamente vinculado a uma exposição química ou a um agente ocupacional específico, pode estar relacionado às condições gerais de trabalho e à exclusão da proteção social. Defendeu, portanto, a ampliação da compreensão sobre os determinantes sociais da saúde no contexto do trabalho. Criticou a naturalização da degradação das condições laborais, citando exemplos de ambientes insalubres e inseguros em que trabalhadores são expostos a riscos extremos. Relatou experiências em atividades de vigilância em saúde do trabalhador, em que se deparou com realidades tão adversas que considerou impossível suportar mais que alguns minutos de exposição. Destacou que muitos trabalhadores vivem sob o imperativo da produtividade e da

subsistência, mesmo em condições absolutamente degradantes. Apontou como tendência preocupante a tentativa de desconstrução da identidade do trabalhador. Segundo ele, o discurso ideológico da “autoempreendedorização” substitui o reconhecimento do trabalhador como sujeito de direitos por uma lógica de individualização da responsabilidade, o que compromete a atuação do Estado e enfraquece as políticas públicas de proteção. Alertou para os efeitos da plataformização do trabalho, que, segundo ele, tem contribuído para o aumento expressivo de acidentes urbanos, especialmente entre entregadores e motoristas por aplicativo. Destacou que o modelo de remuneração baseado em produtividade intensifica comportamentos de risco e impõe jornadas exaustivas, cujas consequências recaem sobre o SUS, responsável por absorver os custos dos atendimentos, cirurgias e reabilitações. Informou que foi elaborada uma nota técnica orientando a rede SUS a identificar e notificar esses acidentes como acidentes de trabalho, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Comentou também a recente publicação da Política Nacional de Cuidados, que reconhece o trabalho não remunerado, sobretudo o realizado por mulheres, como elemento fundamental para a sustentação da vida e do trabalho produtivo. Defendeu a articulação dessa política do cuidado com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e propôs a realização de uma conferência livre voltada às mulheres trabalhadoras. No plano estratégico, informou que a CGSAT promoveu uma convocatória a especialistas, centros de referência e centrais sindicais para a construção do Programa “Mais Vida no Trabalho”. A proposta visa enfrentar os desafios das novas relações de trabalho e dos persistentes agravos históricos, como os altos índices de acidentes fatais. Observou que o Brasil ocupa o quarto lugar mundial em mortes relacionadas ao trabalho, atrás apenas da China, Estados Unidos e Rússia. Sugeriu que a saúde do trabalhador seja tratada como prioridade transversal de governo, propondo a criação de um pacto interministerial, coordenado pela Presidência da República, com o objetivo de reduzir os óbitos e agravos relacionados ao trabalho. Enfatizou que essa resposta objetiva à precarização é necessária e urgente. Citou ainda a criação de um grupo de trabalho interministerial para analisar o impacto da informalidade na saúde, a realização de um Comitê Técnico de Assessoramento - CTA sobre o tema e o fortalecimento da vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos, substâncias cancerígenas e neurotóxicas, com especial atenção às populações do campo. Acrescentou que também estão sendo desenvolvidas ações em parceria com o Ministério do Trabalho no âmbito da Comissão Tripartite Paritária Permanente - CTPP, voltadas à regulação do uso de substâncias químicas perigosas no ambiente de trabalho. Por fim, alertou para os impactos das mudanças climáticas sobre as condições de trabalho, citando a exposição ao calor extremo, à chuva e às intempéries como fatores que agravam a precarização. Defendeu a inclusão desses elementos no plano nacional de enfrentamento às mudanças climáticas, com atenção específica à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. Concluiu reafirmando que o trabalho deve ser sinônimo de vida e dignidade, e não de adoecimento ou morte, e reiterou que a 5ª Conferência deve contribuir para a ampliação dos direitos e da proteção social no país. Concluídas as exposições, foi aberta a palavra para considerações do Pleno do Conselho. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** iniciou sua intervenção destacando a profundidade das falas apresentadas na mesa e elogiou a construção crítica da 5ª Conferência. Trouxe reflexões sobre a alienação no trabalho, a intensificação das jornadas e o esvaziamento do tempo de vida em função da produtividade. Alertou para a necessidade de resgatar a identidade de classe, criticando os rótulos que desclassificam o trabalhador como “empreendedor” ou “informal”. Defendeu o reconhecimento dos trabalhadores em todos os espaços, inclusive fora da fábrica, e afirmou que não há liberdade real onde não há alternativas concretas. Conselheira **Márcia Cristina Bandini** manifestou preocupação com o discurso de gestores municipais desconhecendo o processo de realização da Conferência e sugeriu maior articulação da Comissão de Mobilização e Articulação, especialmente no que se refere à divulgação da conferência nos municípios. Conselheira **Rosa Maria Anacleto**, ao parabenizar a mesa, trouxe à tona a situação crítica vivenciada por trabalhadores metroviários diante dos processos de privatização nos estados, com destaque para São Paulo. Denunciou a insegurança e o adoecimento decorrentes da instabilidade gerada pelas Parcerias Público-Privadas - PPPs, defendendo a proteção das categorias que atuam em serviços estratégicos de infraestrutura urbana. Conselheiro **João Alves do Nascimento Júnior** fez um apelo em nome da categoria dos médicos veterinários, apresentando dados alarmantes sobre os elevados índices de suicídio entre esses profissionais, que enfrentam longas jornadas, baixa remuneração e pouco reconhecimento, inclusive dentro do SUS. Ressaltou a necessidade de políticas de valorização e proteção da saúde mental desses trabalhadores. Conselheiro **Abraão Nunes da Silva**

criticou a substituição dos trabalhadores por máquinas e denunciou a lógica capitalista que prioriza o lucro em detrimento da vida. Ressaltou a dificuldade dos trabalhadores em manter seu sustento mesmo com jornadas exaustivas e alertou para os impactos do sistema financeiro sobre a saúde da população trabalhadora. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** apontou a necessidade de enfrentamento das causas estruturais do adoecimento das pessoas, como o racismo, o machismo e outras formas de opressão. Criticou o uso indiscriminado de agrotóxicos, classificando-o como prática genocida, e defendeu ações mais incisivas do Estado no combate às desigualdades sociais. Conselheira **Helenice Yemi Nakamura** ressaltou a importância de considerar a vulnerabilidade desde o trabalho infantil, destacando que o adoecimento começa ainda na infância. Indagou como responder coletivamente às demandas em um mundo cada vez mais individualista, competitivo e instável. Conselheiro **Anselmo Dantas** evocou a crítica marxista à alienação do trabalho e ressaltou que a luta por dignidade exige consciência política. Alertou para a lógica produtivista do capitalismo que desumaniza o trabalhador e perpetua as desigualdades. Conselheira **Ruth Cavalcanti Guilherme** agradeceu à mesa reconhecendo a contribuição qualificada das exposições e reforçou a importância do envolvimento do CNS e das entidades na mobilização da Conferência. Conselheira **Veridiana Ribeiro da Silva** enfatizou a necessidade de racializar o debate sobre saúde do trabalhador, destacando as desigualdades enfrentadas por trabalhadoras negras, especialmente no serviço doméstico. Denunciou as jornadas abusivas na indústria farmacêutica e a resistência patronal em adotar o conceito de trabalho decente. Reivindicou a ratificação da Convenção 190 da OIT e propôs a substituição do termo “igualdade” por “equidade” nas diretrizes da II Conferência Nacional do Trabalho. Conselheiro **Lucas Andrieta** solicitou às expositoras aprofundamento sobre as questões de renda, remuneração e poder de compra, associando esses temas à precarização e ao endividamento da população trabalhadora, inclusive dos que possuem vínculos formais. Destacou a relevância de políticas públicas voltadas à regulação de preços e à segurança alimentar e nutricional. Conselheira **Carmen Silva Santiago** criticou o recuo do Ministério do Trabalho em relação ao termo “trabalho decente” na nova Conferência e defendeu que a transição inclua o enfrentamento ao adoecimento das diversas categorias. Conselheira **Walquiria Cristina Batista Barbosa**, em complemento, destacou a urgência de regulamentação da profissão de cuidadoras de pessoas idosas, diante do envelhecimento populacional. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** reforçou a necessidade de envolver os trabalhadores de fronteira no processo da Conferência e cobrou do Ministério do Trabalho e da Assistência Social o estímulo à realização de conferências livres nesses segmentos. Também chamou a atenção para a desinformação sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador entre os profissionais da assistência social. Conselheira **Lucimary Santos Pinto** expressou preocupação com a precarização dos serviços de saúde, intensificada no pós-pandemia. Denunciou a atuação de cooperativas enganosas que desrespeitam os direitos trabalhistas de profissionais contratados para unidades de saúde e serviços domiciliares, propondo a ampliação do debate sobre essas práticas. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** abordou a precarização a partir de uma perspectiva de classe e gênero, ressaltando os impactos sobre as mulheres, que acumulam trabalho reprodutivo e cuidado sem amparo de políticas públicas. Reforçou a necessidade de um tema livre na Conferência dedicado à saúde das mulheres trabalhadoras, em parceria com o Ministério das Mulheres. Conselheira **Francisca Valda da Silva** valorizou a Conferência como espaço estratégico de denúncia e transformação social, afirmando que as iniquidades vivenciadas pela classe trabalhadora resultam de um projeto político e estrutural. Defendeu a articulação intersetorial entre ministérios e a construção coletiva de um projeto de vida digna para o país, com protagonismo dos coletivos sociais e foco na soberania nacional. Conselheira **Elgiane de Fátima Lago** destacou a dificuldade de organização dos trabalhadores informais e sugeriu o fortalecimento das conferências livres como espaço para inserção dessas vozes. Questionou se o Ministério do Trabalho contempla os trabalhadores informais nas ações da Conferência e propôs a oferta de práticas integrativas como estratégia de cuidado ao final da jornada de trabalho. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** ressaltou a importância de capilarizar o debate sobre saúde e trabalho nos territórios, especialmente considerando as novas formas de precarização laboral, como a uberização. Destacou as dificuldades enfrentadas pela classe trabalhadora, principalmente pelas mulheres, diante da desigualdade salarial e da sobrecarga com o trabalho de cuidado. Mencionou a não ratificação da Convenção 190 pelo Congresso e defendeu a valorização das cuidadoras na Política Nacional de Cuidados. Alertou sobre os impactos das emergências climáticas nas condições de vida das trabalhadoras, citando o Rio Grande do Sul como exemplo. Por fim, propôs uma agenda intersetorial entre MTE, MPT e

Ministério da Saúde, e criticou a falta de diálogo na reformulação de normas trabalhistas, apelando por mais participação democrática e parabenizando o governo pelas ações já implementadas. Concluídas as falas, foi aberta a palavra às pessoas convidadas para comentários. A professora e pesquisadora do CESIT/IE/UNICAMP, **Marilane Oliveira Teixeira**, iniciou as respostas destacando a relevância das intervenções feitas pelos conselheiros, especialmente aquelas que abordaram a racialização das desigualdades e os marcadores sociais que agravam as condições de trabalho. Reforçou que o processo de precarização atinge de forma mais severa os grupos historicamente marginalizados, como mulheres negras, pessoas em situação de vulnerabilidade social e trabalhadores informais. Mencionou que a pesquisa conduzida em parceria com a OPAS procurou visibilizar esses recortes, ainda que as limitações de tempo e escopo da apresentação tenham impedido um aprofundamento maior. Enfatizou que a superação dessas desigualdades depende de uma abordagem estrutural e intersetorial, ancorada na garantia de direitos e na participação social. Em seguida, a Assessora Técnica do DIEESE, **Joana Biava**, agradeceu os comentários e perguntas, especialmente os que solicitaram mais informações sobre o vínculo entre saúde do trabalhador, remuneração e poder de compra. Explicou que, na atual conjuntura, a renda da maioria dos trabalhadores formais e informais tem sido insuficiente para garantir uma vida digna, o que amplia o endividamento e compromete o bem-estar físico e mental. Apontou que o poder aquisitivo médio da classe trabalhadora vem sendo corroído por fatores como inflação de alimentos, custos habitacionais e desestruturação dos serviços públicos. Alertou que a política de valorização do salário mínimo precisa ser complementada por medidas de controle de preços e fortalecimento da seguridade social, além da valorização do trabalho como eixo de redistribuição da riqueza e promoção da saúde. A representante do Ministério do Trabalho e Emprego, **Shakti Prates**, destacou que a preocupação com os trabalhadores informais e com os segmentos historicamente invisibilizados está no centro da formulação da II Conferência. Reiterou o compromisso do Ministério em ampliar o alcance do processo por meio das atividades autogestionadas, especialmente nos territórios e categorias que não estão organizadas formalmente. Reforçou que o processo de preparação da conferência está aberto ao diálogo com entidades, sindicatos, coletivos e conselhos de políticas públicas, como o Conselho. Em relação às demandas específicas apresentadas sobre cuidadoras de idosos, mulheres trabalhadoras e categorias ainda não regulamentadas, indicou que essas pautas serão acolhidas e estimulou a proposição de temas livres e a participação direta nas etapas estaduais e distrital da Conferência. Por fim, o Coordenador-Geral da CGVSAT/MS, **Luís Henrique da Costa Leão**, agradeceu as falas e reforçou a necessidade de resgatar o trabalho como eixo de organização da vida e como componente central do conceito ampliado de saúde. Afirmou que as iniquidades enfrentadas pelas pessoas trabalhadoras informais, pelas mulheres, pelas populações negras, periféricas, indígenas e rurais devem orientar a formulação de políticas públicas pautadas na justiça social. Destacou que a saúde do trabalhador não pode ser entendida como um campo à parte, mas sim como uma dimensão que atravessa todas as políticas públicas. Reiterou a importância da 5ª Conferência como espaço de escuta e incidência política, ressaltando que os temas tratados ali exigem resposta em suas múltiplas instâncias. Encorajou a continuidade do processo participativo e a construção de consensos em torno da saúde como direito humano, afirmando que o trabalho não pode ser fonte de sofrimento, mas de dignidade, realização e emancipação. Finalizando, a coordenação da mesa agradeceu a presença das pessoas convidadas, reiterando que o debate serviria de subsídio para debate nas etapas da 5ª CNSTT e que no segundo dia de reunião seria apreciada resolução sobre a 5ª Conferência. Com isso, às 13h, a mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: nomes serão incluídos. Retomando, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 - 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 - Coordenação: conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da CIRHRT/CNS; e conselheiro **Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda**, da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:** **João Pedro Santos da Silva**, Coordenador Adjunto da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da CIRHRT, iniciou o ponto de pauta reafirmando o papel constitucional do CNS na ordenação da formação e do trabalho em saúde, conforme as prerrogativas estabelecidas pela Constituição Federal, por decreto presidencial e por resoluções do próprio Conselho. Recordou que a comissão, com base em um marco regulatório próprio, avalia atos

autorizativos de cursos de graduação, reconhecimento de cursos e renovações, atuando como instância técnica qualificada do controle social. Como primeiro item, conselheiro **João Pedro Santos da Silva**, Coordenador Adjunto da CIRHRT/CNS, apresentou, para conhecimento, o relatório do último período de análise, que compreendeu 26 dias entre março e abril. Informou que foram analisados nove processos, sendo sete considerados insatisfatórios, um satisfatório com recomendações e um satisfatório. Ressaltou o compromisso da comissão com a qualidade da formação em saúde, sob a ótica da relevância social e da missão do SUS. Para conhecimento, fez uma explanação geral sobre os nove processos analisados pela Comissão: 1) Relação entre número de processos analisados e ato regulatório - Autorização: 4; Autorização vinculada a credenciamento fora da sede: 5; Autorização vinculada a credenciamento: 2; e Reconhecimento: 0; 2) Relação entre número de processos analisados e Curso - Enfermagem: 1; Medicina: 2; Odontologia: 0; e Psicologia: 6; 3) Relação de cursos e tipo de ato regulatório: Enfermagem: 1 de autorização vinculada ao credenciamento; Medicina: 2 de autorização; e Psicologia: 2 de Autorização e 4 de autorização vinculada ao credenciamento; e 4) Relação entre número de processos analisados e parecer final: 7 insatisfatórios; 1 satisfatório com recomendações; e 1 satisfatório. Recordou que os pareceres foram enviados previamente a todas as pessoas conselheiras, seguindo as determinações do Regimento Interno do CNS. Além disso, reforçou que a formação profissional é essencial inclusive para enfrentar as diversas formas de violência, como racismo, homofobia, aporofobia. Os pareceres, enviados previamente todas as pessoas conselheiras, foram apresentados para conhecimento, não havendo votação. Em seguida, a coordenadora da CIRHRT/CNS apresentou informes da Comissão, para conhecimento, e uma minuta de recomendação, para deliberação. Os informes foram os seguintes: **1) Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs:** várias DCNs de cursos da área da saúde (como Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional) já haviam sido discutidas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, mas ainda aguardavam homologação pelo Ministério da Educação - MEC. Relatou também que 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 se comprometeu a trazer os resultados ao CNS; e **3) Educação a Distância - EaD:** o processo de construção do marco regulatório da EaD no ensino superior, iniciado por portaria de 2022, foi retomado pelo atual governo, com consulta pública e participação do controle social. Informou que o CNS aprovara uma resolução sobre o tema em dezembro de 2024, com recomendações já enviadas ao MEC. Sobre a minuta de recomendação, a coordenadora da Comissão explicou que o texto, elaborado pela CIRHRT, recomenda ao Ministério da Educação - MEC e ao Conselho Nacional de Educação - CNE, em defesa da proposta de atualização das DCNs do curso de medicina, construída no âmbito do Projeto Rever — uma iniciativa interministerial entre MEC e Ministério da Saúde. Inclusive, disse que a minuta que seria apreciada naquele momento apresentava um considerando a mais em relação ao documento enviado previamente a todas as pessoas conselheiras. Detalhou o processo participativo que originou a proposta das Diretrizes: nove oficinas regionais, duas oficinas nacionais e a articulação com mais de mil participantes, entre docentes, discentes, pesquisadores, gestores e representantes do controle social. A recomendação destaca a legitimidade democrática do processo e a necessidade de que essa proposta seja considerada oficialmente em substituição à versão encaminhada à consulta pública por um grupo restrito de especialistas. O coordenador adjunto da Comissão fez a leitura do texto: “Minuta recomendação. Recomenda que a proposta de DCN dos Cursos de Graduação em Medicina, construída no âmbito do Projeto REVER de forma participativa com ampla representação de docentes, pesquisadores, estudantes, gestores do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e, do controle social, seja reconhecida e submetida à Consulta Pública. O Conselho Nacional de Saúde - CNS, no exercício das atribuições conferidas pela Constituição Federal, pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e por seu Regimento Interno, por meio de seu Pleno, reunido na 365ª Reunião Ordinária, realizada em 9 e 10 de abril de 2025, e com fundamento em suas competências regimentais e nas disposições das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e considerando: e, considerando que o art. 200, inciso III da Constituição Federal de 1988 (CF/88), define que ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete

ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e no processo, estabelece o CNS como a instância de regulação e normatização dos critérios de relevância de qualidade do marco regulatório do SUS para a formação de profissionais de saúde no Brasil; considerando a Resolução nº 350, de 9 de junho de 2005, que afirma o entendimento de que a homologação da abertura de cursos na área da saúde pelo Ministério da Educação -MEC somente seja possível com a não objeção do Ministério da Saúde - MS e do CNS, que aprova critérios de regulação para a autorização e reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde, tendo em perspectiva as necessidades sociais em saúde, os projetos político-pedagógicos coerentes com as necessidades sociais e a relevância social do curso; considerando as Resoluções CNS nº 429, de 12 de novembro de 2009, e nº 430, de 12 de novembro de 2009, que reafirmaram a competência da então denominada Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) para avaliar e analisar os processos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de curso de graduação da área da saúde e emitir pareceres, conforme legislação vigente e fluxo estabelecido, à época, submetendo-os a decisão do Pleno do CNS, entre outras disposições; considerando a Resolução CNS nº 515, de 07 de outubro de 2016, que expõe o posicionamento contrário deste órgão colegiado à autorização de todo e qualquer curso de graduação da área da saúde, ministrado na modalidade de Educação a Distância (EaD), bem como sugere que as Diretrizes Nacionais Curriculares - DCN das profissões da área da saúde sejam objeto de discussão e deliberação do CNS de forma sistematizada, dentro de um espaço de tempo adequado para permitir a participação, no debate, das organizações de todas as profissões regulamentadas e das entidades e movimentos sociais que atuam no controle social; considerando o Decreto nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017, que dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino e, estabelece que a oferta de cursos de graduação em Medicina, Odontologia, Psicologia e Enfermagem, inclusive em universidades e centros universitários, depende de autorização do MEC, após manifestação do CNS; considerando a Resolução CNS nº 549, de 9 de junho de 2017, que criou a Câmara Técnica (CT) da CIRHRT/CNS, de acordo com os critérios da Chamada nº 001/2017, com o objetivo de apoiar e fortalecer os processos de trabalho da CIRHRT no âmbito da formação, qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, bem como atribuiu aos seus membros indicados, a função de elaborar notas técnicas e pareceres sobre processos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde; considerando a Resolução CNS nº 569, de 8 de dezembro de 2017, que aprova os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde, construídos na perspectiva do controle/participação social em saúde, definindo: I) defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde; II) atendimento às necessidades sociais em saúde; III) Integração ensino-serviço-gestão-comunidade; IV) integralidade e Redes de Atenção à Saúde (RAS); V) trabalho interprofissional; VI) Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e componentes curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde; VII) utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa; VIII) valorização da docência na graduação, do profissional da rede de serviços e do protagonismo estudantil; IX) educação e comunicação em saúde, X) avaliação com caráter processual e formativo, XI) pesquisas e tecnologias diversificadas em saúde, XII) formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação da área da saúde; considerando a Resolução CNS nº 720, de 13 de setembro de 2023 que dispõe sobre o fluxo dos processos de atos autorizativos de cursos de graduação da área da saúde no âmbito do CNS, e a Resolução CNS nº 737, de 1º de fevereiro de 2024 que dispõe sobre a recomposição e o funcionamento da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CT/CIRHRT), e as atribuições dos seus membros; considerando que no âmbito da ordenação da formação profissional em saúde, a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CIRHRT/CNS) – apoiada por sua Câmara Técnica: Eixo 2 da graduação – recebeu por Lei a atribuição técnico-operacional de assessorar e subsidiar o Pleno do CNS na sua competência como instância de normatização da definição de referenciais de qualidade do marco regulatório da ordenação do SUS, para a formação de profissionais de saúde no SUS e para o SUS; considerando que o CNS atua de forma propositiva junto ao MEC no processo de regulação das DCN e dos Atos Autorizativos: Autorização, Reconhecimento e Renovação de Reconhecimento na perspectiva da educação no trabalho em saúde, de forma a articular políticas e programas dessas três áreas de formação profissional, em defesa da vida e do SUS,

como preceitos orientadores da formação profissional e das relações de trabalho que se estabelecem na construção técnico-científica-social do Modelo de Promoção da Saúde, das mudanças no perfil das profissões da saúde para o trabalho interprofissional e da reorganização das redes de atenção à saúde; considerando que as DCN dos cursos de graduação da área da saúde têm, em seus princípios, conhecimentos, habilidades e atitudes, prerrogativas de uma formação, para lidar com projetos humanos e de vida em todas as formas de expressão com garantias de direitos, pautadas no trabalho em equipe de caráter interprofissional e à luz de ações multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares, ancorados nos princípios do SUS, com ênfase na integralidade da atenção e na universalidade de acesso; considerando a Resolução CNS nº 719, de 17 de agosto de 2023 que dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde que encaminha à avaliação das DCN em Medicina, para possível revisão das diretrizes e estratégias para sua implantação, incluindo recursos, qualificação docente e ações de integração ensino-serviço-comunidade, observando experiências como AprenderSUS, voltadas para a graduação e orientação profissional, bem como o VER-SUS, voltada para vivências e estágios, resgatando o papel do Ministério da Saúde na formação médica, incluindo no aspecto multiprofissional e fixação do profissional em territórios com vazios assistenciais e regiões de difícil acesso; considerando o processo de construção coletiva coordenado pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, secretarias e órgãos do Ministério da Educação (SESU, SERES, INEP- MEC), outros atores institucionais como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Educação (CES-CNE), no âmbito do Projeto “REVER – Formação Médica para o Brasil: onde estamos e para onde vamos? Um olhar comprometido com a responsabilidade social no século XXI”, que produziu ampla mobilização nacional, envolvendo gestores, discentes, docentes, pesquisadores, residentes, controle social e conselhos profissionais, por meio de nove Oficinas Regionais e duas Oficinas Nacionais, realizadas entre 2023 e 2024; considerando o Edital de Chamamento à Consulta Pública acerca da Proposta das DCN dos Cursos de Graduação em Medicina, publicado em 14 de fevereiro de 2025 pela Câmara de Educação Superior (CES), do Conselho Nacional de Educação (CNE), do Ministério da Educação (MEC), o qual desencadeou uma ampla repercussão da preocupação gerada com a divulgação de proposta elaborada por um grupo de trabalho no âmbito da CES-CNE, quando foram publicadas manifestações de entidades e instituições decorrentes desse processo, que evidenciam a necessidade de maior diálogo e participação de diversos atores envolvidos na temática (ABMFC; ABMPD, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu/UNES, etc); considerando que embora a CIRTHRT/CNS reconheça a competência e a legitimidade do Conselho Nacional de Educação - CNE e de sua Câmara de Ensino Superior - CES-CNE para a tomada de decisão quanto a elaboração do documento submetido a Consulta Pública, sinaliza alguns aspectos da referida proposta colocada em Consulta Pública que preocupam o controle social do SUS: fragilização da formação generalista essencial às demandas de saúde da população atendida pelo SUS; omite a importância do compromisso institucional das escolas médicas com responsabilidade social e com uma formação de profissionais alinhada às necessidades do SUS e da sociedade; traz ênfase na doença em detrimento das necessidades integrais das pessoas, desconsiderando a determinação social do processo saúde-doença; desconsidera a importância estratégica do trabalho interprofissional, bem como as competências e eixos fundamentais, como gestão e educação em saúde, avanços das DCN 2014; desmonte do papel do Núcleo Docente Estruturante - NDE junto ao Projeto Pedagógico do Curso - PPC; falta de incentivo à qualificação e desenvolvimento do trabalho docente; falta de diretrizes para o cuidado a saúde mental dos estudantes de medicina, em face ao sofrimento causado pelo curso; propõe estágios obrigatórios em especialidades focais no internato, contrariando a formação generalista e a lógica organizacional do SUS; sugere redução da carga horária para ensino da Atenção Primária à Saúde (APS), contrariando a Lei 12.871/2013; e inclui frágil regulação do ensino remoto que caracteriza-se como uma forma de flexibilização da qualidade e efetividade do processo de formação de médicos; considerando as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (4ª CNGTES) sobre educação de qualidade na saúde para o fortalecimento e a valorização do trabalho da saúde; e considerando a consistente proposta de DCN dos Cursos de Graduação em Medicina construída no âmbito do Projeto REVER (ABEM e SGTES-MS) e legitimada pela ampla participação técnica, científica, social, da gestão educacional e da saúde e política a partir das oficinas nacionais e regionais, fruto de um processo democrático

constituído com ampla representação de docentes, pesquisadores, residentes, estudantes, gestores, profissionais da saúde, do CES-CNE e do controle social do SUS (CNS e Conferências Nacionais de Saúde). Recomenda: Ao Ministério da Educação: 1) Que reconheça a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Medicina, construída e legitimada socialmente pela ampla participação técnico-científica; pela gestão participativa do SUS; e do controle social (CES-CNE, CNS e 17ª CNS e 4ª CNGTES), no âmbito do Projeto REVER (ABEM e SGTES-MS) que mobilizou o debate em todo o país e resultou na proposta enviada ao Conselho Nacional de Educação (CNE), tempestivamente. 2) Que o Ministério da Educação (MEC) na sua competência da regulação da qualidade da educação médica no Brasil, assegure ampliação do diálogo e escuta da participação social da proposta das DCN dos cursos de graduação em Medicina do Projeto REVER, e que esta seja considerada, e devidamente apresentada à Consulta Pública. Ao Conselho Nacional de Educação: I - Que considere a proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Medicina, elaborada de forma participativa no âmbito do Projeto REVER e válida na II Oficina Nacional promovida pela Abem/SGTES-MS em outubro de 2024, de forma a assegurar que o processo de atualização das DCN esteja alinhado às necessidades de saúde da população, do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Controle Social que é princípio finalístico do SUS. II - Que a proposta de revisão das DCN dos Cursos de Graduação em Medicina elaborada pelo Projeto “REVER – Formação Médica para o Brasil: onde estamos e para onde vamos? Um olhar comprometido com a responsabilidade social no século XXI” seja considerada como produto legítimo da Comissão Especial organizada pelo próprio CNE e submetida à Consulta Pública o que assegura transparência, representatividade, e o efetivo envolvimento da sociedade no aprimoramento das diretrizes que orientarão a formação médica no país.” Após a leitura, foi aberta a palavra para considerações. Conselheira **Odete Torres**, representante da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, começou agradecendo a Comissão pelo intenso trabalho e reforçou a crítica ao documento atualmente em consulta pública, por considerar que representa retrocessos ao retomar o modelo biomédico centrado no especialista, desconsiderando as conquistas das DCNs de 2014, como a valorização da medicina de família e comunidade e a centralidade do SUS. Destacou que o Projeto Rever amplia a abordagem da equidade, do direito à saúde e da formação comprometida com as necessidades da população. Conselheira **Helenice Yemi Nakamura** solicitou atualização sobre o debate de dois temas: a política nacional de residências em saúde e o posicionamento da CIRHRT sobre a abertura de cursos de graduação na modalidade EaD. A coordenadora da CIRHRT/CNS explicou que responderia aos questionamentos feitos posteriormente e procedeu à votação da minuta de recomendação. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a recomendação para que seja reconhecida e submetida à consulta pública a proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, construída no âmbito do Projeto REVER, de forma participativa com ampla representação de docentes, pesquisadores, estudantes, gestores do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e do controle social.** Sobre os questionamentos feitos, a coordenadora da CIRHRT/CNS lembrou que o CNS já aprovou proposta para uma política nacional de residência em saúde, que aguarda institucionalização via decreto presidencial ou portaria interministerial. Sobre o EaD, afirmou que o Conselho defende, com base nas Resoluções nºs 515 e 569/2017, que a formação em saúde seja exclusivamente presencial, dada a natureza relacional e prática do trabalho em saúde. Além disso, destacou que a Comissão está debatendo a situação da Federação Nacional das APAEs que, em parceria com o Centro Universitário Santa Cecília, instituição privada sem fins lucrativos, foi credenciada para cursos à distância de Medicina, Ciências Biológicas, Ciências Contábeis, Direito, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, entre outros. Por fim, frisou que a CIRHRT acompanha atentamente os desdobramentos da regulamentação do artigo 80 da LDB, cujo novo marco regulatório do ensino a distância foi prorrogado para 9 de maio de 2025. Destacou ainda preocupações com cursos que oferecem itinerários curriculares permitindo certificações intermediárias, como o caso de instituições que promovem certificações técnicas no meio da graduação. Enfatizou que tal prática compromete a valorização profissional e pode institucionalizar a precarização dos vínculos e salários, sobretudo na área da enfermagem. Conselheiro **Derivan Brito da Silva** relatou que, desde agosto de 2024, a ABRATO, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional vêm dialogando com a Federação Nacional das APAEs sobre a modalidade de curso ofertada em parceria com a Uniceia. Informou que, inicialmente, tratava-se de curso presencial com até 40% de carga horária EaD. Após negociações, a FENAPAES comprometeu-se a manter a

presencialidade como regra para a formação em terapia ocupacional. Destacou, ainda, a articulação para uma audiência pública no Senado Federal sobre a escassez de profissionais terapeutas ocupacionais no país. Também disse que foi surpreendido com o edital da FEAPAES, mas as entidades estão trabalhando arduamente para garantir a presencialidade nos cursos de terapia ocupacional. Conselheiro **Marcos Vinícius Pedrosa** afirmou que o debate sobre parâmetros de qualidade para cursos presenciais e a distância é prioridade para o Ministério da Saúde e o MEC. Ressaltou que o trabalho em saúde é essencialmente relacional e humano, e que a formação deve contemplar competências e habilidades adquiridas na prática e na interação interpessoal. Indicou que o MEC e o Ministério da Saúde mantêm diálogo sobre o tema e que o Ministro da Educação, Camilo Santana, tem compromisso com o fortalecimento da formação com qualidade. Conselheira **Helenice Yemi Nakamura** manifestou preocupação com o avanço da mercantilização do ensino, expressa em propagandas que banalizam a formação em saúde e, no caso da Fonoaudiologia, disse que o Conselho Federal de Fonoaudiologia está acompanhando a situação e adotando as providências necessárias para impedir essa lógica que fere o princípio da saúde e da educação como direitos. Além disso, destacou que é necessária atuação incisiva do CNS para proteger a qualidade da formação e o atendimento à população. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** reforçou que saúde e educação não são mercadorias e parabenizou a CIRHRT pelo rigor técnico e ético com que tem conduzido os debates. Ressaltou que a formação profissional deve atender critérios públicos e estar orientada pelas necessidades do SUS, e não por interesses corporativos ou empresariais. Defendeu a manutenção do posicionamento do Conselho contra a abertura de cursos sem controle de qualidade e sem justificativas pedagógicas. Ao final, conselheira **Francisca Valda da Silva** reafirmou o compromisso da CIRHRT com a vigilância cívica e técnica sobre os processos de formação e regulação na área da saúde. Reforçou que a educação e o trabalho em saúde são políticas públicas estratégicas para o desenvolvimento humano e social do país, e que o Conselho continuará atuando para assegurar a qualidade, a equidade e a efetividade na formação dos profissionais que compõem o SUS. Por fim, disse que as colocações feitas seriam remetidas à Comissão para aprofundamento.

ITEM 5 - ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas - Composição da mesa: conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS.

1) Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre a Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Reumáticas - GT-REUMATO/CNS e proposta de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Doenças Reumáticas. Apresentação: conselheira **Priscila Torres da Silva**, coordenadora do GT. O Grupo de Trabalho sobre Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Reumáticas (GT-REUMATO/CNS), instituído pela Resolução CNS nº 733, de 1º de fevereiro de 2024. O objetivo central do grupo foi elaborar diretrizes e políticas públicas voltadas para a melhoria do atendimento e da qualidade de vida dos pacientes com doenças reumáticas no SUS. Ao longo de 2024 e 2025, foram realizadas reuniões que contaram com a participação de representantes do Conselho Nacional de Saúde, da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), médicos reumatologistas, técnicos do Ministério da Saúde e usuários do SUS. A primeira reunião aconteceu entre os dias 4 e 5 de março de 2024, na cidade de Brasília e contou com a participação das conselheiras nacionais de saúde: Shirley Morales, Priscila Torres, Regina Bueno, do assessor técnico Lucas Leismann, dos reumatologistas, Marco Rocha Loures e André Hayata representando a Sociedade Brasileira de Reumatologia e do médico reumatologista atuante em serviço SUS, Dr. Thiago Willers e da usuária convidada Isabel Oliveira. São convidados especiais permanentes neste GT a Sociedade Brasileira de Reumatologia. Na ocasião, estavam convidados a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia à Saúde (CONITEC). Devido ao conflito de agenda, a SAES não pode estar presente. A segunda reunião aconteceu entre os dias 3 e 4 de junho de 2024, na cidade de Brasília e contou com a participação das conselheiras nacionais de saúde: Shirley Morales, Priscila Torres, Regina Bueno, do assessor técnico Lucas Leismann, dos reumatologistas, André Hayata, Tania Oliveira, Ana Patrícia e Vander Fernandes, representando a Sociedade Brasileira de Reumatologia. Representando a gestão estavam, Danilo Silva e Vinicius Sanches da CGAE e Claudio Brasil do DRAC. São convidados especiais permanentes do GT a Sociedade Brasileira de Reumatologia. A terceira reunião aconteceu entre os dias 26 e 27 de agosto de 2024, na cidade de Brasília e contou com a participação das conselheiras nacionais de saúde: Shirley Morales, Priscila Torres, Regina Bueno, Luciana

1076 Tolêdo Lopes e o assessor técnico Lucas Leismann, dos reumatologistas, Marco Rocha Loures
1077 e André Hayata representando a Sociedade Brasileira de Reumatologia e do médico
1078 reumatologista atuante em serviço do SUS, Dr. Thiago Willers e da usuária convidada Isabel
1079 Oliveira. Na ocasião, estavam presentes: Lissandra Monteiro Herculano representantes da
1080 Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), a Jessica Souza e a Putira Sacuarema
1081 da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). No dia 26 de agosto de 2024, aconteceu,
1082 de forma online na plataforma Teams e contou com a participação dos integrantes do GT e
1083 médicos da Sociedade Brasileira de Reumatologia, além dos representantes da Secretaria
1084 Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde. No dia 27 de fevereiro de 2025,
1085 aconteceu, de forma online a reunião como objetivo discutir a Política Nacional de Atenção às
1086 Pessoas com Doenças Reumáticas, com foco na inclusão de recortes raciais e populacionais,
1087 especialmente para comunidades quilombolas e indígenas. Participaram da reunião os
1088 integrantes do GT e os convidados, Dr. André Hayata e Luís Eduardo Batista. A quinta reunião
1089 aconteceu entre os dias 07 e 08 de outubro de 2024, na cidade de Brasília e contou com a
1090 participação das conselheiras nacional de saúde: Shirley Morales, Priscila Torres, Regina
1091 Bueno, Luciana Tolêdo Lopes e o assessor técnico Lucas Leismann, além disso médicos da
1092 Sociedade Brasileira de reumatologia. Na ocasião estavam presentes Rodrigo Silva Amaral,
1093 representante do Departamento de Saúde Digital e Gabriella de Andrade Boska representando
1094 o Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Contextualizando, explicou que
1095 doenças reumáticas são classificadas em: Inflamatórias: Artrite Reumatoide, Espondiloartrites,
1096 Lúpus Eritematoso Sistêmico, Síndrome de Sjögren, Vasculites; Degenerativas: Osteoartrite,
1097 Osteoporose; Metabólicas: Gota; Autoimunes: Polimiosite, Doença Mista do Tecido Conjuntivo;
1098 Auto-inflamatórias: Febre Familiar do Mediterrâneo, Doença de Still. No que diz respeito à
1099 epidemiologia, destacou que 25% da população tem alguma doença reumática e as principais
1100 doenças são Osteoartrite (3,8% da população mundial), Fibromialgia (0,2% a 5%), Lombalgia
1101 (25,4% da população adulta), Osteoporose (5,3% da população acima de 40 anos) e Doenças
1102 autoimunes (0,5% a 1%). Detalhou a organização da Atenção para doenças reumáticas:
1103 Atenção Primária (APS) pode fazer o diagnóstico inicial e acompanhamento de doenças menos
1104 complexas, exemplos: Osteoartrite, Fibromialgia, Gota, Febre Reumática; e Encaminhamento à
1105 atenção especializada quando a doença não está controlada e persiste após 6 semanas de
1106 tratamento ou quando há progressão da doença. No que diz respeito à Atenção Especializada
1107 (Secundária), destacou: doenças mais complexas que exigem terapias imunossupressoras.
1108 Exemplos: Artrite Reumatoide, Esclerodermia, Vasculites Sistêmicas; e Atenção Terciária
1109 (Hospitalar): casos graves que necessitam de suporte hospitalar. Exemplos: Lúpus com
1110 acometimento renal, gota renal com insuficiência crônica, osteoporose com fraturas. Sobre os
1111 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs), disse que os principais PCDTs para
1112 doenças reumáticas são: artrite Idiopática Juvenil; artrite psoriásica; artrite reumatoide;
1113 dermatomiosite e polimiosite (em atualização); lúpus eritematoso sistêmico; osteoporose;
1114 espondilite; e anquilosante. Citou os desafios pontuados pela SBC: dificuldades no acesso a
1115 centros especializados e exames complementares; a incorporação de novos medicamentos no
1116 SUS; a revisão e atualização dos PCDTs são essenciais para garantir que os pacientes tenham
1117 acesso aos tratamentos mais eficazes e seguros disponíveis. Em relação à saúde da
1118 população indígena e quilombola, explicou que enfrentam grande dificuldade de acesso a
1119 reumatologistas, principalmente em áreas remotas. Acrescentou que os desafios específicos
1120 são: racismo institucional e barreiras culturais; falta de especialistas nas aldeias; dificuldades
1121 logísticas para exames e medicamentos. Salientou que o GT também debateu a integração
1122 com Outras Doenças e Populações Vulneráveis, com destaque para: Pessoas vivendo com
1123 HIV/AIDS e Hepatites Virais: pessoas com HIV têm maior risco de desenvolver doenças
1124 reumáticas; e necessidade de melhor monitoramento de doenças crônicas não transmissíveis
1125 (DCNTs); e Doenças Raras e Pediatria: as doenças reumáticas raras afetam 3,5% a 5,9% da
1126 população. O Brasil planeja implementar um programa de sequenciamento genético gratuito
1127 para diagnóstico precoce. Sobre o Programa Nacional de Imunização – PNI, disse que os
1128 principais desafios apontados são: vacina contra herpes zóster indisponível no SUS; e baixa
1129 cobertura vacinal em pacientes imunossuprimidos. Salientou que a proposta é incluir vacinação
1130 em centros de medicação de alto custo para facilitar o acesso. Sobre a tele saúde e a
1131 digitalização da saúde, destacou que pode facilitar a capacitação médica e o acesso a
1132 especialistas em regiões remotas incluindo reumatologistas. Citou que os principais desafios
1133 identificados: falta de infraestrutura tecnológica em algumas unidades; integração dos
1134 prontuários eletrônicos; e resistência de alguns profissionais à adoção da telemedicina. Disse
1135 que o Ministério da Saúde propôs expansão dos serviços de telemedicina para melhorar o

diagnóstico e o acompanhamento das doenças reumáticas. Por fim, agradeceu a confiança do Conselho no trabalho do GT, lembrando que o resultado final foram três documentos, enviados previamente a todas as pessoas conselheiras e disponibilizadas no servidor: Relatório Final do GT-REUMATO; Documento Orientador do Grupo de Trabalho da Política Nacional de Atenção Integral ao Paciente com Doenças Reumáticas do Conselho Nacional de Saúde; e proposta de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Doenças Reumáticas. Finalizou agradecendo a contribuição das áreas técnicas do Ministério da Saúde no debate do GT. A seguir, foi aberta a palavra e houve breves comentários acerca do tema. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** parabenizou o trabalho desenvolvido e defendeu a importância do cuidado integral às pessoas com doenças reumáticas, enfatizando que nenhum paciente deve ser reduzido à sua condição clínica. Ressaltou que o cuidado deve permanecer na atenção básica, mesmo com o envolvimento de especialistas, e que o tratamento deve envolver uma equipe multidisciplinar, incluindo práticas integrativas. Destacou a necessidade de articulação entre os profissionais e criticou a fragmentação do atendimento, reforçando que o paciente é responsabilidade de toda a rede. Conselheira **Priscila Torres da Silva**, coordenadora do GT, explicou que o documento orientador da política foi construído com base na integralidade do cuidado, valorização dos saberes e fortalecimento da rede multidisciplinar. Destacou a necessidade de capacitação das equipes e defendeu que a atenção básica seja a base do cuidado, apontando falhas na continuidade do atendimento entre os diferentes níveis de atenção. Defendeu o uso do Telessaúde para regiões remotas e alertou para o risco de subdiagnóstico de pacientes com outras condições, como HIV, quando suas queixas não são valorizadas. Reforçou que o objetivo principal da política é estruturar a atenção básica para garantir acesso e cuidado integral. A seguir, a Presidenta da CNS apresentou os principais pontos do documento da política, que foi construído em torno dos princípios de equidade, atenção às especificidades populacionais e articulação entre atenção primária e especializada. Explicou os eixos estratégicos, diretrizes e objetivos da política, como o diagnóstico precoce, fortalecimento da rede, capacitação de profissionais, e integração com outras políticas sociais. Após uma correção pontual no texto (no item II do capítulo 3, excluir a palavra “rever”), a política foi submetida à votação. **Deliberação: a proposta de Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Reumáticas Política, elaborada pelo GT, foi aprovada por unanimidade.** 2) **5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 5ª CNSTT.** a) Informe sobre o processo preparatório da 5ª CNSTT (para conhecimento); b) indicação de Carmem Pankararu em substituição a Antônio Alves de Souza na comissão de saúde da 5ª CNSTT (para conhecimento, sem necessidade de votação); e c) apreciação de minuta de resolução com alterações na Resolução CNS nº 743/2024 (para deliberação). **Apresentação:** conselheira **Ruth Cavalcanti Guilherme**, da comissão organizadora da 5ª CNSTT. Inicialmente, fez os seguintes informes: **1)** nos dias 17 e 18 de março de 2025, ocorreu reunião destinada a deliberar sobre diversos aspectos da organização da Conferência. Na ocasião, foi debatida a estrutura das comissões e aprovado o regulamento da etapa nacional. O Regulamento foi publicado e permaneceria aberto à consulta pública até 26 de abril de 2025, às 23h59. Até aquele momento, nenhuma contribuição havia sido recebida e reforçou a importância da participação ativa dos conselheiros e da sociedade na análise e proposição de melhorias ao texto; **2)** estavam programadas três reuniões temáticas entre março, abril e maio, com o objetivo de aprofundar o debate sobre os eixos temáticos da conferência, fortalecer os argumentos e qualificar as discussões nos âmbitos estadual e municipal. Lembrou que a discussão do eixo dois já havia sido realizada no período da manhã e que a do eixo três ocorreria no dia 7 de maio, com convidados já confirmados; **3)** foi definido calendário das reuniões presenciais da Comissão Organizadora, com encontros previstos para os dias 24 e 25 de abril e 12 e 13 de agosto, além de reuniões remotas voltadas para áreas específicas como infraestrutura, acessibilidade, mobilização, arte, cultura e saúde. As reuniões das comissões temáticas também foram definidas; **4)** a comissão organizadora recebeu diversos convites para participação em conferências estaduais e municipais, mas seria impossível atender a todos os pedidos apenas com os membros da Mesa Diretora do CNS e da comissão organizadora. Assim, solicitou a colaboração dos conselheiros, especialmente aqueles residentes nos estados, para representarem o Conselho nas conferências locais. Mencionou conferências já agendadas em diversos estados, como Amazonas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rondônia e Rio Grande do Sul, com delegações previamente organizadas. Os deslocamentos para as conferências estaduais seriam financiados com recursos do Termo de Referência da 5ª CNSST, fruto de acordo com a SVSA/MS, e custeados pelo controle social. No entanto, não havia possibilidade de arcar com despesas de participação em conferências

municipais, que deveriam ser assumidas pelos próprios municípios ou organizadas com apoio de conselheiros locais; **5)** os prazos finais para realização são: etapas municipais (15 de abril), conferências livres (30 de abril), e estaduais (15 de junho), com a etapa nacional marcada para ocorrer de 18 a 21 de agosto de 2025; **6)** até aquele momento, haviam sido realizadas 543 conferências municipais, 69 regionais, 39 macrorregionais e marcadas 19 estaduais, com previsão de contemplar todos os 27 estados brasileiros. Não havia previsão de prorrogação dos prazos e que a comunicação com os municípios estava sendo intensificada, apesar de ainda haver confusões entre conferências temáticas e conferências gerais de saúde. Também fez um apelo para que os gestores locais não confundissem a 5ª CNSTT com outras conferências e reiterou que a conferência temática de saúde do trabalhador era obrigatória, conforme previsto na Lei nº 8.080/1990. Recomendou que municípios com dificuldades se organizassem por meio de conferências regionais ou macrorregionais e contatassem a comissão organizadora para orientação. Enfatizou a diversidade dos territórios e a necessidade de contemplar diferentes realidades de trabalho, incluindo trabalhadores formais e informais, urbanos e rurais, além de categorias frequentemente invisibilizadas. Ressaltou que a conferência era um espaço fundamental para que os trabalhadores pudessem expressar suas demandas e contribuírem na formulação de políticas públicas. Por fim, incentivou a realização de conferências livres, informou que havia mais de 70 cadastradas e que ainda havia tempo para novas iniciativas, desde que devidamente registradas no Conselho. Comunicou que o regulamento das autogestionadas seria finalizado na próxima reunião e que haveria ainda uma nova possibilidade de participação para pessoas trabalhadoras que não conseguiram se integrar em nenhum dos espaços anteriores. Concluiu reforçando que a conferência era o momento de dar voz à classe trabalhadora e garantir sua representação nas políticas públicas de saúde. A seguir, foi feita a leitura da minuta de resolução, que dispõe sobre alterações relativas às normativas da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (5ª CNSTT). No documento, o CNS resolve: Art. 1º Alterar o caput do artigo 10 do Anexo I da Resolução CNS nº 744, de 14 de março de 2024, para que: Onde se lê: “[...] será realizada de 30 de março até 30 de dezembro de 2024 [...]” Leia-se: “[...] será realizada até 15 de abril de 2025”. Art. 2º Alterar o parágrafo 2º do artigo 10 do Anexo I da Resolução CNS nº 744, de 14 de março de 2024, para que: Onde se lê: “§2º [...] até 15 de janeiro de 2025”. Leia-se: “§2º [...] até 30 de abril de 2025”. Art. 3º Alterar o parágrafo 2º do artigo 11 do Anexo I da Resolução CNS nº 744, de 14 de março de 2024, para que: Onde se lê: “§2º [...] o prazo-limite de 15 de janeiro de 2025”. Leia-se: “§2º [...] com o prazo-limite de 30 de abril de 2025”. Art. 4º Alterar o caput do artigo 12 do Anexo I da Resolução CNS nº 744, de 14 de março de 2024, para que: Onde se lê: “[...] ocorrerá de 30 de março de 2024 até 30 de junho de 2025 [...]”. Leia-se: “[...] ocorrerá até 15 de junho de 2025”. Art. 5º Alterar o caput do artigo 15 do Anexo I da Resolução CNS nº 744, de 14 de março de 2024, para que: Onde se lê: “[...] de 08 a 11 de julho de 2025”. Leia-se: “[...] de 18 a 21 de agosto de 2025”. Art. 6º Alterar o caput do artigo 12 do Anexo III da Resolução CNS nº 744, de 14 de março de 2024, para que: Onde se lê: “[...] 15 de janeiro de 2025”. Leia-se: “[...] 30 de abril de 2025”. Art. 7º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação”. Antes da votação, a Presidenta do CNS explicou que o documento em votação tratava apenas da correção de itens já aprovados no Regimento da 5ª CNSTT, como a confirmação da realização da etapa nacional em agosto de 2025. Esclareceu que cada município possuía sua própria estrutura e numeração de conferências, o que pode gerar confusão, e mencionou o exemplo de São Paulo. Informou que vários estados e municípios haviam solicitado prorrogação de prazos, mas que essa questão seria analisada pela comissão organizadora na semana seguinte. Ressaltou que eventuais prorrogações não poderiam comprometer os prazos da relatoria nacional, já que não havia possibilidade de alterar a data da etapa nacional. Finalizou afirmando que o esclarecimento buscava eliminar dúvidas para permitir a votação do documento. Dito isso, procedeu-se à votação do documento.

Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade. 3) Recomendação. Recomenda à Agência Nacional de Aviação Civil - ANAC a rejeição da resolução proposta na Consulta Pública nº 02/2025 - Proposta de Resolução sobre assistência especial e acessibilidade de passageiros com necessidade de assistência especial ao serviço de transporte aéreo. A minuta foi enviada previamente a todas as pessoas conselheiras. No documento, o CNS recomenda à ANAC: 1) Que a minuta não seja aprovada, por ser incompatível com os marcos legais e normativos nacionais e internacionais de defesa dos direitos das pessoas com deficiência; 2) Que o texto seja reformulado para garantir que todas as decisões sobre o transporte de passageiros com deficiência sejam baseadas em critérios objetivos e alinhadas aos princípios da acessibilidade e da autodeterminação; 3) Que seja garantido que nenhuma cobrança

adicional seja imposta a passageiros com deficiência pelo transporte de equipamentos essenciais, assentos acessíveis ou outros recursos necessários para sua plena participação no transporte aéreo; 4) Que a ANAC fortaleça a fiscalização sobre o cumprimento da acessibilidade no transporte aéreo, assegurando que todas as companhias aéreas cumpram as normas nacionais de acessibilidade e não discriminação; 5) Que seja proibida a exigência de acompanhante, respeitando-se sempre a autonomia e a autodeterminação das pessoas com deficiência; 6) Que o regulamento contemple mecanismos efetivos de denúncia e penalização para casos de violação de direitos, assegurando que passageiros com deficiência possam reportar descumprimentos e que as empresas sejam responsabilizadas por práticas discriminatórias; e 7) Que a ANAC promova ampla participação social na construção de normas regulatórias sobre acessibilidade no transporte aéreo, ouvindo as entidades representativas das pessoas com deficiência antes da elaboração de qualquer proposta regulatória.

Deliberação: a recomendação foi aprovada por maioria. Uma abstenção. 4) Resultado do Grupo de Trabalho sobre a Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde do CNS (para conhecimento) e minuta de Resolução que dispõe sobre a reestruturação das Coordenações Nacional e Estaduais de Plenárias de Conselhos de Saúde, elaborada pelo Grupo de Trabalho sobre a Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde do CNS (para deliberação). *Apresentação:* conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios**, GT sobre a Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde do CNS; e conselheiro **Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda**, GT sobre a Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde do CNS. Na 350ª Reunião Ordinária do CNS, foi aprovada a criação do Grupo de Trabalho - GT para avaliar e fortalecer a Coordenação Nacional da Plenária dos Conselhos de Saúde, ampliando a participação social no SUS. Esse grupo contou com a participação dos seguintes conselheiros: Ana Lúcia Silva Marçal Paduella (Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras), Cleonice Caetano Souza (União Geral dos Trabalhadores), Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Brasileira da Rede Unida). A trilha de construção foi a seguinte: seis reuniões, sendo quatro presenciais para levantamentos de subsídios (Plenária Nacional de Conselhos de Saúde; Presidentes dos Conselhos Estaduais de Saúde; Secretaria Executiva do CNS (período de Criação da CNPCS); e GT de elaboração do Regimento interno do CNS); e duas virtuais para consolidação de relatório. Os documentos analisados foram: Instrumento Normativo da CNPCS (Analisado pela assessoria Jurídica); deliberações das Conferências Nacionais de Saúde; 21 Relatórios das Plenárias Nacionais dos Conselhos de Saúde; Pautas e Memórias das reuniões da CNPCS; e Todos os atos normativos (Resoluções CNS nº 451, de 15 de março de 2012, e nº 592, de 9 de agosto de 2018). O grupo teve por base os seguintes considerandos: que as Plenárias dos Conselhos de Saúde foram criadas por deliberação do 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, que aconteceu em abril de 1995, em Salvador/BA, com o objetivo principal de promover a relação dos Conselhos de Saúde com a esfera nacional na perspectiva de fortalecer a participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS); que na IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em 1997, foi constituída uma Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde com a finalidade de fazer um intercâmbio entre os Conselhos Municipais, Estaduais e o Nacional, bem como contribuir no encaminhamento das lutas pelo fortalecimento do SUS e do controle social; que, em 2004, a Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, passou a ser composta por dois representantes por Estado (um titular e um suplente), com o objetivo de garantir a participação integral de todos os Estados; a Deliberação CNS nº 004, de 10 de maio de 2001, que estabelece as diretrizes para a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde; o Conselho Nacional de Saúde como integrante do processo de articulação entre os Conselhos e a necessidade de manter um bom fluxo de informações e discussões entre o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde; a Resolução CNS nº 451, de 15 de março de 2012, que define regras de estruturação, funcionamento e organização da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde; que as Plenárias de Conselhos de Saúde foram construídas e fortalecidas por conselheiros de saúde de todo o país e que, diante dos desafios da atual conjuntura, precisa passar por revisão para melhor desempenhar sua função de articulação e fortalecimento do controle social nas três esferas federativas; os debates ocorridos na 347ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou a criação de um Grupo de Trabalho sobre a Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde; e o resultado do Grupo de Trabalho sobre a Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde (GT-Plenária/CNS), instituído pelas Resoluções CNS nº 735, de 1º de fevereiro de 2024, e a CNS nº 761, de 12 de setembro de 2024. Em um cenário de articulação

1316 e mobilização entre controle social e sociedade em torno da participação e fortalecimento do
1317 SUS se tornam cada vez mais necessárias, o GT concluiu que os Coordenadores de Plenárias
1318 são fundamentais para essa função, atuando como mobilizadores e articuladores que
1319 constroem pontes entre os diversos atores, ampliando a luta coletiva pelo fortalecimento do
1320 controle social e pela participação popular no SUS. No contexto atual, o GT entendeu que é
1321 fundamental reorganizar e reestruturar as atribuições e papéis dos coordenadores/as de
1322 plenária, levando em consideração as expectativas manifestadas em reunião do GT com o
1323 grupo de coordenadores/as em exercício. O GT Propôs à Mesa Diretora do CNS um modelo de
1324 organização mais pragmático e funcional, onde a prioridade dos coordenadores/as de plenária
1325 deve ser a articulação e mobilização da sociedade na defesa do SUS em todos os territórios.
1326 Isso garantirá que as informações cheguem às pessoas, permitindo que se engajem na luta
1327 pelo SUS e na definição das políticas de saúde. Produtos entregues e propostos pelo GT:
1328 Relatório (relatório com memórias das reuniões e relatório síntese); e uma nova resolução no
1329 intuito de reestruturar a coordenação de plenária. A minuta de resolução é a seguinte:
1330 “Resolução nº xxx, de 10 de abril de 2025. Dispõe sobre a reestruturação das Coordenações
1331 Nacional e Estaduais de Plenárias de Conselhos de Saúde. O Pleno do Conselho Nacional de
1332 Saúde (CNS), em sua Trecentésima Sexagésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos
1333 dias 09 e 10 de abril de 2025, e no uso de suas competências regimentais e atribuições
1334 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro
1335 de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de
1336 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do
1337 Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e Considerando que a Constituição Federal
1338 de 1988 estabelece que a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde é
1339 competência do SUS, conforme disposto em seu artigo 200, Inciso III; Considerando que o
1340 CNS, conforme disposto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é um órgão colegiado de
1341 caráter permanente e deliberativo, que detém em sua composição representantes do governo,
1342 prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação e no controle
1343 da execução da Política Nacional de Saúde, bem como nas estratégias e na promoção do
1344 processo de controle social; Considerando a necessidade da participação do controle social no
1345 processo de elaboração e revisão das políticas de saúde, além das três instâncias gestoras do
1346 SUS, de entidades vinculadas ao Ministério da Saúde e de movimentos relativos às populações
1347 alvo das políticas; Considerando que as Plenárias dos Conselhos de Saúde foram criadas por
1348 deliberação do 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, que aconteceu em abril de
1349 1995, em Salvador/BA, com o objetivo principal de promover a relação dos Conselhos de
1350 Saúde com a esfera nacional na perspectiva de fortalecer a participação popular no Sistema
1351 Único de Saúde (SUS); Considerando que na IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde,
1352 realizada em 1997, foi constituída uma Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de
1353 Saúde com a finalidade de fazer um intercâmbio entre os Conselhos Municipais, Estaduais e o
1354 Nacional, bem como contribuir no encaminhamento das lutas pelo fortalecimento do SUS e do
1355 controle social; Considerando que, em 2004, a Coordenação da Plenária Nacional de
1356 Conselhos de Saúde, passou a ser composta por dois representantes por Estado (um titular e
1357 um suplente), com o objetivo de garantir a participação integral de todos os Estados;
1358 Considerando a Deliberação CNS nº 004, de 10 de maio de 2001, que estabelece as diretrizes
1359 para a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde; Considerando o Conselho Nacional de
1360 Saúde como integrante do processo de articulação entre os Conselhos e a necessidade de
1361 manter um bom fluxo de informações e discussões entre o Conselho Nacional de Saúde e os
1362 Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde; Considerando a Resolução CNS nº 451, de 15 de
1363 março de 2012, que define regras de estruturação, funcionamento e organização da
1364 Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde; Considerando que as Plenárias de
1365 Conselhos de Saúde foram construídas e fortalecidas por conselheiros de saúde de todo o país
1366 e que, diante dos desafios da atual conjuntura, precisa passar por revisão para melhor
1367 desempenhar sua função de articulação e fortalecimento do controle social nas três esferas
1368 federativas; Considerando os debates ocorridos na 347ª Reunião Ordinária do Conselho
1369 Nacional de Saúde, que aprovou a criação de um Grupo de Trabalho sobre a Coordenação
1370 Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde; e Considerando o resultado do Grupo de
1371 Trabalho sobre a Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde (GT-
1372 Plenária/CNS), instituído pelas Resoluções CNS nº 735, de 1º de fevereiro de 2024, e a CNS nº
1373 761, de 12 de setembro de 2024, resolve: 1. Que fica constituída, no âmbito do Conselho
1374 Nacional de Saúde (CNS), a Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde, com
1375 a função de organizar e promover os processos participativos voltados à qualificação do debate

sobre a Política Nacional de Saúde, à mobilização social e ao fortalecimento do diálogo interfederativo do controle social, contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS); 2. Que a Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde será composta por 4 (quatro) Conselheiros Nacionais de Saúde (CNS) sendo: 2 (dois) usuários, 1 (um) profissional de saúde e 1 (um) representante do governo/prestador de serviços, contendo, entre esses membros, pelo menos 1 (um) integrante da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser reconduzido por mais um mandato; 3. Que a Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde deverá reportar seus esforços, plano de trabalho, calendário de reuniões, encaminhamentos das reuniões e ações para mobilizar estados e municípios, alinhando-os às atividades do Conselho Nacional de Saúde, que encaminhará seus debates para possíveis deliberações, ações e atos normativos dentro de sua competência legal e institucional; 4. Que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) será responsável por aprovar a data e convocar a realização do Encontros Nacionais de Plenárias de Conselhos de Saúde, a partir da indicação feita pela Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde em seu Plano de Trabalho; 5. Que a Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde será conduzida pelo/a Membro/a da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e, na sua ausência ou impedimento, pelo/a Coordenador/a Adjunto/a, que será escolhido entre os integrantes, na primeira reunião da Coordenação Nacional de Plenária de Conselhos de Saúde, após a publicação desta Resolução; 6. Que os Coordenadores de Plenária, representantes dos Estados e do Distrito Federal, devem ser eleitos na primeira reunião ordinária do Conselho Estadual de Saúde da gestão eleita e empossada. Para compor a Coordenação Estadual, é obrigatória a condição de conselheiro estadual de saúde, seja como titular ou suplente, sendo permitida a recondução por mais um mandato; 7. Os representantes dos Estados e do Distrito Federal, eleitos antes desta Resolução encerrarão o mandato em dezembro de 2025, devendo o Conselho Estadual de Saúde indicar, em janeiro de 2026, por meio oficial, 1 (um) Conselheiro/a Estadual Titular e 2 (dois) Conselheiros/as Estaduais suplentes que integrará a Coordenação Estadual de Plenária de Conselhos de Saúde; 8. Que o Coordenador representante do Estado e do Distrito Federal que por qualquer motivo perder seu mandato, no Conselho Estadual de Saúde, perca automaticamente o mandato na Coordenação Estadual de Plenárias de Conselhos de Saúde, devendo assumir o 1º ou 2º suplente. Nessa situação, o Conselho Estadual de Saúde deverá incluir na pauta de sua próxima reunião ordinária a indicação para o preenchimento da vaga remanescente; 9. Que quando convocados para as ações e atividades institucionais deliberadas pelo Conselho Nacional de Saúde, a participação dos Coordenadores Estaduais e Distrital de Plenária serão custeadas pelo Conselho Nacional de Saúde, incluindo as despesas de deslocamento, hospedagem e alimentação; 10. Que os Conselhos Estaduais e Distrital de Saúde que não preveem explicitamente, em seus regimentos internos, a figura do Coordenador Estadual de Plenária de Conselhos de Saúde realizem a devida atualização, incluindo um artigo específico sobre as coordenações de plenárias; 11. Que fiquem revogadas as resoluções CNS nº de 14 de março de 2024 e a Nº 592, de 9 de agosto de 2018. Por fim, ressaltou que o trabalho do GT foi extremamente cuidadoso, considerando a importância estratégica e fundamental das coordenações de plenária desenvolvida em cada um dos estados e nas regiões, com mobilização e articulação com os conselhos de saúde na perspectiva de fortalecer a participação e o controle e a defesa do Sistema Único de Saúde. Concluída a apresentação, foi aberta a palavra para manifestações, mas não houve inscrições. Sendo assim, mesa submeteu a resolução à votação. **Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade.** Com essa deliberação, às 19h10, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras no período da tarde: nomes serão incluídos. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o item 6 da pauta. **ITEM 6 - APRESENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DOS DADOS DO LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO SB BRASIL 2023 (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL) - Apresentação:** Doralice Severo da Cruz, Coordenadora-Geral de Saúde Bucal - CGSB/DESF/SAPS/MS; conselheiro José Ramix de Melo Pontes Júnior, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares – CONTAG; e conselheiro Anselmo Dantas, coordenador de Comissão Intersetorial de Saúde Bucal - CISB/CNS. Coordenação: conselheira Francisca Valda da Silva, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira Vânia Lúcia Ferreira Leite, da Mesa Diretora do CNS. Após compor a mesa, a coordenação justificou a ausência do conselheiro Thiago Soares Leitão, coordenador Adjunto da CISB/CNS e conselheiro Rodrigo César Faleiro de Lacerda, representando o CONASEMS, nesta mesa. A seguir, abriu a palavra para exposição das pessoas convidadas,

com leitura do currículo de cada uma delas. A primeira expositora foi a Coordenadora da CGSB/DESF/SAPS/MS, **Doralice Severo da Cruz**, que apresentou os principais resultados do SB Brasil 2023 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, ressaltando tratar-se de um dos mais importantes levantamentos epidemiológicos em saúde bucal do mundo, com série histórica iniciada em 2003, retomada em 2010 e atualizada em 2023. Explicou que a pesquisa é parte do Projeto “Saúde Bucal Brasil” e constitui a base de informações primárias mais abrangente sobre as condições de saúde bucal da população brasileira. Detalhou que o SB Brasil 2023 envolveu cerca de 48 mil exames clínicos, realizados nas 26 capitais estaduais, no Distrito Federal e em 403 municípios do interior, sendo a pesquisa representativa em âmbito nacional e estadual. A amostragem contemplou cinco faixas etárias: 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, conhecidas como idades índice. A escolha dessas faixas permite avaliar diferentes estágios da saúde bucal ao longo da vida. Destacou que o levantamento investigou a prevalência de cárie dentária, necessidade de tratamento, perdas dentárias, uso e necessidade de próteses, saúde periodontal, dor orofacial, problemas ortodônticos e avaliação do serviço de saúde bucal. Sobre a classificação periodontal, a maioria da população possui gengiva rígida, algum sangramento e as bolsas (que indicam perda óssea) são pouco prevalentes. Sobre o tratamento ortodôntico, disse que o Ministério da Saúde cofinancia para os municípios que desejam ofertar esse serviço. Os dados mostram que a maioria da população, dos 12 aos 15 anos, não possui problema de oclusão, mas há um percentual que necessita de tratamento ortodôntico. Dentre os principais resultados, ressaltou-se o seguinte: cárie não tratada foi identificada em 41% das crianças de 5 anos, 36% dos adolescentes de 12 anos e 52% dos adultos de 35 a 44 anos. No grupo de idosos, a prevalência foi menor em razão da perda dentária acumulada; o índice CPOD (que mensura dentes cariados, perdidos ou restaurados) apresentou os seguintes resultados médios: 2,14 aos 5 anos; 1,67 aos 12 anos; 3,41 aos 15 a 19 anos; 10,70 aos 35 a 44 anos; e 23,55 aos 65 a 74 anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o valor preconizado para o CPOD aos 12 anos é inferior a 3, o que evidencia um bom desempenho do Brasil nesse grupo etário, o que demonstra os resultados positivos da política pública. Em relação à autopercepção de necessidade de tratamento odontológico, destacou-se que adultos e idosos ainda enfrentam barreiras de acesso aos serviços, o que se reflete na persistência da demanda por atenção especializada, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Quanto à avaliação dos serviços utilizados, a maioria dos usuários classificou os serviços públicos de saúde bucal como bons ou muito bons, embora tenham sido identificadas lacunas no acesso e na adequação da oferta de serviços em determinadas faixas etárias. A análise da dor orofacial revelou que 23% dos adultos e cerca de 20% dos idosos relataram dor nos últimos seis meses, com impacto relevante na qualidade de vida. A dor foi considerada intensa por 27% dos adultos entre 35 e 44 anos. Sobre as pessoas livres de cárie, 53% das crianças não possui cárie, aos 12 anos 49% não possui cárie, dos 15 aos 19 anos 33% não possui, de 35 a 44 anos 5% não tem e há registros de pessoas entre 65 e 74 anos que nunca tiveram cárie. Sobre a média dos componentes CEO-D e CPO-D, na faixa etária de 5 anos, o componente mais prevalente é a cárie, e na população de 65 a 74 anos prevalece dente perdido. Detalhando, disse que aos 5 anos, 78% de dentes cariados; aos 12 anos, 61% de dentes cariados; 43% na faixa de 15 a 19 anos; e 65 a 74 anos, 84% de dentes perdidos. Em relação à necessidade de próteses, os dados mostraram que, apesar da redução do edentulismo, ainda há demanda concentrada por próteses parciais removíveis, fixas e implantes, mais do que por próteses totais (dentaduras). A pesquisa apontou ainda que 36% da população idosa brasileira não possui nenhum dente, número que já foi superior a 50% em levantamentos anteriores, evidenciando avanços, embora ainda persistam desafios relevantes. Ainda sobre os problemas periodontais, destacou que 69% das pessoas entre 35 e 44 anos apresentam perda óssea. Ressaltou que é preciso ter atenção para os problemas de sangramento à sondagem, cálculo dentário, bolsa rara e bolsa profunda. Sobre as urgências, a prevalência foi de 10% na idade de 5 anos, 5% aos 12 anos, 7% dos 15 aos 19 anos, 9% dos 35 aos 44 anos e 5% dos 65 aos 77 anos. Além disso, apresentou informações regionais, mostrando que a região Norte apresentou as maiores prevalências de cárie não tratada nas faixas etárias de 5 e 12 anos (58% e 54%, respectivamente), enquanto as regiões Sudeste e Sul apresentaram melhores indicadores. Observou-se que as desigualdades regionais refletem padrões históricos de acesso aos serviços públicos e de distribuição dos profissionais de saúde bucal. Outro dado relevante foi o percentual de pessoas que não buscaram serviços de saúde bucal nos últimos seis meses, o que alcançou 45% entre crianças de 5 anos e 51% entre idosos. A expositora alertou que o uso de próteses não substitui o acompanhamento odontológico periódico, e destacou a importância da inserção dos dentistas nas Unidades de

1496 Pronto Atendimento (UPAs), com vistas ao atendimento de urgências odontológicas, por meio
1497 de proposta de portaria em elaboração no Ministério da Saúde. Com relação ao tipo de serviço
1498 utilizado, o levantamento mostrou predomínio da utilização do SUS entre crianças e
1499 adolescentes, e maior utilização do setor privado por adultos e idosos. Essa transição reflete
1500 tanto o perfil da demanda quanto a persistência de barreiras de acesso na rede pública,
1501 incluindo horário de funcionamento das unidades e perfil ainda materno-infantil do atendimento.
1502 Por fim, a expositora reforçou que os dados do SB Brasil 2023 demonstram os avanços
1503 decorrentes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, mas também evidenciam
1504 a necessidade de ampliar o foco sobre a saúde bucal da população adulta e idosa, fortalecer a
1505 atenção primária, promover o acesso à reabilitação protética e enfrentar as desigualdades
1506 sociais e regionais ainda vigentes no país. Em seguida, expôs o conselheiro **José Ramix de**
1507 **Melo Pontes Júnior**, representante da CONTAG, que iniciou sua exposição ressaltando a
1508 importância estratégica do momento e a honra de compor a mesa em nome da população do
1509 campo, da floresta e das águas. Destacou que a CONTAG representa uma das maiores
1510 organizações sindicais do mundo no setor rural, estruturada em 27 federações e mais de 4 mil
1511 sindicatos distribuídos pelo território nacional. Nesse contexto, afirmou que o debate sobre
1512 saúde bucal exige a definição de qual modelo de desenvolvimento e de SUS o país pretende
1513 adotar para efetivamente atender essa parcela significativa da população. Reconheceu os
1514 avanços proporcionados pelo SB Brasil 2023, mas pontuou que as dificuldades de acesso à
1515 saúde bucal enfrentadas pelas populações do campo, da floresta e das águas seguem
1516 expressivas e específicas. Afirmou que essas populações enfrentam múltiplas barreiras, entre
1517 as quais se destacam: a distância geográfica entre as residências e as unidades básicas de
1518 saúde, a precariedade ou inexistência do transporte público, a ausência de saneamento rural
1519 — cuja implementação já havia sido objeto de recomendação aprovada anteriormente pelo
1520 Conselho, a carência socioeconômica e a baixa cobertura dos serviços de saúde bucal nos
1521 territórios rurais. Enfatizou que a pobreza, nesses contextos, vai além da falta de recursos
1522 materiais e se manifesta também pela ausência de oportunidades, de moradia digna, de
1523 alimentação adequada e de educação básica de qualidade. Defendeu que a saúde bucal,
1524 assim como as demais dimensões da saúde, deve ser compreendida de forma integral,
1525 articulada com políticas públicas que garantam condições estruturais de vida. Ressaltou que o
1526 uso inadequado de agrotóxicos, especialmente entre assalariados rurais sem qualificação nem
1527 Equipamentos de Proteção Individual - EPIs, contribui para o adoecimento, inclusive bucal.
1528 Associou ainda os agravos bucais mais frequentes no campo — como cárie, halitose, tártaro,
1529 gengivite e escurecimento dentário — a hábitos alimentares condicionados pela rotina de
1530 trabalho e à ausência de locais adequados para higiene bucal, ilustrando com a realidade de
1531 trabalhadores em regimes como o de boia-fria. Defendeu que haja campanhas de prevenção
1532 com linguagem e estratégias adequadas à realidade das populações rurais. Além disso, frisou
1533 que a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
1534 deve ser efetivamente implementada nos territórios, superando o distanciamento entre o que
1535 está previsto no papel e o que ocorre na prática. Também reforçou a necessidade de
1536 articulação intersetorial e da valorização dos saberes populares, com formação adequada dos
1537 trabalhadores da saúde para atendimento sensível e sem preconceitos. Apontou que ainda há
1538 episódios de discriminação contra agricultores familiares em unidades de saúde, devido à sua
1539 aparência, reforçando o estigma e dificultando o acesso ao cuidado. Em seu testemunho
1540 pessoal, relatou situações vivenciadas na infância e adolescência em que buscou atendimento
1541 odontológico na zona rural e se deparou com estruturas precárias, como ausência de água,
1542 brocas quebradas e longas esperas por atendimento emergencial. A partir dessa experiência,
1543 reafirmou a urgência de investimento em infraestrutura e equipamentos para a atenção
1544 odontológica em regiões remotas. Ampliou a sua abordagem com enfoque nas demandas das
1545 populações indígenas, quilombolas, negras e LGBTQIA+, argumentando que todas enfrentam
1546 desafios semelhantes de acesso à saúde bucal, marcados por fatores socioeconômicos,
1547 geográficos, culturais e por discriminação estrutural. Citou dados do Ministério da Saúde e do
1548 IBGE para demonstrar a distância média entre quilombos e UBS, que pode ultrapassar 40 km
1549 em regiões do Norte, revelando a necessidade de políticas específicas de acesso. Ressaltou
1550 que o aperfeiçoamento da atenção à saúde bucal quilombola é um dos objetivos da Política
1551 Nacional de Saúde Integral da População Quilombola, atualmente em processo de formulação,
1552 e mencionou a contribuição ativa de conselheiras da Comissão Intersetorial de Políticas de
1553 Equidade – CIPE/CNS no processo de consulta pública. Sobre a população LGBTQIA+,
1554 apontou a persistência de estigmas e a falta de preparo de profissionais de saúde para o
1555 acolhimento e o atendimento ético dessa população, resultando em barreiras reais ao cuidado

bucal. Da mesma forma, enfatizou o impacto do racismo institucional no acesso da população negra aos serviços públicos de saúde. Concluindo sua fala, reafirmou que promover a equidade em saúde bucal exige do Estado a ampliação da sensibilidade institucional, a implementação de políticas públicas específicas, a capacitação profissional e o fortalecimento do SUS como sistema público, universal e antidiscriminatório. Recorreu à metáfora visual da equidade como adaptação das oportunidades às necessidades, e finalizou com uma citação de Paulo Freire, defendendo a esperança como ato revolucionário e o compromisso com um SUS verdadeiramente equânime, que valorize e contemple os diferentes sujeitos e territórios que compõem o Brasil. Fechando, conselheiro **Anselmo Dantas**, coordenador da CISB/CNS, também abordou o tema, iniciando com saudações aos presentes e aos internautas e destacando seu papel institucional como dentista sanitaria e representante da população negra e das periferias no Conselho. Em sua fala, articulou os dados da pesquisa SB Brasil 2023 com uma análise crítica sobre o contexto político e social da saúde bucal no Brasil. Recordou que a CISB/CNS foi criada em 2004, no mesmo ano de lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, que completou 20 anos em 2024. Ao fazer um resgate histórico, lembrou que a saúde bucal coletiva tem raízes no Brasil desde a década de 1950, citando sua origem no contexto do pós-guerra nos estados de Minas Gerais e Espírito Santo. Ressaltou a importância de compreender essa trajetória para valorizar o que foi conquistado e identificar os desafios ainda presentes. Fez menção à Lei nº 8.080/90, que estruturou o SUS, e destacou que, apesar dos avanços legislativos, somente o arcabouço legal não é suficiente para garantir efetividade. Enfatizou a necessidade de engajamento popular, participação social e vigilância permanente sobre a implementação das políticas públicas. Lembrou que a 17ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou a importância da política de saúde bucal e apontou que o ano de 2023 foi marcado por um contexto de reconstrução democrática, após episódios de ameaça institucional à democracia brasileira. Nesse cenário, destacou a sanção da Lei nº 14.572/2023, que elevou a Política Nacional de Saúde Bucal à condição de política de Estado, o que representa, segundo ele, um marco civilizatório e um compromisso constitucional com a dignidade da pessoa humana. Ressaltou que o Brasil é o único país do mundo que oferece saúde bucal integral no âmbito do sistema público de saúde, o que reforça a responsabilidade coletiva pela defesa e fortalecimento dessa política. Alertou, no entanto, que esse direito ainda é ameaçado por discursos que classificam políticas públicas como privilégios, e que desconsideram as necessidades históricas e sociais da população brasileira. Ao analisar os dados do SB Brasil 2023, observou que houve avanços importantes, mas persistem desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde bucal, especialmente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde há menor cobertura de equipes de saúde da família, odontologia e vigilância epidemiológica. Defendeu que a integralidade da atenção em saúde só se concretiza com a presença efetiva das redes de atenção nos territórios. Chamou a atenção para a precariedade do atendimento à população em situação de vulnerabilidade, incluindo pessoas negras, moradores de favelas, população em situação de rua e comunidades rurais. Denunciou que decisões de gestão, muitas vezes tomadas nas pactuações tripartite e bipartite, priorizam determinadas áreas em detrimento de outras, comprometendo o acesso à saúde de populações historicamente negligenciadas. Destacou a importância da destinação orçamentária robusta, informando que nunca antes houve um volume de recursos tão significativo para a saúde bucal como no atual governo federal. Segundo ele, esse investimento é uma escolha política que deve ser monitorada pela sociedade, para que se traduza em resultados concretos. Apontou como crítica a ausência de diagnóstico precoce e cuidado oportuno em casos de câncer bucal, agravo que integra a linha de cuidado de cabeça e pescoço. Mencionou que muitos usuários passam pela atenção primária sem terem seus sintomas reconhecidos, o que compromete a efetividade do SUS. Criticou ainda o funcionamento restrito de unidades de saúde, que não operam de forma compatível com os tempos da população trabalhadora e estudantil. Apontou que a estrutura atual de funcionamento não considera os ritmos acelerados e desgastantes do trabalho contemporâneo, o que compromete o cuidado integral. Como sanitaria, defendeu uma perspectiva ampliada da saúde, articulada à ecologia integral e aos modos de vida sustentáveis. Ressaltou que a saúde bucal deve dialogar com o direito à água tratada e ao saneamento, e denunciou os ataques recentes à política de fluoretação da água, inclusive por parte de profissionais de saúde que desconsideram os benefícios populacionais dessa medida de saúde pública. Reforçou a importância da fluoretação no controle da cárie dentária, especialmente entre crianças e adolescentes, e manifestou solidariedade à defesa dessa política, vista como estratégica na promoção da saúde bucal coletiva. Vinculou o debate ao

1616 acesso universal à água de qualidade e à consolidação da atenção primária como ordenadora
1617 do cuidado no SUS. Encerrando sua fala, defendeu o aumento do financiamento da atenção
1618 primária, afirmando que esse nível de atenção somente pode ser a coordenadora do cuidado
1619 se tiver os meios necessários, especialmente recursos financeiros suficientes. Afirmou que não
1620 há país civilizado sem um sistema de seguridade social que garanta efetivamente a dignidade
1621 do seu povo. Concluiu reiterando o compromisso da CIBS e do Conselho com a defesa de um
1622 SUS público, universal, integral e equânime. Concluídas as falas, a mesa abriu a palavra para
1623 manifestações. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** iniciou sua fala destacando a
1624 importância da pauta da saúde bucal, especialmente para os territórios periféricos das cidades
1625 brasileiras. Ressaltou as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, comparando os
1626 centros urbanos estruturados, próximos de universidades e equipamentos públicos, com as
1627 periferias, onde o dentista ainda é um profissional inacessível para muitas comunidades.
1628 Reforçou que, sem orçamento adequado, políticas como o SB Brasil e demais programas de
1629 saúde não se concretizam, e defendeu o financiamento suficiente, a gestão democrática e o
1630 fortalecimento do controle social como eixos fundamentais para a efetivação das políticas
1631 públicas. Conselheira **Walquiria Cristina Barbosa** parabenizou a mesa e fez uma reflexão
1632 crítica sobre o modelo mutilador e restaurador predominante na odontologia, que age apenas
1633 após o estabelecimento da doença, desconsiderando a saúde bucal como parte da
1634 integralidade do cuidado. Compartilhou memórias do tempo em que sua mãe, dentista da rede
1635 pública, atendia em escolas, e lamentou a ausência, atualmente, de atendimentos clínicos no
1636 Programa Saúde na Escola. Defendeu ações intersetoriais entre saúde, educação e
1637 assistência social para otimizar recursos e efetivar políticas públicas voltadas à prevenção.
1638 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** relacionou a discussão à agenda do Programa Brasil
1639 Saudável, destacando que ações em saneamento, alimentação e educação impactam
1640 diretamente a saúde bucal. Chamou atenção para a necessidade de aprofundar os dados
1641 apresentados pelo Ministério da Saúde, questionando o perfil das crianças avaliadas: suas
1642 classes sociais, territórios e pertencimentos raciais. Relatou experiências de combate ao
1643 consumo de açúcar em escolas públicas do Rio Grande do Sul e apontou a pobreza extrema e
1644 a desinformação como barreiras de acesso à saúde bucal. Recomendou maior envolvimento
1645 do CONASS e CONASEMS no debate sobre a efetividade das políticas nos territórios.
1646 Conselheira **Renata Soares de Souza** fez um destaque à recente sanção da Lei nº
1647 15.116/2023, que garante reconstrução dentária gratuita para mulheres vítimas de violência
1648 doméstica. Questionou os critérios de acesso ao programa e reforçou as dificuldades de
1649 prevenção e cuidado vividas nos municípios, especialmente em territórios em situação de
1650 vulnerabilidade. Conselheiro **Rildo Mendes** enfatizou que os profissionais de odontologia, ao
1651 saírem das universidades, não estão preparados para lidar com a realidade cultural, geográfica
1652 e estrutural das comunidades indígenas. Denunciou a precariedade dos equipamentos e a
1653 ausência de continuidade nos atendimentos. Assim, defendeu investimentos na formação
1654 específica de profissionais, com inserção de conteúdos sobre saúde indígena nas academias,
1655 e demandou atenção à média e alta complexidade odontológica nas aldeias. Conselheira
1656 **Rosaura de Oliveira Rodrigues** agradeceu a diversidade de olhares trazidos pela mesa e
1657 abordou dois pontos centrais: a formação profissional, que atualmente prioriza a estética em
1658 detrimento da saúde como direito, e a ausência da odontologia na saúde do trabalhador.
1659 Criticou cursos de odontologia na modalidade EAD e a atuação crescente de dentistas voltados
1660 a procedimentos cosméticos. Defendeu que a atenção básica funcione fora do horário
1661 comercial e que a saúde bucal seja inserida nas escolas e nos ambientes de trabalho com
1662 ações de prevenção e cuidado. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** elogiou a qualidade das
1663 exposições e reafirmou que a saúde bucal deve ser tratada como necessidade de saúde,
1664 articulada ao enfrentamento das desigualdades sociais. Destacou a importância dos programas
1665 de equidade e das redes de atenção como estratégias para a ampliação do acesso com
1666 integralidade. Alertou para a reprodução de práticas hegemônicas, estéticas e
1667 “brancocentradas”, e defendeu o resgate das ações coletivas e a valorização dos saberes
1668 populares nos territórios. Encerrou com referência poética de Manoel de Barros, chamando
1669 atenção para a valorização do que é socialmente invisibilizado. Conselheira **Maria do Carmo**
1670 **Tourinho** destacou as enormes dificuldades enfrentadas por pessoas com deficiência
1671 intelectual, em especial com autismo profundo, no acesso à saúde bucal. Relatou a escassez
1672 de locais especializados para atendimento cirúrgico e defendeu prioridade no atendimento
1673 odontológico pelo SUS para essa população, inclusive com oferta de implantes dentários,
1674 considerando a inviabilidade do uso de próteses convencionais. Conselheiro **Maurício Filizola**
1675 apresentou a experiência do SESC na oferta de serviços odontológicos desde 1948, com

1676 ampliação em 1999 para unidades móveis. Informou que, em 2024, foram realizados mais de
1677 306 mil atendimentos em 61 unidades odontológicas móveis, distribuídas em todo o país, em
1678 parceria com prefeituras. Colocou os dados e a estrutura da instituição à disposição para
1679 contribuir com as ações de saúde pública. Conselheira **Rafaela Fernandes** frisou a importância
1680 de políticas intersetoriais, como as Portarias nº 230/2023 (MS) e nº 470/2024 (MEC), que
1681 instituem programas de equidade e educação antirracista. Enfatizou que políticas de saúde só
1682 serão eficazes se acompanhadas de mobilização social e conhecimento sobre os direitos,
1683 defendendo a articulação entre as pastas da saúde e da educação como estratégia para
1684 ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal. Conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**
1685 fez uma crítica à formação elitista da odontologia no Brasil, com predominância de profissionais
1686 brancos e de classe média, voltados à especialização e à estética. Relembrou o contexto da
1687 epidemia de HIV nos anos 1980, quando havia resistência de profissionais em atender a
1688 população LGBTQIA+, e destacou a influência do preconceito e do racismo na perpetuação
1689 das desigualdades em saúde. Reforçou a importância da reforma do modelo de formação
1690 acadêmica como caminho para uma odontologia mais inclusiva e equânime. Conselheiro
1691 **Francisco Marcelino Filho** relatou experiência pessoal de emergência grave após a extração
1692 de um dente em uma UBS, quando ainda era criança e não foi identificado como pessoa com
1693 hemofilia. Alertou para a necessidade de capacitação das equipes da atenção básica sobre
1694 doenças raras, como a hemofilia, e criticou a limitação de atendimentos por ficha, o que impede
1695 o acesso oportuno a pessoas com condições específicas que requerem atenção diferenciada.
1696 Conselheira **Elgiane de Fátima Lago** compartilhou experiências vividas como agricultora
1697 familiar, destacando as dificuldades de acesso à saúde bucal ao longo da vida. Relatou ações
1698 recentes de seu município, como a implantação de atendimento odontológico 24 horas e
1699 convênios com profissionais para atendimentos especializados. Criticou a priorização de
1700 procedimentos estéticos por parte de dentistas e defendeu a articulação entre saúde bucal e
1701 alimentação saudável como estratégia de prevenção. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**
1702 dirigiu duas perguntas à coordenadora da CGSB/DESF/SAPS/MS: qual é o incentivo financeiro
1703 para a oferta de tratamento ortodôntico pelos municípios e há dados do DataSUS sobre a
1704 prevalência de endocardite bacteriana, infecção grave frequentemente associada à má higiene
1705 bucal. Concluídas as falas, a mesa abriu a palavra para retorno das pessoas convidadas. A
1706 coordenadora da CGSB/DESF/SAPS/MS, **Doralice Severo da Cruz**, iniciou sua resposta
1707 reconhecendo a amplitude e a relevância das questões levantadas pelo plenário, mas
1708 considerando a limitação de tempo, optou por destacar algumas das estratégias em curso pelo
1709 Ministério da Saúde, particularmente no que diz respeito à retomada das ações de saúde bucal
1710 no âmbito do Programa Saúde na Escola - PSE. Informou que, no ano anterior, foram
1711 repassados cerca de R\$ 183 milhões aos fundos municipais de saúde, com base em um
1712 cálculo per capita de R\$ 7 por criança matriculada na educação infantil e no ensino
1713 fundamental II. Esclareceu que esse recurso foi destinado à aquisição de kits de higiene bucal
1714 (escova, creme dental e fio dental), materiais educativos, flúor e insumos para a realização de
1715 tratamento restaurador traumático (TRT) no ambiente escolar. Explicou que a realização do
1716 TRT na escola é considerada uma estratégia eficaz, pois facilita o acesso das crianças aos
1717 cuidados odontológicos, superando barreiras relacionadas ao deslocamento e à disponibilidade
1718 dos pais ou responsáveis. Salientou que os municípios aderiram ao repasse por meio de termo
1719 de compromisso assinado pelos secretários de saúde e prefeitos, assumindo a
1720 responsabilidade de execução das ações. Contudo, o desafio é monitorar essas ações, pois o
1721 governo federal, sozinho, não consegue fiscalizar os 5.571 municípios. Reforçou que os
1722 recursos estão disponíveis e que as equipes de saúde bucal têm formação para executar essas
1723 práticas, mas é necessária articulação e compromisso das gestões locais. Disse que o
1724 Programa SB Brasil possui relação com o Programa Brasil Saudável, mas ainda não houve
1725 conversa entre as áreas. Quanto à pergunta sobre o perfil das crianças de 12 anos analisadas
1726 na pesquisa SB Brasil 2023, esclareceu que a amostra é calculada de forma estatisticamente
1727 representativa e que a pesquisa foi domiciliar, com coleta de informações demográficas e
1728 sociais. Informou que o banco de dados está disponível publicamente, permitindo análises
1729 específicas por qualquer cidadão ou pesquisador interessado. Em relação à recente legislação
1730 sobre reconstrução dentária gratuita para mulheres vítimas de violência, esclareceu que o
1731 projeto de lei chegou ao Ministério da Saúde em prazo exíguo para análise, mas que, em razão
1732 do contexto do mês da mulher e do enfrentamento à violência de gênero, foi considerada
1733 pertinente sua sanção. Ressaltou, no entanto, que ainda é necessário estruturar a linha de
1734 cuidado específica, garantindo que a mulher em situação de violência tenha segurança para
1735 acessar os serviços de forma integral. Afirmou que os serviços existem, mas a articulação em

rede ainda precisa ser consolidada, o que dependerá, também, da definição de fontes de financiamento, já que o projeto aprovado não indicou a origem dos recursos. Informou, ainda, que estava prevista a aquisição de 360 milhões de kits de higiene bucal para distribuição nacional, além dos valores já repassados aos municípios, mas que tal compra havia sido suspensa devido à indisponibilidade orçamentária. Encerrando, lamentou não poder apresentar todas as estratégias atualmente em desenvolvimento pela Coordenação e colocou-se à disposição para compartilhar, em outra oportunidade, ações específicas voltadas às populações do campo, da floresta e das águas, entre outros grupos prioritários. Conselheiro **José Ramix Júnior** agradeceu o Conselho, os expositores e a CISB pelo trabalho desenvolvido. Destacou sua trajetória e reafirmou seu compromisso com a pauta da saúde e com o fortalecimento do controle social, colocando-se à disposição para continuar contribuindo, independentemente do espaço institucional que venha a ocupar. Conselheiro **Anselmo Dantas** agradeceu o conjunto das manifestações e destacou a qualidade das contribuições recebidas, informando que os questionamentos serão incorporados aos encaminhamentos da Comissão. Propôs duas ações imediatas: formulação de recomendação do CNS, solicitando a realocação de recursos para viabilizar a compra dos kits de higiene bucal; e compromisso político de que o próximo levantamento epidemiológico SB Brasil, previsto para 2033, traga indicadores melhores e mais equitativos que os atuais. Reforçou a necessidade de aprofundamento dos dados com recortes de gênero, raça, cor e condição socioeconômica, a fim de orientar políticas de equidade e justiça social. Em manifestação complementar, a coordenadora da CGSB/DESF/SAPS/MS, **Doralice Severo da Cruz**, solicitou ao Conselho que considere com seriedade a convocação da 4ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, uma vez que a última foi realizada em 2004. Ressaltou que, embora compreenda a demanda por múltiplas conferências temáticas, a pauta da saúde bucal carece de um espaço específico de escuta e deliberação nacional, compatível com a relevância e abrangência do tema. **Finalizando, conselheira Francisca Valda da Silva, coordenadora da mesa, sintetizou os encaminhamentos que surgiram do debate:** 1) defender pacto pela saúde, contemplando financiamento adequado e gestão eficiente; 2) elaborar recomendação do CNS, solicitando a compra dos 70 mil kits de saúde bucal (remeter para CISB/CNS); 3) iniciar debate com vistas à convocação da 4ª Conferência Nacional de Saúde Bucal; 4) dar continuidade ao debate na CISB/CNS e na CIRHRT/CNS em defesa da formação em saúde bucal voltada às necessidades da população; 5) defender a capacitação de profissionais de saúde bucal na atenção primária; 6) sugerir que o SUS ofereça implantes dentários para pessoas idosas e com deficiência; 7) defender financiamento suficiente para atenção em saúde bucal, assegurando as ações integradas de prevenção, promoção, proteção, tratamento e recuperação; 8) aprofundar a análise dos dados do SB Brasil, por gênero, raça/cor e condição socioeconômica; 9) sugerir a inserção da Saúde Bucal na Política de Alimentação e Nutrição; e 10) propor a criação da rede de atenção à saúde bucal. Destacou, ainda, temas levantados durante o debate e que deverão orientar os próximos encaminhamentos: a ampliação da cobertura, o fortalecimento das redes de atenção, a inserção da saúde bucal nas políticas de alimentação e nutrição, a inclusão de pessoas com deficiência e de idosos em ações específicas, a incorporação dos princípios de equidade na análise e no planejamento, e a melhoria da gestão, especialmente no âmbito municipal. Encerrando a mesa, conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** agradeceu os convidados, o Plenário e os internautas, ressaltando a importância de manter viva a agenda da saúde bucal como parte integrante do direito à saúde e do compromisso com a inclusão social. Reforçou que o Conselho continuará atuando na defesa de políticas públicas que enfrentem desigualdades e promovam justiça social para todas as populações. Antes de iniciar o próximo item, foi aberto informe sobre ato chamado pela Confederação Nacional dos Agentes de Saúde – CONACS. O ato “Saúde, trabalho, comunidade e democracia” é uma homenagem ao Dia Internacional das Trabalhadoras e dos Trabalhadores e será realizado no dia 30 de abril, em Brasília/DF. **Apresentação: Ronald Ferreira dos Santos**, Secretário Geral de Articulação da República; e **Flávio Rosendo**, diretor da CONACS. **ITEM 7 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA E PESQUISA – CONEP - Como o controle social pode apoiar o envolvimento da comunidade nas pesquisas em saúde, garantindo a ética, a segurança e os direitos dos participantes?** **Apresentação: Egmar Longo**, professora na Universidade Federal da Paraíba - UFPB; **Laís Alves de Souza Bonilha**, Coordenadora da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP; **Wallace Raimundo Araújo dos Santos**, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - CEP/ICS/UFGA. **Coordenação: conselheira Priscila Torres da Silva**, da Mesa

1796 Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do
1797 CNS. A primeira expositora foi a professora da UFPB, **Egmar Longo**, que iniciou sua fala
1798 agradecendo o convite para participar da atividade e afirmou que o tema do envolvimento
1799 comunitário nas pesquisas em saúde é um direito democrático e uma necessidade ética.
1800 Sustentou que esse envolvimento não pode se restringir à consulta formal ou à coleta de
1801 assinaturas para o termo de consentimento livre e esclarecido, mas deve ocorrer desde a
1802 concepção da pesquisa até a devolução dos resultados, incluindo a definição das perguntas de
1803 pesquisa, a metodologia, a avaliação de riscos, a análise de dados e a disseminação dos
1804 achados. Com base em experiências internacionais, apresentou exemplos de políticas públicas
1805 de pesquisa em países como Reino Unido, Canadá e Austrália, onde é exigido o envolvimento
1806 estruturado do público para o financiamento de pesquisas. Nesses contextos, o envolvimento
1807 comunitário é considerado obrigatório e avaliado nos processos de submissão de projetos,
1808 exigindo que pesquisadores apresentem planos específicos de participação social, com metas,
1809 estratégias de comunicação, mecanismos de feedback e monitoramento. Relatou ainda
1810 experiências inovadoras em revistas científicas, como a *British Medical Journal - BMJ*, que
1811 passou a incluir revisores com vivência em saúde pública entre os avaliadores de artigos,
1812 reconhecendo o valor do conhecimento prático e experiencial. Destacou também a revista
1813 *Research Involvement and Engagement*, criada especificamente para dar visibilidade à
1814 produção científica construída com a participação ativa do público, que realiza avaliação por
1815 pares acadêmicos e pares comunitários. Durante sua fala, reforçou a defesa de uma ética
1816 participativa, dialógica e inclusiva, orientada pelos princípios da justiça, respeito, equidade e
1817 compromisso social. Criticou a predominância de uma ética burocrática e normativa, que
1818 muitas vezes restringe-se ao cumprimento de protocolos formais, sem escuta real dos sujeitos
1819 envolvidos. Propôs que o Brasil avance na criação de uma cultura nacional de envolvimento do
1820 público nas pesquisas, com apoio institucional da CONEP, das universidades, das agências de
1821 fomento e dos conselhos de políticas públicas. Entre as sugestões apresentadas, defendeu: a
1822 exigência de planos de engajamento comunitário nos editais públicos de pesquisa; a produção
1823 de materiais acessíveis para popularização da ética em pesquisa (como guias, e-books,
1824 podcasts e rodas de conversa); a realização de formações específicas para conselheiros de
1825 saúde, lideranças comunitárias e pesquisadores, com linguagem clara e exemplos práticos; a
1826 valorização do controle social como parceiro estratégico no monitoramento da ética nas
1827 pesquisas; e a inclusão de pessoas com experiências vividas como colaboradoras
1828 permanentes nos comitês de avaliação, inclusive com remuneração ou reembolso por
1829 participação. Encerrou sua fala reiterando que a ciência deve ser feita com as pessoas, e não
1830 sobre elas, defendendo que o envolvimento do público fortalece a legitimidade, a relevância e a
1831 qualidade das pesquisas em saúde. Conselheira **Laís Alves de Souza Bonilha**, coordenadora
1832 da CONEP/CNS, saudando as pessoas e manifestando satisfação com mais este debate que
1833 visa promover transformações. Destacou que a CONEP reconhece a necessidade de
1834 aproximar o Sistema CEP/CONEP dos movimentos sociais, dos conselhos de saúde e das
1835 comunidades, a fim de superar a percepção de que a ética em pesquisa é uma instância
1836 burocrática ou distante da realidade dos participantes. Nessa linha, defendeu uma ética cidadã,
1837 orientada pela inclusão, pelo diálogo e pela corresponsabilidade entre pesquisadores e
1838 participantes. Em seguida, expôs o coordenador do CEP/ICS/UFPB, **Wallace Raimundo**
1839 **Araújo dos Santos**, compartilhou uma experiência prática de articulação entre controle social
1840 e comitê de ética em pesquisa, construída a partir de sua atuação no Comitê de Ética do
1841 Instituto de Ciências da Saúde da UFPB e como conselheiro municipal de saúde de Belém.
1842 Relatou que a iniciativa nasceu de uma provocação feita por um participante de pesquisa que
1843 veio a falecer durante a pandemia (Gerson Drumond) e que, à época, questionava a ausência
1844 de informações acessíveis sobre os estudos realizados com a comunidade. Motivado por esse
1845 desafio, articulou com movimentos sociais, lideranças de bairros e universidades a realização
1846 do 1º Fórum de Controle Social no SUS e na Pesquisa, que reuniu mais de 230 pessoas, entre
1847 usuários, trabalhadores da saúde, gestores e pesquisadores. Como desdobramento do fórum,
1848 foram criados fóruns distritais de pesquisa, com o objetivo de formar lideranças comunitárias,
1849 divulgar os direitos dos participantes de pesquisa e estabelecer canais de diálogo permanente
1850 entre os comitês de ética e as comunidades. Destacou que muitas lideranças nunca tinham
1851 ouvido falar em comitê de ética, embora conhecessem os conselhos de saúde. Defendeu que a
1852 ética em pesquisa deve ser compreendida como prática coletiva, em que o respeito à
1853 autonomia, à dignidade e à proteção dos participantes depende da informação clara, do
1854 acolhimento e da escuta ativa. Enfatizou que a autonomia só é exercida quando há
1855 conhecimento pleno dos direitos e dos riscos envolvidos, e que a comunicação entre

1856 pesquisadores e participantes deve ser contínua, não se restringindo ao momento da
1857 assinatura do consentimento. Apontou como desafio o fato de muitas pesquisas não
1858 devolverem os resultados à comunidade, perpetuando uma lógica extrativista do conhecimento.
1859 Reivindicou que os comitês de ética exijam planos de devolução dos resultados, em linguagem
1860 acessível, e que isso seja acompanhado por conselhos de saúde e fóruns locais. Finalizou
1861 afirmando que a ética deve andar de mãos dadas com a justiça social, e que só será possível
1862 construir uma ciência verdadeiramente comprometida com a vida e com o SUS se houver
1863 participação efetiva da comunidade em todas as etapas do processo de pesquisa. Concluídas
1864 as explanações, a mesa abriu a palavra para manifestações e também anunciou a chegada do
1865 Ministro de Estado da Saúde. Conselheira **Walquiria Cristina Barbosa**, integrante de comitê
1866 de pesquisa, parabenizou os expositores, especialmente o professor Wallace, por levar a
1867 temática da ética em pesquisa para os espaços do controle social. Destacou a importância de
1868 os participantes conhecerem seus direitos e riscos ao serem envolvidos em estudos científicos
1869 e reiterou que a sociedade civil deve ser devidamente informada sobre o papel dos comitês de
1870 ética. Conselheiro **João Pedro da Silva** reforçou a necessidade de se pensar a pesquisa como
1871 algo acessível, compreensível e, sobretudo, participativo. Relatou que, em sua experiência
1872 pessoal, compartilhou sua dissertação com membros da sua comunidade antes de submetê-la
1873 à banca, como forma de validar a linguagem e o conteúdo junto a quem vive a realidade
1874 abordada. Alertou para as diversas formas de violência e exploração ainda presentes em
1875 pesquisas que tratam os sujeitos como “objetos”. Defendeu que as pesquisas devem ser feitas
1876 por e com os usuários do SUS, a partir de seus saberes, de forma emancipatória. Neste ponto,
1877 a mesa concedeu espaço ao Ministro de Estado da Saúde para uma fala breve, visto que
1878 possuía agenda externa. O Ministro de Estado da Saúde, **Alexandre Padilha**, iniciou sua
1879 intervenção com saudações às integrantes da mesa, à presidenta do CNS e demais pessoas
1880 presentes, destacando o compromisso institucional com a participação social e com a presença
1881 ativa do Ministério da Saúde nos espaços do controle social. Relatou que, embora sua vinda
1882 estivesse prevista para o dia anterior, permaneceu mais tempo do que o planejado no
1883 Acampamento Terra Livre, em diálogo com lideranças indígenas, reforçando a escuta e o
1884 compromisso com a saúde dos povos originários. Informou que, logo após sua fala, se dirigiria
1885 à reunião de reinstalação do Conselho Nacional de Acompanhamento das Ações de Controle
1886 do Câncer - CONSINCA, sinalizando o retorno de espaços estratégicos para a formulação e
1887 monitoramento da política nacional de câncer. Reforçou a nomeação de novos representantes
1888 do Ministério da Saúde no CNS, e mencionou que houve reuniões prévias com essas pessoas,
1889 com o objetivo de garantir engajamento qualificado e atuação técnica nos debates do
1890 Colegiado. Propôs à presidência do CNS que, no mês de maio, foi dedicado espaço na reunião
1891 para o debate sobre a assistência materna e infantil, em consonância com a agenda do Dia
1892 Mundial da Saúde e com o Mês de Enfrentamento à Mortalidade Materna. Anunciou a intenção
1893 de instituir, com apoio do controle social, o Comitê Nacional de Enfrentamento à Mortalidade
1894 Materna, com participação da sociedade civil e das lideranças sociais. Destacou também a
1895 criação de um Comitê de Mobilização da Rede Alynne, a partir da experiência acumulada em
1896 redes anteriores, apontando a importância de comitês que aliem caráter técnico e mobilização
1897 social. Afirmou que essa proposta está alinhada a compromisso previamente assumido com
1898 lideranças do movimento de mulheres negras, com destaque para o enfrentamento ao racismo
1899 institucional, elemento estrutural nas injustiças associadas à mortalidade materna, que afeta de
1900 forma desproporcional mulheres negras no país. Reforçou que, caso seja do interesse do CNS,
1901 o Ministério da Saúde está aberto a instituir a prática de definição de temas prioritários mensais
1902 a serem debatidos no Plenário, com ampla divulgação, envolvimento das mídias e articulação
1903 com os conselhos estaduais e municipais. Resgatou experiências anteriores em que essa
1904 estratégia favoreceu o aprofundamento de temas relevantes na agenda pública. Na sequência,
1905 informou que a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza havia sido iniciada e
1906 convocou as pessoas conselheiras a reforçarem a mobilização para garantir ampla adesão da
1907 população. Anunciou ainda os avanços no programa Saúde na Escola, destacando recorde de
1908 adesão de municípios e escolas, além do lançamento da Caderneta Digital de Saúde da
1909 Criança, disponível em aplicativo, com acesso facilitado para famílias e profissionais de saúde.
1910 Informou que a nova versão digital da caderneta já contabilizava mais de 30 mil downloads, e
1911 destacou que o instrumento agora inclui protocolo específico para diagnóstico precoce dos
1912 transtornos do espectro do autismo - TEA, como parte das ações voltadas à equidade no
1913 cuidado infantil. Encerrando sua fala, agradeceu ao Conselho pela parceria constante e
1914 reiterou que o Ministério da Saúde se manteria presente e comprometido com o diálogo e a
1915 corresponsabilidade na condução das políticas públicas. Ressaltou que a conselheira Cristiane

1916 Pereira dos Santos recebeu a incumbência e responsabilidade de convocar os secretários do
 1917 Ministério da Saúde para garantir a representação institucional nas pautas do Conselho. Por
 1918 fim, confirmou que a conselheira Heliana Hemetério integrará a delegação oficial do Brasil na
 1919 missão internacional a ser realizada em São Tomé e Príncipe, durante a reunião de ministros
 1920 da saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa - CPLP, e convidou o CNS a
 1921 compor também a delegação brasileira na próxima Assembleia Mundial da Saúde, a ocorrer no
 1922 âmbito da Organização Mundial da Saúde - OMS. Seguindo as inscrições, conselheira **Sylvia**
 1923 **Elizabeth de Andrade Peixoto** apresentou uma crítica sobre a demora na tramitação de um
 1924 protocolo de pesquisa genética voltado à síndrome de Usher, condição que leva à cegueira e à
 1925 surdez. Questionou a razão de um ano de espera para liberação da pesquisa, alertando para
 1926 os impactos diretos sobre um participante jovem que aguardava tratamento. Ressaltou a
 1927 urgência e a sensibilidade necessárias para pesquisas com doenças raras. Conselheira **Maria**
 1928 **Laura Carvalho Bicca** valorizou a qualidade da mesa, destacando que as apresentações
 1929 foram construídas a partir da vivência concreta dos expositores. Propôs que a CONEP realize
 1930 mais ações de aproximação com os conselheiros nacionais, inclusive com visitas institucionais,
 1931 visando a integração entre comitês de ética e o controle social. Reiterou a necessidade de
 1932 incluir pautas sensíveis, como pesquisas com apenados, na agenda da CONEP. Conselheiro
 1933 **Gilson Silva** lembrou que o Pleno do Conselho já aprovou resolução que garante a
 1934 participação da pessoa com deficiência em todos os espaços de deliberação e solicitou que a
 1935 CONEP oriente os CEPs nesse sentido. Ressaltou ainda a importância de Gerson Drumond (*in*
 1936 *memorian*) como militante da ética em pesquisa e defensor dos participantes. Conselheiro
 1937 **Anselmo Dantas** destacou a pertinência do debate e reforçou a necessidade de se perguntar
 1938 a quem interessa a pesquisa. Afirmou que o modelo atual precisa evoluir para incorporar a
 1939 população como protagonista no processo de produção do conhecimento, fazendo menção
 1940 positiva às experiências britânicas e à atuação do Conselho durante a pandemia de COVID-19.
 1941 Conselheiro **Abraão Nunes** destacou que a maioria das pesquisas realizadas no país ainda
 1942 atende a interesses do mercado farmacêutico. Parabenizou a experiência relatada pelo
 1943 professor Wallace, classificando-a como uma autêntica pesquisa voltada à resolução de
 1944 problemas reais das comunidades e do SUS, e enfatizou que esse é o modelo de pesquisa a
 1945 ser incentivado. Por fim, a conselheira **Priscila Torres** relatou os desafios enfrentados pelos
 1946 usuários em espaços técnicos e científicos. Denunciou a exclusão de pacientes por não
 1947 possuírem formação acadêmica e reafirmou que os usuários têm legitimidade e capacidade
 1948 para participar de comitês, construir diretrizes e influenciar políticas de inovação em saúde.
 1949 Compartilhou experiência pessoal e institucional com pesquisa clínica em artrite reumatoide,
 1950 defendendo a necessidade de garantir segurança, informação e protagonismo aos
 1951 participantes de pesquisa. Concluídas as falas, foi aberta a palavra às pessoas convidadas. O
 1952 coordenador do CEP/ICS/UFPB, **Wallace Raimundo Araújo dos Santos**, ressaltou a
 1953 importância do momento como uma oportunidade singular para divulgar e socializar as ações
 1954 da comissão e a forma como estas eram conduzidas. Destacou que a experiência de
 1955 aproximação com o movimento social ainda estava em andamento, com previsão de
 1956 continuidade pelos próximos dois anos. Mencionou a realização recente de um curso de
 1957 formação sobre o AGPOP SUS, desenvolvido pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio da
 1958 Fiocruz, como forma de fortalecer a compreensão e o vínculo com os territórios e suas
 1959 comunidades. Relatou ainda a formação de uma caravana popular em Belém com destino à
 1960 COP 30, com o objetivo de produzir uma carta aberta a ser apresentada no evento, abordando
 1961 o papel da pesquisa na Amazônia. Inclusive, convidou o Conselho a colaborar na construção
 1962 desse documento coletivo. A professora na UFPB, **Egmar Longo**, reforçou sua disposição em
 1963 estreitar os laços com o controle social, destacando a necessidade de transformar práticas e
 1964 envolver o público nas pesquisas. Comunicou que estavam sendo iniciadas formações voltadas
 1965 tanto para cidadãos interessados em participar ativamente de pesquisas quanto para
 1966 pesquisadores que desejavam aprender a incluir o público em suas metodologias. Ressaltou
 1967 que essas formações estavam sendo construídas com a participação direta de representantes
 1968 da sociedade e que havia necessidade de maior engajamento para dar escala ao movimento.
 1969 Sugeriu, ainda, retomar a proposta de criação de um grupo de trabalho no CNS para mobilizar
 1970 a agenda do envolvimento de participantes nas pesquisas. Conselheira **Laís Alves de Souza**
 1971 **Bonilha**, Coordenadora da CONEP/CNS, apresentou ações concretas já implementadas com o
 1972 intuito de promover mudanças práticas no sistema, como a substituição da exigência de
 1973 currículo por relatos de experiências de vida dos representantes dos participantes de pesquisa
 1974 nos CEPs, considerando o constrangimento e a inadequação daquela exigência para o papel
 1975 exercido. Relatou também que as resoluções em vigor, como a nº. 510, previam que os

1976 resultados das pesquisas fossem devolvidos ao público de forma acessível, mas que a
1977 compreensão de acessibilidade ainda era limitada por parte dos pesquisadores. Sugeriu
1978 alternativas como *podcasts*, vídeos e rodas de conversa, que alcançariam melhor a população.
1979 Rebateu a alegação de que haveria protocolos de pesquisa parados há mais de um ano na
1980 CONEP, afirmando que essa informação era incorreta. Informou que mais de 95% dos
1981 protocolos recebidos eram analisados em até 60 dias, conforme o prazo regulamentar, e que
1982 cerca da metade era emitida em até 30 dias. Ressaltou que algumas pesquisas não eram
1983 aprovadas por colocarem em risco os participantes, e reforçou a distinção entre assistência à
1984 saúde e participação em pesquisa, para evitar confusões que pudessem prejudicar tanto os
1985 voluntários quanto os pesquisadores. Reafirmou o compromisso da CONEP em manter uma
1986 atuação proativa, buscando ampliar o diálogo com entidades científicas e de ensino.
1987 Mencionou a participação em eventos como o Abrascão e defendeu o princípio do “nada sobre
1988 nós sem nós” também no campo da pesquisa. Manifestou apoio à realização do segundo fórum
1989 proposto por Wallace e sugeriu que o CNS se engajasse formalmente na iniciativa. No mais,
1990 sugeriu remeter à CONEP/CNS a elaboração de recomendação para garantir o olhar do
1991 controle social nas pesquisas financiadas pelo Ministério da Saúde. Finalizando, a mesa
1992 sintetizou os encaminhamentos oriundos dos debates: **1) pautar debate no Pleno do CNS
1993 sobre o tema “pesquisa com pessoas apenadas”; 2) fazer devolutiva dos resultados das
1994 pesquisas à sociedade civil; 3) defender que as pesquisas tenham por objetivo resolver
1995 os problemas da população, ou seja, que sejam realizadas a partir das necessidades
1996 sociais; 4) que a CONEP/CNS oriente os Comitês de Ética em Pesquisa - CEPs sobre as
1997 recomendações do CNS, fortalecendo a comunicação entre a Comissão e os Comitês; 5)
1998 sugerir a participação dos usuários na construção técnica da pesquisa; 6) instituir grupo
1999 de trabalho sobre o envolvimento do controle social na pesquisa; 7) remeter à
2000 CONEP/CNS a elaboração de recomendação para garantir o olhar do controle social nas
2001 pesquisas financiadas pelo Ministério da Saúde; 8) pautar debate sobre os resultados
2002 das pesquisas relativas aos impactos da mudança climática; e 9) que a Comissão
2003 recomende aos CEPs a inclusão de representante de pessoa com deficiência.** Com essas
2004 propostas, a mesa agradeceu a presença das pessoas convidadas e encerrou a manhã do
2005 segundo dia de reunião. Estiverem presentes: nomes serão incluídos. Retomando, às 14h15, a
2006 mesa abriu a palavra ao ex-conselheiro Neilton Araújo de Oliveira, que fez uma fala de
2007 despedida do Conselho, que se desligou formalmente da função após nove anos de atuação
2008 ininterrupta no Colegiado. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, fez uma saudação especial,
2009 destacando a relevância da trajetória do ex-conselheiro na defesa do SUS, da democracia e da
2010 participação social. Em nome da Presidenta do CNS, Fernanda Magano, e da Mesa Diretora,
2011 agradeceu pela parceria histórica e reiterou que a contribuição do ex-conselheiro permaneceria
2012 como parte permanente da memória institucional do Conselho. Ao se pronunciar, o ex-
2013 conselheiro **Neilton Araújo** compartilhou reflexões sobre sua vivência no CNS, expressando
2014 gratidão pela caminhada coletiva com diversos conselheiros e conselheiras ao longo dos anos.
2015 Ressaltou o orgulho de ter atuado ao lado da participação cidadã, da mobilização popular
2016 comunitária e das alianças intersetoriais que fortalecem o SUS. Destacou que, apesar de
2017 deixar o Pleno e a Mesa Diretora, permaneceria no Ministério da Saúde e seguiria contribuindo
2018 com as pautas da participação social, agora com nova responsabilidade de articulação
2019 institucional. Informou que estava em articulação com o Gabinete do Ministro da SAÚDE e
2020 outras secretarias para estruturar uma agenda de trabalho voltada ao fortalecimento da
2021 mobilização social, com foco especial na intersetorialidade, transversalidade e cooperação
2022 institucional. Afirmou que se despede do espaço formal com o coração leve e com o
2023 compromisso de seguir atuando nas “estradas do SUS”, contribuindo com a mesma disposição
2024 e firmeza de propósito. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** reforçou o agradecimento pela
2025 trajetória de Neilton Araújo, parabenizando-o por seu legado, e acolheu a nova representante
2026 do Ministério da Saúde no CNS, Cristiane Pereira dos Santos, destacando a relevância da
2027 assessoria de participação social e diversidade que ela passa a ocupar no gabinete ministerial.
2028 Relembrou que, durante o processo de transição do governo federal, o presidente Luiz Inácio
2029 Lula da Silva instituiu duas ações fundamentais para o fortalecimento da participação social: o
2030 Conselho de Participação Social e a criação das assessorias de participação social nos
2031 ministérios. Em seguida, apresentou informe sobre a Marcha Nacional dos Agentes
2032 Comunitários de Saúde e de Endemias, prevista para o dia 30 de abril, com atividades prévias
2033 e culminância na véspera do Dia do Trabalhador. Informou que a marcha contará com a
2034 participação de representantes da enfermagem, dos movimentos populares e dos
2035 trabalhadores do SUS, em diálogo com as resoluções da 17ª Conferência Nacional de Saúde e

com o debate preparatório para a 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Reforçou que, embora o CNS não esteja organizando diretamente o evento, haverá apoio político à mobilização, com incentivo à participação dos conselhos estaduais e municipais e das entidades que integram o CNS. Concluiu convocando o conjunto do controle social a fortalecer a articulação e a presença nos atos, reconhecendo que a luta por melhores condições de trabalho no SUS é inseparável da luta pela defesa da vida, da democracia e da saúde pública universal. **ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Análise Consolidada do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas - RQPC 3º/2024. Início da análise do Relatório Anual de Gestão - RAG 2024 - Coordenação:** conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:** conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**, coordenador adjunto da COFIN/CNS; e **Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, iniciou sua exposição informando que esta etapa corresponde à terceira fase da análise do processo de prestação de contas do Ministério da Saúde, conforme determina a Lei Complementar nº 141/2012. Concentrou-se na avaliação do RQPC do 3º quadrimestre de 2024 e na introdução à análise do RAG, cuja versão final foi encaminhada ao Conselho Nacional de Saúde com errata recentemente ajustada. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, iniciou sua exposição informando que esta etapa corresponde à terceira fase da análise do processo de prestação de contas do Ministério da Saúde, conforme determina a Lei Complementar nº 141/2012. A apresentação concentrou-se na avaliação do RQPC do 3º quadrimestre de 2024 e na introdução à análise do RAG, cuja versão final foi encaminhada ao Conselho com errata recentemente ajustada. Explicou que a metodologia adotada pela COFIN visa aprofundar progressivamente a análise, de forma acumulativa, a fim de qualificar o debate e garantir maior rigor técnico. Disse que a apresentação teria início a partir do slide 24, que marca a etapa em questão, abordando especificamente o cumprimento do piso federal em ações e serviços públicos de saúde - ASPS. Segundo os dados, explicou que o valor da receita corrente líquida em 2024 foi de aproximadamente R\$ 1,43 trilhão, o que define um piso mínimo de 15%, equivalente a R\$ 214,5 bilhões. As despesas empenhadas em ASPS foram de R\$ 218,4 bilhões, e, após dedução de R\$ 2,4 bilhões referentes a Restos a Pagar cancelados, conforme exige a legislação. Assim, o total líquido ficou em R\$ 215,9 bilhões, valor R\$ 1,4 bilhão acima do piso mínimo exigido, caracterizando o seu cumprimento. Apresentou também a série histórica de execução do piso desde 2017, destacando que, entre 2020 e 2022, os valores aplicados com ações de combate à COVID-19 foram desconsiderados da análise, por decisão do CNS, por se tratarem de despesas extraordinárias. No caso do ano de 2023, apontou divergências jurídicas e normativas que dificultaram a definição exata do piso, dada a revogação da Emenda Constitucional nº 95 (teto de gastos) apenas em setembro, com entrada em vigor do novo arcabouço fiscal. Para 2024, entretanto, afirmou que estava certo de que a base legal é o piso de 15% da receita corrente líquida, que foi devidamente alcançado. Destacou ainda o impacto crescente das emendas parlamentares no orçamento do Ministério da Saúde. Enquanto em 2013 essas emendas representavam 1,1% do orçamento da pasta (aproximadamente R\$ 899 milhões), em 2024, o valor alcançou R\$ 24,7 bilhões, correspondendo a 11,4% do orçamento total. Frisou que o Fundo Nacional de Saúde apresenta maior parcela dessas emendas. Alertou para a substituição progressiva do planejamento técnico do SUS por alocações políticas, visto que a maior parte dessas emendas é classificada como ASPS, influenciando diretamente o cumprimento do piso constitucional. Também apresentou dados sobre os Restos a Pagar: de R\$ 32,4 bilhões inscritos em anos anteriores, R\$ 506 milhões cancelados (deverá ser compensado em 2025), pagos R\$ 16,5 bilhões, restando R\$ 15,3 bilhões a serem liquidados. Fez referência ao saldo financeiro das contas bancárias, lembrando a demanda histórica do Conselho, ainda não atendida, de que a área econômica do governo federal informe o montante do valor do caixa único da União quanto está garantido para a saúde. Seguindo, falou sobre a transferência para estados, DF e municípios, explicando que, em relação a ASPS, o montante transferido foi de R\$ 154,378 bi, tendo sido liquidado R\$ 142,482 bi. Considerando os critérios definidos pelo Conselho, a execução foram considerados adequados o empenho e a liquidação da despesa. Seguindo, falou sobre a produção assistencial dos hospitais federais (como o Grupo Hospitalar Conceição e os institutos nacionais), destacando o aumento de procedimentos como internações, cirurgias e exames ambulatoriais em relação ao ano anterior, ainda que tenham sido observadas quedas pontuais em consultas e partos em algumas unidades. No que se refere às atividades de controle, registrou que houve significativa redução entre 2023 e 2024: de 783 para 387 ações,

2096 sendo atribuído à limitação de pessoal no Departamento Nacional de Auditoria do SUS -
2097 DENASUS. Ressaltou a necessidade de convocação da direção do órgão para prestar
2098 esclarecimentos sobre a queda nas ações de controle e monitoramento. Conselheiro **Getúlio**
2099 **Vargas**, coordenador adjunto da COFIN, complementou a apresentação destacando atividades
2100 da Comissão, com destaque para o debate sobre as emendas parlamentares, proposta de
2101 financiamento do CONASS e do CONASEMS. Informou que será realizada uma oficina
2102 nacional com coordenadores de comissão, no mês seguinte, como parte do processo de
2103 capacitação para avaliação do RAG pelas comissões temáticas ainda no primeiro semestre,
2104 garantindo continuidade antes da nova composição das comissões no segundo semestre.
2105 Conselheiro **Mauri Bezerra** reforçou a crítica ao crescimento das emendas parlamentares,
2106 apontando que mais de 90% dos recursos provenientes dessas emendas são destinados ao
2107 custeio, o que impacta negativamente a capacidade de investimento do SUS. Alertou para o
2108 uso desses recursos como instrumento político-eleitoral e defendeu que o Conselho assuma
2109 posicionamento público mais firme quanto à necessidade de disciplinar essas transferências.
2110 Reiterou a preocupação com o montante de Restos a Pagar e a queda das atividades de
2111 controle. Conselheira **Cristiane Pereira dos Santos** interveio para informar a realização de
2112 uma conferência livre de saúde do trabalhador e da trabalhadora do Ministério da Saúde, com
2113 a presença do Ministro de Estado da Saúde, com a intenção de ampliar o debate sobre
2114 condições de trabalho na pasta. Em seguida, manifestou preocupação com o impacto das
2115 emendas no orçamento dos ministérios e questionou a possibilidade de integrar o controle
2116 social ao processo de definição das emendas parlamentares por meio de mecanismos de
2117 orçamento participativo. Conselheira **Sueli Goi Barrios** saudou a mesa e manifestou
2118 satisfação com o cumprimento do Piso, mas reiterou os riscos da fragmentação do
2119 planejamento em saúde promovida pelas emendas, apontando que a alocação desses
2120 recursos não atende à lógica de regionalização e redes de cuidado, mas sim a interesses
2121 políticos locais. Ressaltou que, em muitos casos, os municípios utilizam essas transferências
2122 para pagamento de pessoal, reduzindo sua própria aplicação em saúde. Conselheira **Rosaura**
2123 **de Oliveira Rodrigues** também manifestou preocupação com as emendas parlamentares e
2124 abordou a precarização do trabalho na saúde, especialmente em unidades com contratos
2125 terceirizados e vínculos fragilizados. Questionou a possibilidade de monitoramento das
2126 transferências fundo a fundo para identificar repasses a Organizações Sociais - OSs e a
2127 serviços terceirizados. Concluídas as falas, foi aberta a palavra à mesa para comentários. Em
2128 resposta, conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** esclareceu que, embora seja possível verificar
2129 os repasses por município, não há mecanismo centralizado que permita identificar
2130 automaticamente a destinação dos recursos para OS ou outras formas de terceirização.
2131 Ressaltou a importância de fortalecer os conselhos municipais e estaduais de saúde, que
2132 possuem competência legal para acompanhar a execução dos recursos localmente. Reforçou
2133 que o Conselho não é contrário às emendas parlamentares, mas defende que sua aplicação
2134 esteja alinhada ao planejamento do SUS, às diretrizes das conferências e às prioridades
2135 pactuadas nos planos de saúde. O assessor da COFIN, **Francisco Funcia**, por sua vez, disse
2136 que o orçamento participativo é um espaço importante para discutir critérios para as emendas,
2137 especialmente considerando que metade das emendas previstas no orçamento da União tem
2138 como destino a saúde. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** informou que os sites do
2139 Fundo Nacional de Saúde e o sistema Siga Brasil, do Senado Federal, oferecem transparência
2140 e detalhamento das transferências de emendas, sendo instrumentos essenciais para o
2141 acompanhamento pelo controle social. Conselheira **Walquiria Cristina Barbosa** reforçou a
2142 necessidade de as informações sobre as emendas chegarem efetivamente aos conselhos
2143 municipais de saúde, alertando que, em muitos casos, os dados não são prestados pelos
2144 gestores locais, o que compromete o controle social. Após essas falas, a mesa agradeceu aos
2145 convidados e encerrou este item. Não houve deliberação item. **ITEM 9 – DIA MUNDIAL DA**
2146 **SAÚDE - Democracia viva nos territórios, conselhos fortes, SUS fortalecido -**
2147 **Apresentação:** **Cristian Morales**, representante da Organização Pan-Americana da Saúde no
2148 Brasil - OPAS/OMS; **Eliane Cruz**, Chefe de Gabinete do Ministro de Estado da Saúde; **Jurandi**
2149 **Frutuoso**, Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; e
2150 **Mauro Guimarães Junqueira**, Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretarias
2151 Municipais de Saúde – CONASEMS. **Coordenação:** conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**,
2152 Presidenta do CNS; e conselheira **Heliana Hemetério**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira
2153 **Fernanda Lou Sans Magano**, presidenta do CNS, abriu o item de pauta saudando os
2154 presentes no plenário e destacando o esforço coletivo para a composição da mesa, que contou
2155 com representantes do Ministério da Saúde, do CONASS, do CONASEMS e da OPAS/OMS.

2156 Enfatizou que a presença dessas instituições fortalece o controle social e o debate sobre os
2157 rumos do SUS no país. Ao contextualizar a celebração do Dia Mundial da Saúde, recordou que
2158 a data, criada em 1948 pela Organização Mundial da Saúde, coincide com o mesmo ano da
2159 promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que inclui a saúde como direito
2160 fundamental. Reforçou que esse marco internacional dialoga diretamente com os princípios do
2161 SUS e com a defesa da saúde como um direito humano inalienável. Ressaltou que a escolha
2162 do tema deste ano pela OMS e pela OPAS, centrado na construção de vidas saudáveis e
2163 futuros esperançosos, converge com a convocatória da 5ª Conferência Nacional de Saúde do
2164 Trabalhador e da Trabalhadora, cujo eixo central também reconhece a saúde do trabalhador
2165 como expressão dos direitos humanos. Destacou o compromisso do CNS em aprofundar os
2166 debates sobre as condições de vida da população, com atenção especial às crianças,
2167 juventudes e mulheres, conforme enfatizado pelo Ministro da Saúde na parte da manhã.
2168 Apontou a importância de fortalecer políticas públicas voltadas à maternidade, à infância e à
2169 saúde das mulheres, reconhecendo os múltiplos desafios estruturais ainda enfrentados.
2170 Abordou também as dificuldades enfrentadas no campo do financiamento da saúde,
2171 mencionando os embates em torno da garantia do orçamento público e do cumprimento do
2172 piso constitucional da saúde. Afirmou que o pleno funcionamento do SUS exige respeito aos
2173 princípios da Lei Orgânica da Saúde, ao seu arcabouço legal e à promoção da integralidade do
2174 cuidado, que inclui não apenas a saúde física, mas também a saúde emocional da população.
2175 Na sequência, conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, abriu a palavra às pessoas
2176 convidadas, com leitura do currículo de cada uma delas antes das exposições. A Chefe de
2177 Gabinete do Ministro da Saúde, **Eliane Cruz**, abriu sua fala destacando que o Dia Mundial da
2178 Saúde constitui um momento de celebração e, sobretudo, de reflexão estratégica sobre os
2179 rumos da saúde pública no Brasil e no mundo. Relembrou que a data, marcada pela criação da
2180 Organização Mundial da Saúde em 1948, articula-se historicamente à Declaração Universal
2181 dos Direitos Humanos, reforçando a saúde como um direito essencial e inalienável. Em nome
2182 do Ministro da Saúde, apresentou um balanço das prioridades da atual gestão nos 100
2183 primeiros dias de governo, destacando cinco eixos fundamentais: **1)** Redução do tempo de
2184 espera na média complexidade, com foco em consultas, exames e cirurgias eletivas,
2185 reconhecendo este gargalo como um dos principais desafios na percepção social do SUS. **2)**
2186 Combate à dengue e fortalecimento das ações de vigilância em saúde, diante do aumento
2187 expressivo de óbitos e da necessidade de respostas articuladas entre as três esferas de
2188 governo. **3)** Reforço à vacinação e enfrentamento à desinformação, com estratégias
2189 específicas voltadas à ampliação da cobertura vacinal e à contenção de discursos
2190 negacionistas. **4)** Enfrentamento do câncer, com destaque para a reorganização da rede de
2191 atenção oncológica e o fortalecimento do diagnóstico precoce. **5)** Saúde das mulheres,
2192 especialmente nos eixos da atenção materno-infantil, saúde sexual e reprodutiva e combate à
2193 violência obstétrica. A propósito, informou ainda que a Comissão Nacional de Incorporação de
2194 Tecnologias no SUS - CONITEC discutiu recentemente a ampliação de acesso a métodos
2195 contraceptivos e terapias para mulheres com osteoporose grave e HPV, destacando a
2196 necessidade de ampliar o acesso a essas tecnologias. Também destacou a implantação das
2197 Salas Lilás em unidades básicas de saúde e outros serviços, como espaços voltados ao
2198 acolhimento de mulheres em situação de violência. Além disso, enfatizou a importância de
2199 fortalecer o comitê de mortalidade materna, por se constituir em espaço importante para
2200 debate. Propôs, inclusive, que a saúde integral das mulheres seja uma pauta prioritária para o
2201 próximo período do CNS o aprofundamento desse debate, em parceria com a Comissão
2202 Intersetorial de Saúde da Mulher e demais entidades. Finalizou enfatizando que, diante das
2203 ameaças à democracia, é fundamental garantir a participação social na formulação de políticas
2204 públicas e reafirmou o compromisso do Ministério da Saúde com o fortalecimento do SUS e
2205 com o diálogo permanente com o CNS. A seguir, conselheiro **Jurandi Frutuoso**, secretário
2206 executivo do CONASS, também abordou o tema, iniciando sua intervenção reconhecendo a
2207 importância simbólica do Dia Mundial da Saúde como um chamado à consciência cívica global,
2208 lembrando que o SUS é um patrimônio da sociedade brasileira e referência internacional.
2209 Relembrou sua longa trajetória no Conselho Nacional de Saúde e afirmou que o fortalecimento
2210 do SUS exige também o fortalecimento da democracia, da gestão qualificada e da valorização
2211 da participação popular. Destacou que, apesar das críticas recorrentes ao sistema, é
2212 necessário reconhecer os avanços históricos do SUS, especialmente na redução da
2213 mortalidade infantil, no acesso universal ao tratamento de HIV/AIDS e na capilaridade da
2214 atenção primária em saúde. Alertou, entretanto, para quatro desafios estruturais que impactam
2215 a sustentabilidade do sistema: subfinanciamento crônico, com inversão de responsabilidades

2216 no pacto federativo, sobrecarregando estados e municípios; desalinhamento entre formação
2217 profissional e as necessidades do SUS, com ênfase na ausência de planejamento para a
2218 residência médica; judicialização da saúde, que compromete a equidade e a programação
2219 orçamentária; e impacto das emendas parlamentares, que comprometem a racionalidade do
2220 planejamento sanitário e geram estruturas físicas sem garantia de custeio. Reforçou que,
2221 apesar das limitações, o SUS segue avançando, e que cabe às entidades representativas,
2222 como CONASS, CONASEMS e CNS, atuarem de forma conjunta na defesa de um
2223 financiamento justo e de políticas estruturantes que fortaleçam o sistema público de saúde. A
2224 seguir, o Secretário Executivo do CONASEMS, **Mauro Junqueira**, fez sua explanação,
2225 inicialmente, parabenizando, o CNS pela iniciativa do debate e reforçando a importância do Dia
2226 Mundial da Saúde como oportunidade para comemorar o SUS e reconhecer o trabalho dos
2227 profissionais da saúde pública. Justificou a ausência do Presidente do CONASEMS que
2228 participava do Congresso do COSEMS de São Paulo, evento com a presença de mais de
2229 2.600 participantes, e reforçou o convite para o Congresso Nacional do CONASEMS, que
2230 ocorrerá em junho, em Belo Horizonte. Ratificou as falas anteriores sobre a importância do
2231 SUS para a garantia do acesso às ações de saúde para toda a população brasileira. Por outro,
2232 pontuou desafios do Sistema, com destaque para: a alta rotatividade de gestores, que
2233 compromete a continuidade das políticas de saúde; a responsabilidade desproporcional dos
2234 municípios no financiamento da saúde, que muitas vezes os impede de realizar ações em
2235 outras áreas prioritárias; a formação inadequada dos profissionais de saúde, especialmente
2236 médicos recém-formados sem acesso à residência médica, o que compromete o cuidado na
2237 atenção primária; e o crescimento descontrolado das emendas parlamentares, que somaram
2238 cerca de R\$ 30 bilhões, muitas vezes fora da lógica de planejamento sanitário. Ressaltou que o
2239 SUS realiza milhões de atendimentos diariamente, com investimentos limitados – em torno de
2240 R\$ 5,80 por habitante/dia – e que, mesmo com esse cenário, segue sendo uma das maiores
2241 conquistas da sociedade brasileira. Criticou a baixa execução orçamentária do governo federal,
2242 que ainda destina apenas cerca de 1,6% do PIB para a saúde, e alertou que os municípios já
2243 vêm comprometendo em média 24% de seus orçamentos com ações e serviços de saúde.
2244 Finalizou defendendo a necessidade de escolhas políticas mais justas e coerentes com a
2245 realidade sanitária do país, denunciando, por exemplo, isenções fiscais concedidas à indústria
2246 de motocicletas, cujos efeitos impactam diretamente o sistema de urgência e emergência do
2247 SUS. Convocou CNS, CONASEMS e CONASS a atuarem de forma conjunta no enfrentamento
2248 dos problemas estruturais do sistema e na defesa do financiamento adequado, da formação
2249 qualificada e da sustentabilidade do SUS. O representante da OPAS/OMS no Brasil, **Cristian**
2250 **Morales**, iniciou reconhecendo a importância do SUS e do CNS como referências na
2251 participação social em saúde na região das Américas. Ressaltou que o Brasil foi decisivo para
2252 a aprovação, na Assembleia Mundial da Saúde, da resolução que reconhece a participação
2253 social como elemento estruturante para sistemas universais de saúde. Apresentou dados
2254 preocupantes sobre mortalidade materna e neonatal na América Latina e Caribe, apontando
2255 que 90% das mortes maternas são evitáveis e que 57% das mortes de menores de cinco anos
2256 ocorrem nos primeiros 28 dias de vida. Nessa linha, propôs como estratégias prioritárias:
2257 fortalecimento do pré-natal e pós-parto com acompanhamento qualificado; expansão da
2258 atenção primária com foco na saúde da família e nas populações vulnerabilizadas;
2259 investimento em infraestrutura e em trabalhadores valorizados e competentes; ampliação da
2260 educação popular em saúde; e reforço da atuação dos conselhos locais de saúde como elo
2261 com os territórios. Reafirmou a parceria da OPAS com o CNS e com o Ministério da Saúde,
2262 ressaltando a disposição da organização em divulgar internacionalmente as boas práticas
2263 brasileiras, fortalecer os mecanismos de controle social e apoiar o Brasil em iniciativas
2264 regionais de eliminação de doenças transmissíveis e de combate às doenças crônicas. Os
2265 representantes do CONASS e do CONASEMS se despediram, por não conseguir permanecer
2266 no debate, por conta de agendas externas. A mesa abriu a palavra para as manifestações.
2267 Conselheiro **Marcos Pedrosa** afirmou que o Dia Mundial da Saúde deveria ser
2268 permanentemente lembrado como marco da saúde enquanto direito. Ressaltou que essa
2269 concepção, embora hoje mais palpável, só passou a ser defendida com mais força a partir dos
2270 anos 1950, sendo materializada com o SUS. Destacou que, após o contexto da pandemia, a
2271 legitimidade do SUS fora ampliada e que o momento atual permitia a retomada da ampliação
2272 de direitos e políticas públicas, com ações importantes conduzidas pelo Ministério da Saúde.
2273 Citou a realização de consultas públicas sobre novas tecnologias voltadas à saúde da mulher,
2274 como no caso da endometriose, e destacou a relevância da participação social nesses
2275 processos decisórios. Conselheiro **Lucas Andrieta** abordou a questão do sandbox regulatório

2276 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para planos sem cobertura obrigatória, e
2277 solicitou posição do Ministério da Saúde, mencionando recomendação do CNS de fevereiro de
2278 2025 sobre o tema. Enfatizou os riscos ao SUS trazidos por essa proposta, inclusive no
2279 financiamento e na concorrência por força de trabalho, e solicitou que o ministério se
2280 posicionasse oficialmente. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** saudou as mulheres
2281 presentes no Plenário na pessoa da Presidenta do CNS e da chefe de Gabinete do Ministro da
2282 Saúde. Reforçou que saúde, trabalho, comunidade e democracia eram bandeiras
2283 indissociáveis, defendidas pelo Ministro Padilha. Relatou a realização de atividade no Rio
2284 Grande do Sul pelo Dia Mundial da Saúde e ressaltou a importância de ações
2285 descentralizadas, como rodas de conversa nos estados. Defendeu a base comunitária como
2286 força do CNS e reiterou a importância da 5ª CNSTT para debate dos temas levantados e
2287 outros. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** saudou os participantes e recordou ações
2288 anteriores do CNS ligadas à prevenção de acidentes de trânsito com motociclistas. Elogiou a
2289 atuação da conselheira Eliane Cruz como assistente social e defendeu campanhas contra toda
2290 forma de violência, destacando o papel dos conselhos municipais e estaduais nesse
2291 enfrentamento. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** reforçou a valorização da participação
2292 social e dos conselhos de saúde como expressão da democracia viva nos territórios. Destacou
2293 a necessidade de manter a capilaridade dos conselhos e articulá-los com movimentos sociais e
2294 outras políticas públicas. Afirmou que pensar saúde implicava pensar em outra sociedade, e
2295 também fez uma defesa da presencialidade nos cursos da área da saúde como bandeira.
2296 Conselheira **Sueli Goi Barrios** saudou a conselheira Eliane Cruz e o Dr. Cristian Morales,
2297 destacando a importância da formação política dos conselheiros e das lideranças sociais.
2298 Ressaltou o trabalho desenvolvido em parceria com a OPAS desde 2016 e afirmou que a
2299 formação de conselhos locais deveria ser prioridade até o encerramento da conferência de
2300 2025, contribuindo para o fortalecimento do SUS. Conselheira **Shirley Marshal Dias Morales**
2301 defendeu a valorização da força de trabalho do SUS e criticou a lógica de mercantilização da
2302 saúde. Cobrou responsabilidade compartilhada de gestores municipais, estaduais e do
2303 Ministério da Saúde na valorização da enfermagem, incluindo o piso salarial, e criticou a
2304 expansão do ensino a distância para profissões da saúde. Reafirmou a importância do controle
2305 social e das conferências como instrumento de resistência e defesa do SUS como patrimônio
2306 imaterial. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** destacou a importância da fala dos usuários nos
2307 debates do CNS e observou a ausência dessa representação na mesa de debate. Reforçou a
2308 necessidade de tornar o Brasil Saudável uma prioridade do governo, por inclusive ser um
2309 modelo efetivo de enfrentamento das doenças relacionadas à determinação social. Conselheiro
2310 **Haroldo de Carvalho Pontes** valorizou o caráter propositivo e potente do debate, apesar de
2311 ter sido estruturado como uma comemoração. Nessa linha, sugeriu à Mesa Diretora que o CNS
2312 voltasse a se mobilizar com uma bandeira forte, como no caso da campanha Saúde +10, para
2313 tratar do subfinanciamento do SUS, agravado pelas emendas parlamentares. Conselheiro
2314 **Abraão Nunes da Silva** fez uma crítica estrutural ao modelo de saúde, denunciando a lógica
2315 capitalista que orientava as ações do setor. Em contrapartida, propôs a valorização de práticas
2316 integrativas e de humanização da atenção, e cobrou uma mudança na formação dos
2317 profissionais de saúde. Criticou a baixa participação dos usuários nos espaços decisórios e
2318 questionou a ausência de um programa nacional de humanização ativo. Conselheiro **Mauri**
2319 **Bezerra dos Santos** afirmou que o Dia Mundial da Saúde era sinônimo de defesa do SUS.
2320 Lembrou que 75% da população brasileira dependia exclusivamente do SUS e que o sistema
2321 havia salvado muitas vidas durante a pandemia. Denunciou o governo anterior como
2322 responsável por uma política genocida e elogiou os esforços do atual governo para recompor
2323 recursos e fortalecer o Sistema. Conselheira **Walquiria Cristina Barbosa** pediu apoio à
2324 implementação de um Plano Nacional de Demência, destacando que o Brasil ainda não
2325 cumpria as metas da Assembleia Mundial da Saúde de 2017. Também solicitou a criação de
2326 um grupo de trabalho interministerial, dado o caráter multifatorial da demência, e solicitou que a
2327 OPAS/OMS mantivesse o apoio à realização do seminário internacional sobre políticas
2328 públicas voltadas para a demência que será realizado em outubro, na sede da Organização em
2329 Brasília. Conselheiro **Gilson Silva** questionou se haviam sido realizados estudos sobre os
2330 impactos das crises climáticas no SUS, especialmente entre populações vulneráveis como
2331 pessoas com deficiência, indígenas e ribeirinhos. Sugeriu que o tema fosse tratado com mais
2332 urgência e encaminhado para discussão no CNS. Conselheira **Lucimary Santos Pinto**
2333 manifestou preocupação com a fala que relativizava críticas ao SUS e relatou sua experiência
2334 como usuária antes e depois da universalização da saúde. Agradeceu a existência do SUS,
2335 relatando caso pessoal de atendimento e reiterou a importância de valorizar os trabalhadores

2336 da saúde, com contratos dignos e políticas de estímulo. Conselheira **Priscila Torres da Silva**
2337 parabenizou a conselheira Eliane Cruz e Dr. Cristian Morales pelas falas sobre cuidado
2338 integrado e atenção primária. Ressaltou avanços recentes, como a incorporação de tecnologias
2339 para saúde da mulher e a aprovação da política de atenção integral às pessoas com doenças
2340 reumáticas. Solicitou o apoio do Gabinete para a implementação dessa política e questionou
2341 como a sociedade civil brasileira poderia contribuir mais ativamente no simpósio da OMS sobre
2342 doenças crônicas não transmissíveis, saúde mental e condições neurológicas, que será
2343 realizado no final de abril. Concluídas as falas, a mesa abriu para comentários das pessoas
2344 convidadas. O representante da OPAS/OMS, **Cristian Morales**, disse que o simpósio da OMS
2345 mencionado anteriormente ainda não estava no radar da OPAS, mas que a entidade se
2346 comprometera a buscar articulação para viabilizar a participação da organização da forma mais
2347 eficaz possível. Ressaltou que, para a OPAS, participar desse tipo de encontro não se tratava
2348 de mera formalidade, mas de um compromisso com a escuta das experiências locais, que
2349 serviam como base para o avanço dos sistemas universais de saúde na região. Observou que,
2350 embora o cenário geopolítico não fosse favorável, esse era justamente o momento de unir
2351 forças com aqueles que desejavam um futuro melhor. Afirmou que um sistema universal de
2352 saúde era, também, um sistema mais sustentável, não apenas em termos financeiros, mas
2353 sobretudo em sua legitimação social. Explicou que essa legitimação só seria possível com
2354 democracia e mecanismos sólidos de participação social, os quais muitos países ainda não
2355 possuíam. Concluiu agradecendo novamente a oportunidade de participar do debate. Em
2356 seguida, conselheira **Eliane Cruz**, chefe de Gabinete do Ministro da Saúde, agradeceu as falas
2357 e sinalizou a convergência entre sua fala e a de Dr. Cristian, especialmente quanto à proposta
2358 de priorizar o debate sobre saúde materna e infantil, considerando a gravidade da mortalidade
2359 materna no Brasil. Mencionou, como exemplo, a recente aprovação do projeto de lei sobre o
2360 luto parental. Admitiu que nem todas as questões levantadas no debate poderiam ser
2361 respondidas de imediato, e que muitas delas também estavam sendo analisadas pela própria
2362 equipe do Ministério. Explicou que o Ministério da Saúde fazia esforço para manter
2363 representantes em todas as pautas do CNS e afirmou que a ausência de gestores em
2364 determinados momentos não representava desinteresse, mas sim dificuldades de agenda. Ao
2365 tratar do tema dos chamados "planos acessíveis", afirmou que essa discussão não era nova e
2366 que, em gestões anteriores, propostas semelhantes já haviam sido apresentadas, inclusive
2367 com nomenclaturas em inglês que escondiam seu real significado. Criticou a lógica de mercado
2368 na saúde e alertou para a presença de grandes oligopólios farmacêuticos, que concentravam
2369 investimentos em medicamentos de maior retorno financeiro, como os voltados para
2370 hipertensão, diabetes e depressão, deixando de lado pesquisas voltadas a doenças mais
2371 prevalentes em regiões como a América do Sul. Sobre as inovações tecnológicas, enfatizou
2372 que era necessário diferenciar tecnologias duras de tecnologias leves, e que, em alguns casos,
2373 como o da dengue, o combate era eminentemente social e comunitário — não se eliminava um
2374 mosquito por meio de aplicativos. Afirmou que o Programa Brasil Saudável representava uma
2375 cobrança legítima ao governo e que sua implementação atravessava diversas políticas
2376 públicas. Defendeu que, diante das limitações orçamentárias, era necessário concentrar
2377 esforços em prioridades, sem deixar de lado o conjunto de demandas apresentadas.
2378 Mencionou que, após repasses obrigatórios e destinações específicas, como o pagamento de
2379 pisos e emendas parlamentares, pouco restava do orçamento para investimentos
2380 estruturantes. Declarou que o Ministério da Saúde seguia lutando por mais recursos, mantendo
2381 a defesa histórica de que 6% do PIB público fossem destinados à saúde. Enfatizou que havia
2382 uma disputa política e financeira em torno da saúde pública e que o governo precisava
2383 enfrentá-la a partir do fortalecimento do setor público. Destacou que o SUS representava um
2384 projeto inclusivo, em contraste com uma sociedade ainda marcada por exclusões, e que essa
2385 contradição deveria ser enfrentada coletivamente. Como encaminhamento, reiterou a proposta
2386 de pautar debate sobre saúde da mulher na próxima reunião do Pleno, em consonância com o
2387 tema do Dia Mundial da Saúde. Sobre a questão da ANS, afirmou que poderia trazer mais
2388 informações posteriormente, esclarecendo que a visita do Ministro à agência não significara
2389 apoio à proposta dos planos segmentados. Reforçou que o esforço para o próximo período
2390 seria de mobilizar a sociedade, com foco em projetos de formação e participação social.
2391 Anunciou ainda que o Ministério da Saúde avaliava, em parceria com o CNS, a realização de
2392 uma grande mobilização nacional no dia 5 de agosto — Dia Nacional da Saúde — com o
2393 objetivo de promover a eleição de conselhos locais de saúde em todos os municípios que ainda
2394 não os tivessem instituído. Sugeriu que todos os projetos de formação do ministério e de outras
2395 pastas fossem mobilizados para apoiar essa ação, reconhecendo que a falta de fortalecimento

2396 dos conselhos locais impedia a capilarização dos debates travados no nível nacional. Por fim,
2397 agradeceu pela oportunidade de diálogo e reafirmou o compromisso do ministério com a
2398 articulação institucional e com os espaços de participação social. A presidenta do Conselho
2399 complementou, agradecendo à Organização pela constante parceria com o CNS e ressaltando
2400 que a organização havia contribuído significativamente para a aprovação da resolução da OMS
2401 no ano anterior. Afirmou que, ao definirem prioridades, seria possível trabalhar conjuntamente
2402 com a OPAS em ações articuladas em rede continental. Reiterou o compromisso de garantir
2403 presença efetiva da gestão nas discussões e informou que o debate sobre saúde da mulher
2404 seria articulado com as comissões do CNS e com o Ministério da Saúde para a próxima
2405 reunião do Pleno. **A seguir, fez a leitura dos encaminhamentos neste ponto: 1) na próxima**
2406 **reunião do CNS, pautar debate sobre saúde da mulher, em articulação com Ministério da**
2407 **Saúde e comissões do Conselho afins ao tema, assegurando a participação de**
2408 **representação da OPAS/OMS; 2) remeter à Mesa Diretora do CNS a proposta de criar**
2409 **uma bandeira/mote de luta do CNS para enfrentar o problema do subfinanciamento da**
2410 **saúde, agravado pelas emendas parlamentares (a exemplo do Movimento Saúde mais**
2411 **10); 3) estabelecer o Dia Nacional da Saúde, 5 de agosto, para ação nacional voltada à**
2412 **eleição de conselhos locais de saúde; 4) debater posteriormente a proposta de criação**
2413 **de GT interministerial para implementação do Plano Nacional de Demência; 5) dar**
2414 **seguimento às ações do Programa Brasil Saudável; 6) indicar ao Ministério da Saúde a**
2415 **necessidade de que todas as unidades públicas de saúde do país tenham identificação,**
2416 **demonstrando que se trata de um serviço do SUS; e 7) garantir a participação de**
2417 **representante do CNS nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite.** Além desses
2418 encaminhamentos, foi sinalizada a importância de garantir maior tempo para cada item da
2419 pauta, de modo a garantir debate mais aprofundado dos temas. Com esse registro, a mesa
2420 agradeceu a presença do representante da OPAS/OMS e da chefe gabinete e encerrou a
2421 reunião, com saudação a todas as pessoas presentes. Na tarde do segundo dia de reunião,
2422 estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: nomes serão incluídos.